

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

Федотова Алина Викторовна

**Стоматологическая ортопедическая реабилитация пациентов
с ограниченными физическими возможностями**

14.01.14 – стоматология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
профессор Л. Н. Тупикова

Екатеринбург - 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5	
ГЛАВА 1. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ		
ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ		
ВОЗМОЖНОСТЯМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....		12
1.1 Ограничение физических возможностей (мобильности) как фактор, ухудшающий здоровье и качество жизни.....	13	
1.1.1 Старение населения и инвалидность	13	
1.1.2 Стоматологическое здоровье и качество жизни	18	
1.2 Стоматологическая ортопедическая реабилитация пациентов с ограниченными физическими возможностями.....	21	
1.2.1 Особенности стоматологического статуса лиц с ограниченными возможностями и качество оказываемой им стоматологической помощи...	22	
1.2.2 Современные технологии изготовления съёмных ортопедических конструкций.....	30	
ГЛАВА 2. КОНТИНГЕНТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ		34
2.1 Характеристика контингента исследования	36	
2.2 Методы исследования.....	39	
2.2.1 Клинические методы исследования	40	
2.2.2 Методики протезирования.....	45	
2.2.3 Метод оценки жевательной эффективности.....	46	
2.2.4 Метод оценки качества жизни.....	48	
2.2.5 Социологическое исследование.....	49	
2.2.6 Метод статистической обработки материала.....	51	

ГЛАВА 3. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	52
3.1 Анализ медико-географических данных по Алтайскому краю	52
3.2 Особенности стоматологического статуса у лиц с ограниченными возможностями.....	55
3.2.1 Распространённость и интенсивность кариеса.....	55
3.2.2 Состояние пародонта	60
3.2.3 Гигиеническое состояние полости рта.....	62
3.3 Качество жизни и уровень стоматологической помощи	67
 ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	76
4.1 Экспресс-методика изготовления частичных съёмных пластиночных протезов из акрилового материала «Фторакс» для лиц с ограниченной мобильностью.....	77
4.2 Изготовление частичных съёмных гибких протезов из термопластического и акрилового материалов по технологии «Pro-Flex» ...	81
4.3 Технология изготовления временных частичных съёмных протезов из термопластического материала с денто-альвеолярными кламмерами	86
4.4 Анализ результатов лечения (стоматологической ортопедической реабилитации) пациентов с ограниченными физическими возможностями.....	90
4.4.1 Динамика качества жизни	90
4.4.2 Гигиена полости рта.....	93
4.4.3 Эффективность жевания	95

Заключение.....	99
Выводы.....	112
Практические рекомендации.....	114
Список сокращений.....	116
Список литературы.....	117
Приложения.....	139

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Уровень здоровья населения является одним из основных показателей качества жизни. Согласно определению ВОЗ, «здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов» [117].

Впервые концепция «Здоровые зубы и качество жизни» была разработана профессором В.К. Леонтьевым в 1999 году. За последние годы значительно увеличился интерес учёных к роли стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни людей [3, 7, 22, 77, 78, 119, 142, 174, 175]. Данный фактор обусловлен чрезвычайно высокой распространённостью стоматологических заболеваний среди взрослого населения - от 95% до 100% [4, 11, 18, 19, 24, 42, 67, 127, 160, 173].

Наиболее актуален вопрос стоматологического здоровья и связанного с ним качества жизни социально значимых слоёв населения, граждан и семей, обладающих низким уровнем дохода и накопленного богатства. К этой категории относятся в том числе пожилые одинокие люди и инвалиды [38, 41, 135, 143, 154, 156, 157]. Квалифицированная стоматологическая помощь недоступна и для большей части сельского населения, имеющей невысокий уровень жизни [28, 52, 54, 79].

В настоящее время на фоне старения населения в целом происходит увеличение показателей заболеваемости и наблюдается чёткая тенденция к увеличению как абсолютного, так и относительного показателей инвалидности [1, 27, 33, 34, 38, 135]. По оценкам исследователей в ближайшие десять лет количество инвалидов увеличится в 2-3 раза [62].

Для Алтайского края данная проблема особенно актуальна, так как среди 2,4 млн. граждан более 1,1 млн. чел. (46%) проживают на селе, 570 тыс.

чел. (21%) - пенсионного возраста, 200 тыс. человек признаны инвалидами, из которых инвалидов с ограниченной подвижностью около 10% [123].

Вышеизложенное определяет необходимость уделять особое внимание показателям стоматологического здоровья, потребности в стоматологической помощи, а также качеству её оказания пациентам с ограниченными физическими возможностями и мобильностью.

Следовательно, совершенствование стоматологической помощи, оказываемой лицам с ограниченными физическими возможностями, является актуальным и позволит улучшить стоматологическое здоровье населения.

Цель исследования

Обосновать необходимость и возможность стоматологической (ортопедической) реабилитации пациентов с ограниченной мобильностью для улучшения их стоматологического здоровья и качества жизни.

Задачи исследования:

1. Изучить основные параметры стоматологического статуса пациентов с ограниченной мобильностью.
2. Оценить уровень стоматологической помощи, оказываемой пациентам с ограниченной мобильностью и выявить потребность в стоматологической помощи.
3. Оценить качество жизни лиц данного контингента по апробированной модифицированной анкете ОНП-14.
4. Усовершенствовать технологию протезирования временными частичными съёмными протезами из термопластических материалов для пациентов с ограниченными физическими возможностями.
5. Разработать рекомендации по оказанию стоматологической помощи лицам с ограниченными физическими возможностями.

Научная новизна

Разработана технология изготовления временных частичных съёмных протезов из термопластического материала с денто-альвеолярными кламмерами для восстановления функции жевания лицам с ограниченной мобильностью (патент РФ №2486877).

Усовершенствованы технологии изготовления частичных съёмных пластиночных протезов из акрилового материала и гибких частичных съёмных протезов из термопластического и акрилового материалов.

Установлено, что ухудшение стоматологического здоровья у пациентов происходит с возрастом, способных самостоятельно передвигаться, тогда, как у пациентов с выраженной ограниченной мобильностью во всех возрастных группах отмечаются одинаково низкие показатели стоматологического здоровья. Для данной категории граждан адаптированы вопросы анкеты качества жизни ОНIP-14.

Разработаны рекомендации по оказанию стоматологической ортопедической помощи лицам с ограниченными физическими возможностями.

Теоретическая и практическая значимость

Выявлена распространённость стоматологических заболеваний среди лиц с ограниченной мобильностью (проведён анализ индексов КПУ, СРITN, гигиены полости рта). Преобладающим элементом в структуре КПУ являются удалённые зубы, что говорит о высокой потребности в ортопедическом стоматологическом лечении данной категории лиц.

Определен низкий уровень оказываемой стоматологической помощи пациентам с ограниченными возможностями и неудовлетворительный уровень качества их жизни. Разработаны показания и методики изготовления зубных протезов для лиц с ограниченными возможностями получения

стоматологической помощи. Предложенная методика изготовления временных частичных съёмных протезов (патент РФ №2486877) позволяет повысить эффективность жевания и качество жизни лиц с ограниченными физическими возможностями. Для практического здравоохранения изданы методические рекомендации, позволяющие врачам стоматологам-ортопедам внедрить в лечебный процесс модифицированные технологии изготовления частичных съёмных протезов для лиц с ограниченными физическими возможностями.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Уровень стоматологического здоровья у пациентов старше 45 лет, имеющих выраженное ограничение мобильности низкий и по сравнению с пациентами с относительным ограничением мобильности в меньшей степени зависит от возраста.

2. Предлагаемые нами методики лечения пациентов с ограниченными возможностями позволяют сократить кратность приёмов, организовать приём стоматолога вне лечебного кабинета, восстановить или улучшить у пациентов функцию жевания и, как следствие, повысить качество их жизни.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на XII научно-практической конференции молодых учёных (Барнаул, 2010); Всероссийской научно-практической конференции «Сибирский стоматологический форум» (Красноярск, 2011, 2013); I межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии» (Чита, 2011); Дне науки в АГМУ (Барнаул, 2011, 2013); Второй окружной научно-практической конференции «Совершенствование стоматологической помощи населению Сибирского

федерального округа» (Новосибирск, 2011); XIX Международном семинаре-выставке «Новые материалы и оборудование, технологии их применения в стоматологической практике» (Омск, 2013); XI Конгрессе стоматологов СНГ «Инновации в стоматологии» (Казахстан, 2013); научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии» (Владивосток, 2013).

Диссертация апробирована на межкафедральном заседании сотрудников кафедр терапевтической стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, стоматологии детского возраста, ортопедической стоматологии, внутренних болезней стоматологического и педиатрического факультетов, оториноларингологии с курсом глазных болезней Алтайского государственного медицинского университета, сотрудников университетской стоматологической поликлиники АГМУ (г. Барнаул, 2013); и на межкафедральном заседании сотрудников кафедр терапевтической стоматологии, хирургической стоматологии, ортопедической стоматологии, стоматологии детского возраста и ортодонтии, протезистики и физиотерапии стоматологических заболеваний, стоматологии общей практики Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург, 2013).

Внедрение результатов исследования

Материалы диссертации внедрены и используются на клиническом приёме в Краевой стоматологической поликлинике (г. Барнаул), стоматологической поликлинике АГМУ (г. Барнаул). По технологии изготовления зубных протезов для врачей-стоматологов выпущены методические рекомендации «Ортопедическая стоматологическая реабилитация пациентов с ограниченной мобильностью».

Результаты научного исследования вошли в лекционный курс, курс практических занятий и циклов усовершенствования практических врачей на

кафедрах ортопедической стоматологии Алтайского государственного медицинского университета (г. Барнаул), Красноярского государственного медицинского университета (г. Красноярск), Тихоокеанского государственного медицинского университета (г. Владивосток).

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 9 научных работ, из них 4 – в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ и за рубежом. Получены 2 патента на изобретение и опубликованы методические рекомендации «Ортопедическая стоматологическая реабилитация пациентов с ограниченной мобильностью».

Структура и объём диссертации

Работа изложена на 142 страницах печатного текста и состоит из введения, обзора литературы, 3-х глав описания собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы и приложений. Иллюстрационный материал состоит из 19 таблиц и 19 рисунков. Список литературы включает 183 источника, из которых 140 отечественных и 43 зарубежных.

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы Алтайского государственного медицинского университета, в рамках отраслевой региональной программы «Стоматологическое здоровье населения Алтайского края» (номер государственной регистрации 01200101661).

Автор выражает благодарность кандидату медицинских наук доценту Останину Сергею Александровичу за консультативную помощь при статистической обработке диссертационного материала, а также сотрудникам

кафедры ортопедической стоматологии при выполнении совместных исследований.

ГЛАВА 1

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) совместно с Международной федерацией стоматологов (FDI) и Международной стоматологической научно-исследовательской ассоциацией (IADR) в 2003 году разработала глобальные цели по сохранению стоматологического здоровья для пожилых людей на период до 2020 года и выделила ряд важнейших особенностей (проблем), характерных для этой возрастной группы людей, которые необходимо учитывать в организации эффективной медико-стоматологической помощи пожилому населению:

1. Неудовлетворительный уровень использования стоматологической помощи, особенно среди людей с низким социально-экономическим статусом.
2. Недостаточная доступность стоматологической помощи, в том числе в сельской местности.
3. Ограниченная мобильность, особенно у инвалидов, и лиц, страдающих общими заболеваниями.
4. Финансовые ограничения, в том числе у пенсионеров.
5. Недостаточная мотивация заботы о стоматологическом здоровье [174].

Всемирная организация здравоохранения рекомендует при оценке степени охвата стоматологической помощью специально выделять группы инвалидов и обездоленных, в том числе инвалидов вследствие физических

нарушений и психических расстройств. А также выделять пожилых людей и лиц, находящихся в неблагоприятных условиях с точки зрения социального окружения, финансового положения. Обездоленные люди и инвалиды часто живут в условиях, которые предрасполагают к развитию болезней и угрожают здоровью. В силу физических ограничений эта категория больных не может в полной мере использовать стоматологическую помощь. Пожилые люди и инвалиды часто сталкиваются с проблемами гигиены полости рта и трудностями доступа к стоматологическим службам [81, 82, 89, 174, 175].

1.1 Ограничение физических возможностей (мобильности) как фактор, ухудшающий здоровье и качество жизни

Состояние здоровья инвалидов и пожилых людей имеет свои особенности. С возрастом прогрессируют соматические заболевания, снижается физическая и социальная активность. Соответственно и доля лиц с различными группами инвалидности с возрастом увеличивается [21, 32, 33, 38, 181, 182]. Кроме того, сочетанное влияние патологических изменений в организме ведет к атипичности клинических проявлений болезней в силу снижения функциональных и адаптационных возможностей организма. В итоге всё это приводит к потере способности самообслуживания лиц пожилого и старческого возраста [27, 34, 97, 135].

1.1.1 Старение населения и инвалидность

Демографическая ситуация в России характеризуется устойчивым ростом доли граждан старшего поколения. В нашей стране более 30 миллионов человек пенсионного возраста (каждый пятый житель России). В ближайшее десятилетие ожидается дальнейший рост численности населения

старше трудоспособного возраста. К 2021 году, по прогнозу, число граждан старше трудоспособного возраста увеличится на 7 миллионов [62]. Причиной старения населения является уменьшение рождаемости, а также увеличение продолжительности жизни. Растет число лиц, проживших сто и более лет. Например, в Санкт-Петербурге в 1979 г. было 92 жителя, перешагнувших 100-летний рубеж, в 1996 г. - 150, а в 2001 г. - уже 369 [120]. Такое глобальное старение населения выдвигает на первый план проблемы качества жизни в пожилом возрасте и определяет рост интереса к геронтологии [108, 133, 146, 175, 184].

В связи с ростом доли пожилых пациентов среди населения увеличивается также и их число среди пациентов стоматологической практики. Мнение многих авторов сходится в том, что при определении стратегии стоматологического обслуживания населения следует исходить из приоритетов, определяемых демографической ситуацией и ее развитием, эпидемиологически обоснованной потребностью в стоматологической помощи, а также ее эффективностью. Таким образом, для планирования геронтостоматологического обслуживания необходимо проведение эпидемиологических исследований с целью определения стоматологического статуса людей старших возрастов, их потребности в лечении, протезировании в связи с потерей зубов и их медико-социального статуса [67]. Необходимо учитывать отношение пожилых людей к состоянию своих зубов и полости рта, пониженный интерес к жизни, их восприятие стоматологического обслуживания, страх перед высокой оплатой стоматологических услуг [64, 97]. Зарубежные коллеги рассматривают лечение пожилых как «болото» ортопедической стоматологии. Поэтому авторы указывают на то, что необходимо уделять большое внимание изучению потребности этих лиц в протезировании зубов [152, 158, 171, 180, 183].

Среди пожилых людей можно выделить категории: «активные пожилые люди», которые ведут самостоятельный активный образ жизни; «пожилые люди с ограниченной физической подвижностью», находящиеся в домашних условиях или в домах престарелых и больницах, а также - прикованные к постели. Одиноких престарелых людей помещают в дома-интернаты. Само помещение в дом-интернат оказывается для пожилого человека стрессом, который неблагоприятно сказывается на его здоровье [141]. Обследования, проведённые в 267 домах-интернатах России, показали, что среди обследованных лиц нет практически здоровых, все они страдают множественными заболеваниями. В среднем у каждого старого человека регистрируется семь заболеваний, с возрастом их число увеличивается [38, 139, 140].

Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать всё большие трудности с функционированием [175]. Инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» определяет инвалидность как «зонтичный термин для обозначения нарушений, ограничений в действиях и ограничений в участии».

В общественном сознании на протяжении многих десятилетий формировалось отношение к инвалидам не как к людям с ограниченными возможностями, а как к "неполноценным и нетрудоспособным". Это привело к тому, что данная категория людей оказалась практически отвергнута обществом. В кризисных ситуациях положение инвалидов еще более ухудшается, они острее ощущают свою зависимость от других людей, ущербность и одиночество. По имеющимся оценкам, более миллиарда человек, или около 15% населения мира (согласно оценке глобальной

численности населения 2010 года), живут с какой-либо формой инвалидности. Это более высокий показатель, чем предыдущий, определённый Всемирной организацией здравоохранения в 1970-х годах и составлявшая 10%. Из них почти 200 миллионов испытывают серьёзные трудности в функционировании [46, 174].

Люди с инвалидностью имеют более низкие показатели здоровья и более высокие показатели бедности, чем остальные люди. Отчасти это связано с тем, что инвалиды сталкиваются с барьерами, препятствующими их доступу к услугам. Всемирная организация здравоохранения и Группа Всемирного банка совместно подготовили «Всемирный доклад об инвалидности». В данном документе освещается опыт осуществления новаторских политических мер и программ, которые могут улучшить жизнь инвалидов и содействовать осуществлению Конвенции Организации Объединенных Наций (ООН) о правах инвалидов, вступившей в силу в мае 2008 г. Это эпохальное международное соглашение упрочило понимание инвалидности как приоритетной проблемы в области развития и прав человека. В основе этого документа лежит концепция инклюзивного мира, в котором все мы имеем возможность вести здоровую, комфортную и достойную жизнь [26].

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181 -ФЗ от 24 ноября 1995 года определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов. Её цель - обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами [131].

В настоящее время в Российской Федерации насчитывается более 12 миллионов инвалидов, что составляет 9% населения. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 года № 2181-р утверждена новая редакция государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2015 годы, которая приведена в соответствие с Порядком разработки и оценки эффективности государственных программ Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 2 сентября 2010 года № 588 [35, 109].

Целями программы являются формирование к 2016 году условий для беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения; совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации и государственной системы медико-социальной экспертизы с целью интеграции инвалидов в общество [100]. Всемирная организация здравоохранения и Организация объединённых наций рекомендуют обратить особое внимание на сбор данных об инвалидах для укрепления и поддержания научных исследований по проблемам инвалидности, в том числе исследований качества жизни.

Помимо новых методов лечения и новых медикаментов пожилые люди требуют просто повышенного внимания к себе, более тщательного ухода [7, 10, 16, 19, 68]. У лиц старших возрастных групп отсутствуют навыки и мотивация заботы о здоровье [48]. Непосредственно с решением проблемы повышения качества жизни пожилых людей тесно связаны все мероприятия по развитию геронтостоматологии. Следовательно, изучение стоматологического здоровья у лиц пожилого возраста, определение показателей планирования стоматологической помощи и поиски новых методов лечения являются особо актуальными для практического

здравоохранения. Целесообразным при изучении стоматологического статуса лиц пожилого и преклонного возраста, а также долгожителей является проведение исследования в специализированных геронтологических интернатах [4, 31, 40, 135].

1.1.2 Стоматологическое здоровье и качество жизни

Повышение качества жизни людей является одной из основных задач любого развитого общества. Сохранение здоровых зубов требует больших усилий и затрат как от каждого гражданина, так и от государства [37, 45, 69, 78, 84, 102, 103, 107, 128]. Говоря о потребностях в контексте качества жизни, следует вспомнить мысль, высказанную много столетий назад древнегреческим философом Протагором: «Человек есть мера всех вещей». Проблема взаимосвязи состояния зубочелюстной системы и качества жизни людей имеет высокую социальную и общественную значимость. Стоматологическое здоровье влияет как на физическое и психологическое состояние человека, так и на его социальное благополучие. Стоматологические заболевания влияют на общее здоровье, причиняя значительную боль и страдания, изменяют рацион питания человека, речь, благополучие и, соответственно, влияют на качество жизни [9, 22, 161, 162, 175].

Качество жизни является интегральным показателем, отражающим оценку человеком степени своего благополучия, способности социализироваться в обществе, самореализовываться, иметь достойную личную жизнь и яркость мироощущения [95, 130]. Использование критериев качества жизни в современной медицине, в том числе в стоматологии, особенно важно, так как позволяет выяснить комплексное отношение пациента к своему заболеванию, изучить мотивацию обращения за

стоматологической помощью [77, 149, 151, 153, 159, 166]. Для определения эффективности тех или иных мероприятий (методов лечения), направленных на улучшение и сохранение здоровья людей, чаще всего в последние годы качество жизни используется как количественный показатель [15, 77, 94, 101, 124, 144, 147, 148, 155, 165, 170, 172, 177, 179].

Исследование качества жизни - надёжный, эффективный, высокоинформативный, чувствительный и экономически обоснованный метод оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп [94]. Первые публикации об оценке качества жизни появились в 40-е годы. D. Karnofsky предложил шкалу, отражавшую преимущественно физическое состояние пациентов. В 60-е годы была создана методика, которая позволила более точно оценить важность физических функциональных параметров для клинической оценки состояния пациентов - Activities of Daily Living Scale (шкала повседневной активности) (Katz S., 1963). К 1990 г. было создано более 300 методик, как универсальных, так и специализированных, для определения уровня качества жизни.

За последние годы в мире разработано более десяти основных индексов, позволяющих оценить влияние стоматологического здоровья на качество жизни. Наиболее применяемыми информативными индексами в стоматологии считаются:

- степень важности стоматологического здоровья - Oral Health Impact Profile (OHIP) (Slade G., Spenser J., 1994);

- влияние стоматологического статуса на повседневную жизнь - Dental Impact on Daily Living (DIDL) (Leao A., Sheiham A., 1996);

- взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни - Oral Health - Related Quality of Life (OHQoL) (Kressin N., Spiro A., 1996), для

измерения различного влияния стоматологического статуса на повседневные функции.

Данные индексы - объективные средства измерения, оценивающие стоматологическое здоровье в аспектах его влияния на качество жизни. Каждый из этих индексов предназначен для измерения частоты, степени влияния стоматологических проблем на функциональное и социально-психологическое благополучие. Индекс ОНIP (Slade G., Spenser J., 1994) - это 49-вопросное измерение, которое оценивает следующие параметры:

- ограничение функции - нарушение жевательной функции, связанной с отсутствием некоторых или большинства зубов;

- физическая боль - боль при приеме пищи, кровоточивость десны;

- психологический дискомфорт - страдает эстетическая функция лица, улыбка;

- физическая нетрудоспособность - неспособность совершать действия, вызывающие удовлетворение;

- психологическая нетрудоспособность - чувство неполноценности;

- социальная нетрудоспособность - нарушение коммуникативных функций (речь, внешний вид зубов, полости рта, запах изо рта и др.);

- инвалидность - состояние нетрудоспособности, полной или частичной.

В 1997 г. Slade G. сократил ОНIP-49 в ОНIP-14. Единственная разница между ними - количество вопросов - ОНIP-14 содержит 14 вопросов. Индекс может применяться при интервью, по телефону и самоанкетировании. Короткие версии измерений статуса здоровья, как ОНIP-14, имеют преимущество использования в клинических ситуациях.

А.В. Новик (2010) считает, что традиционное врачебное медицинское заключение и оценка качества жизни, данная самим больным, составляют полную и объективную характеристику состояния здоровья больного.

Созданная в 1999 году общественная организация - Межнациональный центр исследования качества жизни - ставит основной целью внедрение концепции и методологии оценки качества жизни в отечественной медицине от исследования качества жизни в различных разделах медицины. Важность оценки состояния здоровья и качества жизни больных несомненна.

Таким образом, с возрастом, и особенно у инвалидов, происходит ухудшение стоматологического здоровья, что заметно отражается на качестве жизни данной категории лиц. И всё больше исследователей посвящают свои работы качеству жизни, связанному со стоматологическим здоровьем пожилых, как наиболее социально незащищенной группе. Но пока очень малочисленны исследования среди инвалидов с тяжелыми функциональными нарушениями.

1.2 Стоматологическая ортопедическая реабилитация пациентов с ограниченными физическими возможностями

Преждевременная утрата зубов приводит не только к появлению дефектов зубных рядов, но и ухудшает внешний вид лица, функцию речи, откусывания и пережевывания пищи. По критериям стоматологического здоровья ВОЗ, у населения в возрасте 18 лет не должно быть удаленных зубов, в 35-44 года в полости рта пациентов количество отсутствующих зубов не должно превышать 3-4, а в старших возрастных группах (65-74 года) не может быть более 10% людей с полным отсутствием зубов. Основной задачей стоматологического ортопедического лечения является восстановление функции жевания. Главное требование ВОЗ – все отсутствующие в полости рта зубы должны быть восполнены качественными зубными протезами [81, 82, 152, 163, 164, 168, 178].

1.2.1 Особенности стоматологического статуса лиц с ограниченными возможностями и качество оказываемой им стоматологической помощи

Учитывая сложность и важность проблемы охраны здоровья населения, здравоохранение рассматривается как фактор национальной безопасности страны, а формирование стратегии непрерывного повышения качества медицинской помощи становится необходимым условием улучшения здоровья населения [82, 89].

Потребность населения в специализированной стоматологической помощи всегда была и остаётся высокой [18, 25, 55, 58, 87, 96, 112, 132]. По данным отдельных выборочных исследований потребность населения в ортопедической стоматологической помощи составляет от 60 до 100%. При этом нуждаемость в протезировании увеличивается с возрастом. В настоящее время в связи с постарением населения страны проблемы медико-социального характера становятся очень острыми, их решение требует значительных ресурсов системы здравоохранения – кадровых и финансовых [22].

Стоматологические заболевания, включающие в себя болезни тканей пародонта и твёрдых тканей зубов, являются одними из самых распространенных в мире. По оценкам экспертов до 100% взрослого населения земного шара имеют те или иные проблемы с зубами или мягкими тканями рта [175]. Определению распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста посвятили свои работы ряд авторов [1, 32, 96, 112, 135]. Для правильного планирования стоматологической помощи, адекватной реальным потребностям населения, необходим национальный банк стоматологической заболеваемости, который должен определить стратегию науки и практики [67]. По данным работ Э.М. Кузьминой (2008)

распространённость и интенсивность кариеса зубов во всех регионах России увеличивается с возрастом и составляет: в 3 года – 79,7%, при КПУ 3,7 (временные зубы) в 6 лет - 52,9%, при КПУ 0,7; в 12 лет – 89,5%, при КПУ 3,9; в 15 лет -94%, при КПУ 5,9; в 34-35 лет – 98,2%, при КПУ 11,1; в 65-74 лет – 99,3%, при КПУ 19,9. С возрастом увеличивается количество удалённых зубов. Соотношение их к средней интенсивности кариеса среди 12-летних составляет 4%, в возрасте 35-44 лет – 48%, 65-74 лет – 62%.

По данным работ В.М. Гринина (2008, 2011) анализ результатов клинического обследования органов полости рта населения пожилого (60-69 лет), старческого (70-79 лет) возраста и долгожителей (80 и старше лет) свидетельствует о высокой распространённости кариеса зубов среди данного контингента, которая составляет 100%. Наряду с высоким уровнем распространённости кариеса в РФ наблюдается широкое распространение заболеваний пародонта - от 88% до 100%.

По данным А.В. Алимского (2009, 2012) распространённость поражения пародонта у людей пожилого возраста составляет 100%. Низкий уровень гигиены полости рта является одной из причин развития заболеваний пародонта. По данным ряда исследователей, тяжёлая степень заболевания не столь распространена, как это принято считать.

О высоком уровне количества удалённых зубов, по сравнению со стандартами ВОЗ, говорят исследования Л.Н. Тупиковой (2002), проведённые в Алтайском крае. В возрастных группах в среднем отсутствует: 18 лет - 3,7 зуба, 35-44 года – 7,8 зубов и в возрасте 65-74 лет – 18,0 зубов. При этом у сельских жителей, по сравнению с городскими, во всех возрастных группах ($p \leq 0,001$) больше удалённых зубов.

Проведённые исследования выявляют высокий уровень потребности в стоматологической помощи. Так, если по данным 60-х годов до 40% населения старше 40 лет нуждались в ортопедической помощи, то сейчас эта

цифра возросла до 60-80%, и до 90% от числа обследованных [10, 24, 58]. Нуждаемость населения в зубных протезах различных конструкций по результатам исследования ряда авторов составляет более 70%, существенная потребность населения в съёмных заменяющих аппаратах (съёмных протезах) - 25% [1, 3, 24, 127].

В связи с переходом к рыночным отношениям и, главное, ухудшением материального благополучия большей части населения сократился спрос на стоматологические услуги [3]. В результате для значительной части населения ортопедическая стоматологическая помощь стала малодоступной, а иногда и недоступной [58]. Хотя, согласно данным эпидемиологических исследований, фактическая потребность населения в ортопедической стоматологической помощи не только не сокращается, но даже растёт. За пять лет снизилось количество посещений к стоматологам на 10 млн., одновременно снизилось число санированных по обращаемости [78]. Это свидетельствует об ослаблении контроля главных врачей стоматологических поликлиник относительно такого лечебного показателя, как санации по обращаемости. Число лиц, получающих зубные протезы, снизилось за два года с 2,6 млн. до 2, 5 млн. Важно, что наблюдается появление тенденции к повышению количества сельских жителей, получивших протезы (с 0,45 до 0, 48 млн.). Значительную часть лиц, получивших протезы, составляли пенсионеры, пользующиеся льготами; большинство регионов оставили эту льготу как территориальную [78]. Однако есть существенный недостаток, например, в муниципальных образованиях снижают расценки за ортопедическую работу для того, чтобы выделенных средств хватило на большее количество пациентов, а качество изготавливаемых зубных протезов остается на втором плане.

Пациенты обращаются в стоматологические учреждения, в основном, при острой боли и не заканчивают лечение. Люди не получают

стоматологическую помощь в достаточном объёме из-за её низкой доступности. По результатам стоматологических исследований пожилого населения в мире установлено, что стоматологический статус обследованных, находящихся в домах для престарелых, значительно хуже, чем у людей, проживающих дома [18, 90]. Проблемы, возникающие при протезировании старшей возрастной группы, можно разделить на две группы. Первые – биологические, вторые – приобретенные в ходе лечения (аллергические реакции, грибковые заболевания и т.д.). Дорогие протезы, которые помогут избежать ряда проблем, большинству наших пенсионеров недоступны из-за их высокой стоимости. Полученные А.В. Алимским (2008) при исследовании ортопедического статуса данные говорят о низком качестве стоматологической ортопедической помощи с одной стороны, а с другой – о высоких адаптационных возможностях пожилых пациентов. Таким образом, в переменах нуждается как стоматологическая геронтологическая помощь, так и отношение самих пациентов к состоянию их полости рта и зубных протезов.

Часто пациентам пожилого возраста назначаются сложные и дорогостоящие конструкции протезов, изготовление которых сопряжено с травматичностью и перегрузкой [14]. При возрастающей потребности в ортопедической помощи лиц пожилого возраста, по-прежнему остаются нерешёнными многие организационные вопросы, не разработаны особенности самого протезирования для этой категории. Большинство пациентов вынуждены пользоваться старыми протезами.

По данным ряда авторов качество протезов по конструкции, материалам и исполнению не соответствует современным возможностям [7, 12, 51, 56, 65, 71, 72, 85, 86]. Авторы указывают на то, что вопросы оказания ортопедической стоматологической помощи в настоящее время остаются актуальными [1, 3, 25, 134]. В ортопедическом лечении нуждаются большое

число пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в домах престарелых и инвалидов [135].

Задачи по сохранению здоровья населения не могут быть полностью решены без проведения активной профилактики стоматологических заболеваний [66, 70, 81, 91, 98, 118, 129]. Некоторые авторы отражают проблемы стоматологии, и выделяют из них – низкий уровень материально-технической базы и невозможность полноценно использовать достижения современной науки [3, 78].

Старость сама по себе не является патологией, болезнью. Однако в этот период жизни происходят сложные изменения в строении и функциях всех систем организма человека. Пожилому возрасту присущи специфические проблемы, связанные с неустойчивым материальным положением, утратой привычного социального статуса, а также с ухудшением состояния здоровья. В условиях старения населения возникает необходимость в новых формах и методах оказания действенной ортопедической стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста. Реализация приоритетных национальных проектов в России, расширение рынка стоматологических услуг, создание юридических основ защиты прав пациентов, а также высокая стоимость стоматологической услуги и высокая заболеваемость привели к тому, что в последнее время проявляется большой интерес к проблемам качества стоматологической помощи. Установлено, что качеством медицинского обслуживания удовлетворено около 50% респондентов, не удовлетворено - 21,8%, около 30% опрошенных не смогли ответить на этот вопрос [16].

Согласно концепции, разработанной ВОЗ, различают три аспекта качества. Это – качество структуры (оснащённость, обеспеченность), качество процесса (медицинской помощи), качество результата (исход медицинской помощи по оценкам компетентности, инфраструктуры

учреждения). Социологические опросы позволяют судить о состоянии стоматологической службы в целом и о её качестве. По данным А.В. Алимского (2010) во многих странах результаты опроса мнения населения являются единственным и главным критерием оценки качества стоматологического обслуживания.

В повседневной стоматологической практике используются показатели, отражающие количественные и качественные результаты деятельности одного врача-стоматолога, отделения, учреждения. Данные показатели позволяют проанализировать конечные результаты деятельности стоматологической службы на всей территории, проследить тенденции интенсивности и распространенности стоматологических заболеваний. Система оценки качества должна включать в себя удовлетворённость потребителя оказанной стоматологической помощью, так как оценка потребителем является основным критерием оценки качества медицинской услуги. Практическое использование результатов удовлетворённости потребителя качеством стоматологической помощи должно соответствовать профессиональным медицинским стандартам, требованиям врачебной этики и деонтологии. Основными критериями удовлетворённости пациентов при оказании стоматологической помощи названы своевременность диагностики и лечения, комфортность, сервис, наличие у врача учёной степени и его общественное признание, доступность стоматологической помощи, короткое время ожидания приёма, отсутствие очередей. По данным И.Ю. Лебеденко (2011), Л.Н. Тупиковой (2002) пациенты чаще всего желают доброжелательного, культурного обращения со стороны медработников, рассчитывают на безопасность, полное обезболивание при проведении стоматологических манипуляций, применение качественных пломбировочных и зубопротезных материалов, новейших методов

диагностики и лечения стоматологической патологии и письменных гарантий на проведённое лечение.

Следует отметить, что в некоторых источниках упоминается о том, что в лечебно-профилактических учреждениях различных форм собственности повысилось качество стоматологической помощи, и пациентам отдельных возрастных и социальных групп уделяется большее внимание [27]. Среди таких групп особое место занимают пенсионеры и инвалиды – наиболее социально незащищённые и нуждающиеся в качественной медицинской помощи. Геронтологические особенности личности, страх перед стоматологическим вмешательством, социальная незащищённость приводят данную социальную группу к мысли о недоступности им качественной стоматологической помощи. В 2000 году Леонтьев В.К. с соавторами выдвинули концепцию социальной стоматологии, где среди прочих задач определяется следующая - создание системы гарантий высокого качества оказания зубоврачебной помощи и других стоматологических и сопутствующих ей услуг.

Сложившаяся в нашей стране система управления стоматологической службой, опирающаяся преимущественно на административно-командные методы (жёсткие нормативы, спускаемые сверху, ориентация на объёмные показатели, единственный источник финансирования), не обеспечивала заинтересованности работников службы в улучшении качества стоматологической помощи. Напротив, она нацеливала коллективы на экстенсивный рост внутриотраслевых показателей (количество посещений, количество пломб и т.д.), практически не отражающих состояние стоматологического здоровья населения и уровень стоматологической помощи. В погоне за количественными показателями служба не была ориентирована на конечный результат – здоровье населения [81, 82]. Был забыт человек, а существовавшие, так называемые «качественные

показатели», являлись простым соотношением тех же количественных. Ситуация усугубляется отсутствием эффективной программы профилактики кариеса зубов, высокой себестоимостью современных технологий лечения и другими факторами, которые в известной степени уже поспособствовали сокращению объёмов бесплатного стоматологического обслуживания. По различным оценкам необходимую помощь получают лишь не более 30% всех нуждающихся [78].

Понятие качества жизни стоматологических пациентов неразрывно связано с понятием качества стоматологической помощи. Обеспечение качества стоматологической помощи всегда рассматривалась медицинской общественностью как одна из приоритетных задач стоматологической службы.

Таким образом, многие авторы констатируют, что сложившаяся в нашей стране организация стоматологической службы не удовлетворяет потребностей населения в доступной и качественной помощи [78, 95, 81]. Система оценки качества должна включать в себя удовлетворённость потребителя оказанной стоматологической помощью, так как оценка потребителем является основным критерием оценки качества медицинской услуги. Соответственно, улучшение качества жизни будет говорить о повышении качества стоматологических услуг. Однако в литературных источниках нет оценки показателя стоматологического здоровья инвалидов с тяжёлыми функциональными нарушениями, нет предложений оптимизации видов и объёмов стоматологической помощи данной группе населения с учётом финансовых ресурсов, социального статуса пациентов и их платёжеспособности.

1.2.2 Современные технологии изготовления съёмных ортопедических конструкций

В ортопедической стоматологии применяется большое разнообразие конструкций протезов для оказания стоматологической помощи населению. Особое место занимает съёмное протезирование. На сегодняшний день самыми широко применяемыми материалами (91-98%) для изготовления съёмных протезов в качестве базисных, являются акриловые пластмассы и их сополимеры [39, 43, 47, 63, 83, 136, 137]. Полимеры метилметакриловой кислоты в определённой мере удовлетворяют требованиям к материалам для базисов съёмных протезов по многим биомеханическим и медико-биологическим параметрам: доступность, достаточная прочность, технологичность, дешевизна. Но имеют также и отрицательные качества: хрупкость, избыточное выделение остаточного мономера, относительно большая усадка, явления индивидуальной непереносимости. Кроме того, к перечисленным недостаткам акрилатов можно отнести и невысокий модуль упругости, что ведёт к увеличению деформации базиса протеза под нагрузкой и влечёт изменения подлежащих мягких и костных тканей челюсти [39, 44, 80, 88, 93].

В нашей стране, как и в мире в целом, постоянно ведутся разработки по внедрению в практику новых материалов и способов изготовления съёмных ортопедических конструкций, которые бы превосходили по своим качествам акриловые пластмассы. Есть примеры использования в качестве источника внешней энергии микроволновой энергии, энергии света, энергии ультразвука. Отечественные материалы, разработанные для микроволновой полимеризации («СтомАкрил», «Фторакс», «Бесцветная»), и зарубежные (Acron MC, «Джи Си») обладают преимуществом экономии времени. Но требуют специального оборудования – микроволновую печь, а процесс

полимеризации проводят в специальной форме, которую изготавливают из полиэфирного стеклопластика с поликарбонатными болтами, позволяющими микроволновой энергии полностью проникать в отверждаемую пластмассу. Сложность и отсутствие данного оборудования и инструментов препятствуют широкому внедрению данной технологии в практическую стоматологию [104, 105].

В настоящее время в нашей стране проводится разработка и внедрение в практику полиуретановых, жестких и мягких полимеров, в частности материалов «Денталур» и «Денталур-П». Данные материалы относятся к литьевым полиуретанам. В основе получения изделий из этих материалов лежит принцип жидкого формования или свободного литья. Аналоги импортного производства – это технологии «Vertex» и «DREVE» (Германия). Особенностью их изготовления является использование в качестве дублирующих средств силиконов вместо гипса [5, 8].

На современном стоматологическом рынке всё большее внимание специалистов привлекают литьевые безномерные полимеры, обладающие чрезвычайно высокими показателями по эластичности, прочности и эстетичности. Базисы таких съёмных конструкций изготавливаются технологией инъекционного термического литья, требующей дорогостоящего оборудования. Первые исследования показали, что гибкие протезы способствуют быстрой адаптации пациентов, но их жевательная эффективность уступает по сравнению с пластиночными и бюгельными съёмными конструкциями из твёрдых материалов. Общая характеристика термопластических полимеров определяется названием данной группы – полимеры приобретают пластичность и необходимую форму в разогретом состоянии. Термопластические безакриловые полимеры используются в разных технологических системах [6, 13, 20, 23, 30, 60, 61, 63, 74, 75, 92, 114, 115, 125, 126].

Технология «Вакуумное формование» («Арком») относится к современным методам изготовления стоматологических конструкций, выполняющих различное клиническое назначение.

Для метода термоформирования необходимо специальное оборудование – аппарат для термоформирования и термопластичные безмономерные полимеры в виде ламинатов.

Помимо методики термоформирования существует методика инъекционного литьевого прессования, в которой также используются термопластические полимеры. Наиболее известные материалы – это «Valplast», США, «Acetal», Германия, «Flexy-Nylon», Израиль, «Dental D», Италия [61, 92, 126].

По данным производителей, термопластические полимерные материалы стоматологического назначения обладают схожими свойствами: не содержат остаточного мономера, а значит в последствии не вызывают аллергическую или раздражающую реакцию со стороны слизистой оболочки полости рта и организма в целом, т.е. обладают биосовместимостью. Они обладают повышенной прочностью, превосходящей традиционные акриловые пластмассы, что позволяет избежать частые поломки и изготавливать как временные, так и постоянные долговечные конструкции зубных протезов; обладают эластичностью, памятью формы, стабильностью размеров, что делает возможным их применение в качестве фиксирующих элементов съёмных конструкций; обладают хорошими эстетическими показателями, за счёт выбора цвета десневых оттенков или цвета естественных зубов [126].

Анализ литературы показал, что в последнее время, в связи со сложившейся демографической ситуацией, все больше исследований в области стоматологии посвящают старшим возрастным группам. Но до сих пор уделяется недостаточно внимания маломобильным или прикованным к постели представителям старших возрастных групп. Все больше возрастает

интерес не к количественным критериям стоматологического здоровья, а к субъективным ощущениям больного, как к главным критериям качества лечения.

Одним из важных факторов, определяющих качество жизни (КЖ) населения любой страны, является стоматологическое здоровье, позволяющее человеку не ограничивать себя при выборе пищи, полноценно питаться, общаться, использовать эстетическую функцию полости рта, повышать самооценку [9, 11, 22].

Изучение стоматологического статуса и качества жизни населения актуально и потому, что позволяет учитывать мнение потребителей стоматологических услуг при планировании стоматологических программ, объективно оценивать экономические затраты, обосновывать эффективные технологии профилактики и лечения.

Тем не менее, современные проблемы оказания стоматологической помощи лицам с ограниченной мобильностью и связанные со стоматологическим здоровьем аспекты качества их жизни, до настоящего времени изучены недостаточно и требуют дополнительной научной разработки.

ГЛАВА 2

КОНТИНГЕНТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование осуществлялось на территории Алтайского края. У всех обследованных было получено информированное согласие на использование данных обследования в научных целях. Все исследования проведены с согласия Комитета по этике при ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России (протокол №7 от 17.06.2010 г.) на основании требований Хельсинской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» и правок Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266 «Правила клинической практики в Российской Федерации».

Критерии включения

Участники исследования, подписавшие добровольное информированное согласие, соответствовали следующим критериям:

1. Возраст пациентов 45 лет и старше;
2. Регион проживания – Алтайский край;

Критерии исключения

1. Пациенты, не понимающие поставленной цели и задач предполагаемого исследования;

2. Пациенты, отказавшиеся подписать информированное согласие.

Схема диссертационного исследования представлена на таблице 1.

Таблица 1



2.1 Характеристика контингента исследования

По характеру той или иной недостаточности инвалиды делятся на несколько категорий: к первой относятся инвалиды с физическими недостатками, ко второй - с умственной ограниченностью, к третьей - с психическими расстройствами, четвёртой - несколькими видами неполноценностей. Для изучения стоматологического статуса и качества жизни нами была выбрана группа лиц, на наш взгляд, в большой степени испытывающая трудности в получении стоматологической помощи – это инвалиды с физическими недостатками, имеющие ограничения в подвижности.

На первом этапе исследования, для выявления особенностей стоматологического статуса пациентов с ограниченными возможностями, качества их жизни и уровня оказываемой им стоматологической помощи, было сформировано две группы (основная и сравнения) из числа лиц старше 45 лет, проживающих в Алтайском крае и относящихся к социально значимым слоям населения. В основную группу вошли пациенты Центрального дома-интерната для престарелых и инвалидов г. Барнаула, относящиеся к группе инвалидов с физическими недостатками, по причине патологии опорно-двигательной системы. Это пациенты с выраженным ограничением мобильности, инвалиды-колясочники (инвалиды 1 группы). Основная группа состояла из 108 человек в возрасте 45-89 лет, из них мужчин – 49 (45,4%) чел., женщин – 59 (54,6%) чел. Все обследованные были разделены на 3 возрастные группы согласно классификации ВОЗ: 45-59 лет (зрелый возраст), 60-74 лет (пожилой возраст) и 75-89 лет (старческий возраст). Средний возраст обследованных составил 72 года (табл. 2).

Таблица 2 - Характеристика возрастно-половой структуры обследованных в отделении «милосердия» центрального дома интерната для инвалидов и престарелых г. Барнаула (основная группа)

Возраст (в годах)	Число обследованных					
	абс.	муж.	жен.	в %	муж.	жен.
45-59	10	4	6	9,3	3,7	5,6
60-74	56	22	34	51,8	20,4	32,4
75-89	42	17	25	38,9	15,7	23,2
Всего	108	43	65	100,0	39,8	60,2

В группу сравнения вошли жители Алтайского края старше 45 лет, с относительным ограничением мобильности по причинам проблем со здоровьем, финансовых затруднений, проблем транспортной доступности. Группа обследованных составила 217 человек. Средний возраст обследованных составил 69 лет (табл. 3).

Таблица 3 - Характеристика возрастно-половой структуры обследованных в Алтайском крае (группа сравнения)

Возраст (в годах)	Число обследованных					
	абс.	муж.	жен.	в %	муж.	жен.
45-59	54	21	33	24,9	9,7	15,2
60-74	93	41	52	42,8	20,4	32,4
75-89	70	29	41	32,3	15,7	23,2
Всего	217	91	126	100,0	39,8	60,2

На втором этапе исследования была проведена стоматологическая (ортопедическая) реабилитация пациентов основной группы, нуждающихся в восстановлении или улучшении функции жевания (62

человека). Все участники второго этапа исследования на основании показаний к протезированию были рандомизированы в три группы:

- первая группа сравнения включала пациентов, функция жевания которым была восстановлена частичными съёмными пластиночными протезами из акрилового материала «Фторакс» (n=15);
- вторая группа сравнения включала пациентов, функция жевания которым была восстановлена частичными съёмными гибкими протезами из термопластического и акрилового материала (технология Pro-flex) (n=17);
- третья группа сравнения включала пациентов, функция жевания которым была восстановлена временными частичными съёмными протезами с денто-альвеолярными кламмерами из термопластического материала (n=30) (табл. 4).

Таблица 4 - Контингент второго этапа исследования

Вид протезирования	Число пациентов	
	абс.	в %
ЧСП «Фторакс»	17	24,2
Гибкий ЧСП (Pro-flex)	15	27,4
Временный ЧСП	30	48,4
Всего	62	100,0

На втором этапе исследования проводили определение эффективности жевания, гигиенического состояния полости рта пациентов и качества жизни до и после лечения (приложение 2).

2.2 Методы исследования

Для оценки качества стоматологической помощи используются объективные показатели охраны здоровья. ВОЗ рекомендует четыре основные категории показателей:

- показатели, касающиеся политики в области здравоохранения;
- социальные и экономические показатели;
- показатели обеспеченности медицинской помощью;
- показатели состояния здоровья, включая качество жизни.

Показатели, касающиеся политики в области здравоохранения, включают политические обязательства, распределение ресурсов, степень участия населения в работе по достижению здоровья для всех, а также систему организации и руководства.

Социальные и экономические показатели оценивают темпы роста населения, валовой внутренний продукт, распределение доходов. Обеспеченность стоматологической помощью рассматривается с позиции обеспеченности первичной медико-санитарной помощью, консультативной помощью и другими.

Показатели здоровья заслуживают особого внимания, так как их оценка трактуется глобальной стратегией ВОЗ по достижению здоровья.

Согласно рекомендациям ВОЗ для обследования пожилых людей и оценки эффективности стоматологического обслуживания на первом этапе исследования были изучены:

- кариес зубов (индекс КПУ зубов),
- болезни пародонта (индекс СРІТN),
- гигиена полости рта (индекс Silness и Loe, 1964г.),
- показатели качества жизни (опросник ОНІР-14, Slade G.D., 1997г.),

-уровень стоматологической помощи (индекс УСП, Леус П.А., 2008г.).

2.2.1 Клинические методы исследования

Обследование полости рта пациентов, способных передвигаться самостоятельно, не вызывало затруднений. Его проводили по классической методике в стоматологическом кабинете с использованием зеркала и зонда. Обследование инвалидов с ограниченной подвижностью имело свои особенности: осмотр полости рта проводили в кресле-каталке или в кровати с помощью одноразового стоматологического инструментария, при необходимости использовалось искусственное дополнительное освещение (рис. 1, 2) [105].



Рисунок 1 - Обследование пациентов с ограниченной подвижностью в стоматологическом кабинете



Рисунок 2 - Обследование пациентов с ограниченной подвижностью в палате

На каждого анкетизируемого заполнялся «Протокол медицинского стоматологического обследования», разработанный согласно рекомендациям ВОЗ (приложение 1). В данных протоколах регистрировалась зубная формула, на которой отмечались зубы с кариозными полостями, запломбированные, удалённые и подлежащие удалению. На зубных формулах отмечалось наличие зубных протезов. «Протокол медицинского стоматологического обследования» позволяет проанализировать половозрастной состав, место жительства, определить состояние полости рта, потребность в стоматологической помощи.

Основным и высокоинформативным показателем состояния полости рта является индекс КПУ – среднее число кариозных, запломбированных и удалённых зубов, который отражает степень тяжести стоматологических заболеваний и уровень оказания стоматологической помощи [80]. Для оценки кариозного процесса высчитывались распространённость (%) и интенсивность кариеса (индекс КПУ). Определение нуждаемости в различных видах стоматологической помощи проводили на основании изучения структуры КПУ. При этом рассчитывали абсолютные величины и

удельный вес составляющих элементов в показателе КПУ. Это позволило выявить возрастную динамику КПУ и дифференциацию нуждемости обследованных в том или ином виде стоматологической медицинской помощи по мере увеличения их возраста. Показатели распространённости кариеса зубов, а также нуждемость в стоматологической помощи оценивали в % к числу обследованных. По рекомендациям ВОЗ величина индекса КПУ в пределах 6-10 свидетельствует о высокой интенсивности кариозного поражения, 3-5 - умеренной, 1-2 низкой.

Экспертами ВОЗ предложена стандартизированная методика учёта распространённости и интенсивности заболеваемости пародонта с помощью индекса необходимости в лечении заболеваний пародонта – CRITN. Для определения этого показателя используются данные клинических признаков болезни: кровотечение дёсен, зубные отложения, пародонтальные карманы. Индекс CRITN, позволяет характеризовать степень тяжести болезней пародонта и отражает качество профилактики и лечения. Чем меньше величина индекса CRITN, тем лучше лечебно-профилактическая пародонтологическая помощь.

Для оценки индекса проводили исследование пародонта в области 10 индексных зубов (1.7, 1.6, 1.1, 2.6, 2.7, 3.6, 3.7, 3.1, 4.6, 4.7), представлявших 6 условных секстантов. При обследовании тканей пародонта в области каждой пары и моляров регистрировали более тяжёлое состояние и в карту заносили 6 цифр в соответствующих секстантах. В соответствии с методикой использовалась следующая система оценок:

- 0 – нет признаков заболевания;
- 1 - кровоточивость после зондирования;
- 2 – наличие над- и поддесневого зубного камня, пародонтальный карман до 3 мм;

3 – пародонтальный карман глубиной 4-5 мм;

4 – пародонтальный карман глубиной 6 мм и более.

При определении состояния тканей пародонта у лиц пожилого возраста существуют некоторые особенности, обусловленные отсутствием большого количества зубов. В этих случаях регистрация проводилась лишь в секстантах, где присутствовали два и более зуба, не подлежащих удалению. Если зубы подлежали удалению или отсутствовали, секстант считали исключённым. По данным индекса CPITN определяется потребность индивидуума или группы в лечении. Согласно рекомендациям ВОЗ объём лечебно-профилактической помощи определяется по следующей схеме:

- наличие кровоточивости десны указывает на необходимость инструктажа по гигиене полости рта;

- наличие зубного камня и пародонтальных карманов средней глубины до 4-5 мм требует, наряду с улучшением индивидуальной гигиены, провести удаление зубного камня и кюретаж;

- наличие глубоких пародонтальных карманов – более 6 мм указывает на необходимость назначения комплексной терапии, включающей, помимо гигиенических мероприятий и удаления зубных отложений, хирургические вмешательства и другие мероприятия.

Важным критерием стоматологического здоровья является показатель гигиены полости рта, при котором определяют количество мягкого зубного налета. Гигиеническое состояние полости рта оценивали по индексу зубного налета (PI) по Silness и Loe (1964), так как наиболее распространённые индексы гигиены по Федоровой-Володкиной (1971) и упрощённый индекс J.Greene, J.Vermillion - OHI-S (Oral Hygiene indices – Simplified, 1964) были не информативны. Методики позволяют оценить гигиену полости рта (налёт, зубной камень) лишь при наличии шести

определенных групп зубов, наиболее характерных для локализации зубных отложений. Однако у обследованных нами пациентов в среднем в полости рта присутствовало иногда меньше шести зубов, либо группы зубов не соответствовали предложенным в этих индексах.

Индекс гигиены полости рта (PI) по Silness и Loe (1964) основан на определении количества зубного налёта в придесневой области с помощью зонда, без использования красителей. Метод очень прост и доступен: кончик зонда проводят по шейке зуба, слегка входя в десневую бороздку. Мы использовали следующую систему оценок:

1. При осмотре и зондировании зубной налёт не выявляется;
2. Умеренный, видимый при осмотре налёт, на зонде значительное количество налёта;
3. В придесневой области определяется значительное количество налёта или пищевых остатков.

По методике сумма показателей в области всех зубов делится на количество зубов. Значение индекса гигиены полости рта (PI) интерпретировалось следующим образом:

- индекс 1- 1,3 низкий, хорошая гигиена полости рта;
- 1,4 – 1,9 средний, удовлетворительная гигиена полости рта;
- 2,0 – 3,0 высокий, неудовлетворительная гигиена полости рта.

На основании «Протокола медицинского обследования» было проведено определение уровня стоматологической помощи (УСП) П.А. Леуса (2008):

$$\text{УСП} = 100\% - \left(\frac{K \pm A \times 100\%}{\text{КПУ}} \right), \text{ где}$$

A – среднее количество удалённых зубов, не восстановленных ортопедическими конструкциями;

К – среднее количество нелеченных кариозных поражений, включая кариес пломбированных зубов;

КПУ – средняя интенсивность кариеса зубов обследованного населения.

УСП – отражает потребность в стоматологической помощи и отображается в процентах. Предполагает четыре группы:

1. 75% и более - состояние стоматологической помощи хорошее;
2. 50–75% – состояние стоматологической помощи удовлетворительное;
3. 10–49% – состояние стоматологической помощи недостаточное;
4. Менее 9% – состояние стоматологической помощи низкое.

2.2.2 Методики протезирования

Нами использовались три методики изготовления съёмных зубных протезов:

1. Частичные съёмные пластиночные протезы из акрилового материала «Фторакс».

2. Частичные съёмные гибкие протезы из термопластичных и акриловых материалов (технология «Pro-flex»).

3. Временные частичные съёмные протезы из термопластического материала с денто-альвеолярными кламмерами.

Общим фактором для всех трёх методик является сокращение до минимума количества этапов клинического приёма и возможность изготовить их пациентам с ограниченной мобильностью или недоступностью ортопедической стоматологической помощи.

Пациентам, вошедшим в третью группу составлялся план дальнейшей стоматологической реабилитации с указанием конструкции последующих постоянных протезов.

В связи с тем, что данные методики являются авторскими (патент на изобретение «Способ изготовления имедиат-протеза для лиц с ограниченной мобильностью») или в них использованы элементы модификации, разработанные в процессе научного исследования, считаем возможным изложить их подробно в главе 4 «Особенности оказания ортопедической стоматологической помощи лицам с ограниченными возможностями».

2.2.3 Метод оценки жевательной эффективности

Для исследования состояния жевательно-речевого аппарата и контроля эффективности жевания до и после ортопедического стоматологического лечения актуальной является оценка эффективности жевания. Но сложность, трудоёмкость, многоэтапность и длительность проведения функциональных проб существенно затрудняет их использование. Поэтому мы использовали метод экспресс-оценки эффективности жевания разработанный Трезубовым В.Н. с соавт. в 2010 году. Данный метод даёт возможность достаточно быстро и без больших затрат оценить эффективность жевания у различных групп пациентов, уточняя результаты с учётом возраста и состояния зубных рядов.

Метод заключается в следующем: первоначально определяют предварительную эффективность жевания ($\text{Э}_{\text{предв}}$). Пациент получает порцию пищи (ядро миндального ореха или кубик сырой моркови массой от 0,5 до 1 г) и начинает разжёвывать её до возникновения глотательного рефлекса, непреодолимого желания проглотить пищевой комок. Время,

прошедшее от начала жевания до появления желания проглотить, фиксируется.

Эффективность жевания ($\mathcal{E}_{\text{предв}}$) в зависимости от затраченного времени определяется по таблице (табл. 5).

Уточнённую эффективность жевания ($\mathcal{E}_{\text{уточн}}$) рассчитывают по формуле:

$$\mathcal{E}_{\text{уточн}} = \mathcal{E}_{\text{предв}} \times K1 \times K2,$$

Где $K1$ – возрастной коэффициент поправки на возраст:

- до 39 лет – $K1=1,0$
- 40-59 лет – $K1=1,05$
- 60 лет и старше – $K1=1,1$.

$K2$ – коэффициент поправки на состояние зубных рядов:

- при наличии здоровых зубных рядов, одиночных искусственных коронок, мостовидных протезов малой и средней протяжённости, в том числе имплантационных $K2=1,0$;
- при наличии мостовидных протезов большой протяжённости, в том числе имплантационных $K2=1,05$;
- при наличии частичных съёмных протезов и одиночно стоящих сохранившихся зубах, полных съёмных протезов $K2=1,15$.

Таблица 5 - Зависимость между временем пережёвывания и эффективностью жевания

Время жевания, с	Эффективность жевания, %
16 и менее	100
17	94,1
18	88,9
19	84,2
20	80,0
21	76,2
22	72,7
23	69,6
24	66,7
25	64,0
26	61,5
27	59,3
28	57,1
29	55,2
30	53,3
31	51,6
32	50,0

2.2.4 Метод оценки качества жизни

Оценка качества жизни пациентов проводилась до проведения ортопедического лечения и после его окончания (после адаптации к зубному протезу). Оценку проводили с помощью специализированного стоматологического опросника Oral Health Impact Profile - ОНІР-14, 1997 (приложения 3, 4). Это сокращённый вариант опросника ОНІР-49 (1994), разработанного Slade G.D., а его русскоязычная версия апробирована в исследовании Барера Г.М. с соавторами (2007). Данный опросник

включает 14 вопросов, которые условно можно разделить на проблемы связанные с питанием, включая приём пищи (вопросы 1-6), и проблемы коммуникативной деятельности, труда, отдыха и самочувствия (вопросы 7-14). Имеется пять вариантов ответа, которые варьируют от «очень часто» до «никогда» и оцениваются от 5 до 1 балла соответственно.

Все 14 вопросов анкеты-опросника направлены на изучение негативных факторов влияния стоматологического здоровья на качество жизни пациентов. Соответственно, хороший уровень качества жизни пациента подразумевает либо полное отсутствие негативного влияния, либо редкие инциденты («никогда», «редко»). Данная концепция соответствует границам 0-14 баллов при оценке индекса ОНIP-14. Удовлетворительный уровень качества жизни пациента подразумевает периодическое негативное влияние стоматологического статуса, что соответствует варианту ответа в опроснике «иногда» и имеет цифровой диапазон 15-28 баллов. Неудовлетворительный уровень качества жизни пациента соответствует частому воздействию негативных факторов на функциональную, психическую и социальную активность пациента, соответствует варианту ответа «часто», имеет диапазон 29-42 баллов. Значение более 42 баллов свидетельствует о плохом качестве жизни пациента [21].

2.2.5 Социологическое исследование

Мотивацию к гигиене полости рта определяли в процессе интервьюирования респондентов на следующие вопросы из анкеты [48]:

1. Можно ли предупредить возникновение стоматологических заболеваний?

2. Вы регулярно 2 раза в день после приёма пищи (утром и вечером) чистите свои зубы?
3. Тщательно очищаете поверхности зубов?
4. На очищение зубов Вы затрачиваете от 2 до 3 минут?
5. Хорошо ли Вы отчищаете свои зубы от налёта?
6. Вы используете дополнительные средства гигиены для более тщательного очищения зубов (зубную нить, ополаскиватели)?
7. Очищаете ли Вы язык от налёта, от слизи?
8. Вы чистите (зубной щёткой) съёмные протезы, при наличии таковых 2 раза в день после приёма пищи?
9. Прополаскиваете ли Вы рот водой после приёма пищи?
10. У Вас 2 зубные щётки – для зубов и съёмного протеза?
11. Вы меняете зубную щётку по мере истирания ворса?
12. Получали ли Вы консультации по гигиене полости рта, по предметам гигиены?
13. Употребляете ли Вы овощи и фрукты в сыром виде?
14. Возможно ли в Вашем возрасте сохранение большого количества зубов и нормальной функции жевания, эстетики?

Вопросы анкеты составлены при консультации психолога и социолога в простой для понимания респондентов форме, все 14 вопросов содержат по два варианта предполагаемых ответов – «да» или «нет». Анализ ответов на поставленные вопросы позволяет оценить внутреннее побуждение, мотивацию пожилых людей к гигиене полости рта и определить уровень гигиены и состояния полости рта.

Критерий оценки полученных ответов:

- от 1 до 4 положительных ответов расценивалось как неудовлетворительное состояние полости рта, отсутствие мотивации к гигиене;

- до 7 положительных ответов расценивалось как удовлетворительное состояние полости рта;
- при наличии 11 положительных ответов состояние расценивалось как хорошее, свидетельствующее о наличии положительной мотивации.

2.2.6 Методы статистической обработки материала

Анализ данных производился с помощью стандартных методов математической статистики с использованием программного обеспечения для ПК: Microsoft Excel 2003 [29]. Значения непрерывных величин представлены в виде $M \pm m$, где M – выборочное среднее и m – стандартная ошибка среднего. В случаях нормального распределения признаков, а также равенства выборочных дисперсий, для сравнения средних использовали t-критерий Стьюдента. Для сравнения связанных выборок использовали парный t-критерий Стьюдента.

В случае распределений, не соответствующих нормальному, использовали непараметрические U-критерий Манна-Уитни (для независимых выборок) и T-критерий Вилкоксона (для связанных выборок). Значимость различий между качественными признаками оценивали с помощью непараметрического критерия χ^2 . Критический уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали равным 0,05. При сравнении нескольких групп между собой использовали поправку на множественность сравнений.

Для построения графиков использовали метод регрессии и корреляционный метод анализа данных. Оценивали возможность построения регрессионной зависимости с помощью коэффициента корреляции.

ГЛАВА 3

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

3.1 Анализ медико-географических данных по Алтайскому краю

Алтайский край - крупный аграрно-промышленный регион, входящий в Сибирский федеральный округ, расположен на юго-востоке Западной Сибири. Протяженность территории края в меридиональном направлении составляет 500 км, в широтном направлении - 560 км. По состоянию на 01.01.2010г. численность населения Алтайского края составила 2490714 чел., из них на селе проживает 1160397 чел., (46,6%), в городе — 1330317 чел. (53,4%). Площадь территории края составляет 168 тыс. км², плотность населения 14,9 чел. на 1км².

Удельный вес сельских жителей в крае существенно выше, чем в среднем по РФ (27%) и СФО (29,2%). Среднедушевой уровень дохода в сельской местности гораздо меньше такового в городах. Следовательно, для жителей сёл уменьшается доступность стоматологической помощи, тем более ортопедической, из-за высокой стоимости зубных протезов. В состав Алтайского края входят 72 административно территориальные единицы: 60 административных районов, 10 городов краевого и 2 города районного подчинения. Кроме того, в крае 6 рабочих посёлков, 721 сельская администрация и 1600 сельских населенных пунктов, значительную долю сельских населённых пунктов составляют малые сёла. В 341 селе (21,3%) численность населения составляет до 100 чел.; в 624 сёлах (38,9%) - от 101 до 500 чел.; в 320 сёлах (20%) – от 501 до 1 тыс. чел.; в 204 сёлах (12,8%) - от 1 до 2-х тыс. чел.. И лишь в 92 сёлах (5,8%) численность населения превышает

2 тыс. чел. Следовательно, по нормативным документам, в сёлах из-за малой численности населения не может быть врача-стоматолога, тем более, работающего на ортопедическом приёме.

Средняя площадь сельского района составляет 3900 км², средняя численность населения 18200 человек, при средней плотности расселения - 4,7 чел./км². Среднее расстояние между районными центрами составляет 67 км, средняя удалённость районов от краевого центра 267,5 км. Протяжённость автомобильных дорог общего пользования с твёрдым покрытием составляет 14588 км., густота - 86,83 км на 1000 км², из них доля дорог, не отвечающая нормативным требованиям, составляет 59,5%. Данная информация ещё раз подтверждает недостаточную доступность стоматологической помощи для пациентов, проживающих в сельской местности, из-за ограниченной мобильности.

На уровень здоровья существенное влияние оказывает неблагоприятная возрастная структура населения с более высокой, чем в среднем по Сибирскому федеральному округу (СФО), долей лиц старших возрастов. Ситуацию усугубляет миграционный отток молодёжи, преимущественно сельской, в соседние регионы и, возвращающихся на прежнее место жительства в пенсионном возрасте.

По данным на 01.01.2010г. удельный вес населения старше трудоспособного возраста составил в крае 21,6% (СФО - 19,1%), а демографическая нагрузка лицами нетрудоспособных возрастов на 1 тысячу лиц трудоспособного возраста составила 608 чел. (по СФО - 570). В сравнении с 2005г. доля населения старше трудоспособного возраста увеличилась на 1,68% (с 19,94% в 2005г., до 21,62% в 2010г.), а доля населения моложе трудоспособного возраста снизилась на 0,39%. Это закономерная ситуация для аграрных регионов.

Демографическая нагрузка на трудоспособное население детьми и стариками возросла за указанный период на 5,6%. Прогноз Росстата до 2015г. свидетельствует о дальнейшем росте численности лиц старших возрастов и её доли в общей численности населения.

Значимыми факторами, создающими объективные трудности в обеспечении доступности и качества медицинской помощи, снижающими эффективность функционирования системы здравоохранения края, являются его административно-территориальные и медико-географические особенности. Для ликвидации или уменьшения негативного влияния ранее обозначенных факторов необходимо содержать чрезвычайно разветвлённую и экономически затратную сеть лечебно - профилактических учреждений. Таким образом, сельские учреждения здравоохранения составляют 40%, что и определяет приоритет развития сельского здравоохранения.

В Алтайском крае проживает более 570 тыс. граждан пожилого возраста (23% от общей численности населения), из них свыше 560 тыс. человек состоят на учёте в органах социальной защиты населения с целью предоставления различных мер социальной поддержки, из них около 87 тыс. человек одиноких и одиноко проживающих. В регионе имеется 43 дома-интерната для престарелых и инвалидов, в которых проживает 5 545 человек.

Перечисленные выше цифры указывают на недоступность или ограниченную доступность гарантированной стоматологической помощи для значительной части населения Алтайского края.

3.2 Особенности стоматологического статуса у лиц с ограниченными возможностями

3.2.1 Распространённость и интенсивность кариеса

Анализ результатов обследования стоматологического статуса 325 лиц старших возрастных групп с ограниченными возможностями выявил, что распространённость кариеса зубов составила 100%. Распределение показателей интенсивности кариеса по группам приведено в таблице 6.

Таблица 6 - Структура КПУ лиц с ограниченными возможностями (M±m)

Возраст (в годах)	Группы	К	П	У	КПУ
45 - 59	основная	3,46±0,03*	1,87±0,09	21,31±1,24	26,64±1,41
	сравнения	1,90±0,05	1,18±0,12	21,93±0,65	25,01±0,72
60 - 74	основная	3,40±0,58	0,56±0,08	23,86±0,83	27,82±0,92
	сравнения	2,15±0,19	0,91±0,02	22,35±1,34	25,41±1,13
75 - 89	основная	2,57±0,11	0,56±0,03	28,1±0,86*	31,23±1,72*
	сравнения	1,85±0,09	0,55±0,13	25,91±0,89	28,31±1,41
Среднее по группам	основная	3,15±1,25	0,99±0,54	24,42±3,95	28,56±4,81
	сравнения	1,97±0,89	0,88±0,48	23,39±3,37	26,24±4,23

Примечание - * обозначены величины, достоверно отличающиеся от показателей группы сравнения (p<0,05)

Интервал показателя КПУ в основной группе (108 чел.) составил от 26,64±1,41 в группе 45-59 лет до 31,23±1,72 в группе 75-89 лет. Увеличение

индекса КПУ с возрастом происходило за счет прироста элемента «У» (удалённые зубы). У всех обследованных пациентов в индексе КПУ преобладал именно этот компонент от $21,31 \pm 1,24$ до $28,10 \pm 0,86$, что в процентном соотношении составляет соответственно 79,99% и 89,97% от общей доли компонентов КПУ (в среднем 85,50%).

Анализ других элементов показателей КПУ указывает на их невысокий удельный вес и в целом невысокую значимость у пациентов интерната. Так, кариозные зубы, подлежащие лечению (элемент «К»), составили в среднем на всех обследованных лишь $3,15 \pm 1,25$ (11,02% от общей доли КПУ), сокращаясь с возрастом от $3,46 \pm 0,03$ (12,98%) до $2,57 \pm 0,11$ (8,22%). Это свидетельствует об относительно невысокой нуждаемости их в терапевтической стоматологической помощи на момент обследования.

Элемент «П» (пломбированные зубы) составляет 3,46%. Это наименьшая доля индекса КПУ – от $1,87 \pm 0,09$ (7,01%) в возрастной группе 45-59 лет до $0,56 \pm 0,03$ (1,79%) в группе 75-89 лет.

Высокие значения индекса интенсивности кариеса говорят о значительной потребности обследованных в стоматологической помощи. При этом характер распределения компонентов в структуре индекса указывает на преобладание потребности в ортопедической стоматологической помощи (85,50% - удалённые зубы). Обращает на себя внимание малая доля запломбированных зубов (3,46%) в сравнении с долей удалённых (85,50%), что указывает на недостаток профилактической и терапевтической стоматологической помощи. Это связано, по нашему мнению, как с ограничением доступности всех видов стоматологической помощи для данной категории граждан, так и с обращаемостью последних за стоматологической помощью в большем количестве случаев по острой боли, а не с целью профилактики.

Интервал показателя КПУ в группе сравнения (217 чел.) составил от $25,01 \pm 0,72$ в группе 45-59 лет до $28,31 \pm 1,41$ в группе 75-89 лет. Статистически значимые различия между основной группой и группой сравнения были выявлены только в старшей возрастной группе (75-89 лет).

Распределение компонентов индекса КПУ в группе сравнения соответствовало распределению компонентов индекса КПУ в основной группе. Наибольшая доля пришлась на удалённые зубы – 89,13%, на пломбированные – 3,35% и на кариозные – 7,50%. Компонент «У» составил от $21,93 \pm 0,65$ (87,68%) в возрасте 45-59 лет до $25,91 \pm 0,89$ (91,52%) в возрасте 75- 89 лет; компонент «П» - от $1,18 \pm 0,09$ (7,01%) до $0,56 \pm 0,03$ (1,79%) соответственно; компонент «К» - от $1,90 \pm 0,05$ (7,59%) до $1,85 \pm 0,09$ (6,53%) соответственно.

При статистической обработке полученных результатов мы выявили зависимость распределения показателей КПУ и элемента «У» внутри групп (рис. 3, 4). Корреляционный анализ показал, что увеличение индекса КПУ в большей степени зависит от возраста в группе сравнения, чем в основной группе. Так как основную долю в структуре КПУ составляют удалённые зубы, такая же зависимость проявляется в структуре всего КПУ (рис. 5, 6).

В основной группе наблюдается равномерное увеличение удалённых зубов с возрастом, в отличие от группы сравнения, у пациентов которой количество удалённых зубов резко повышается в возрасте 75-89 лет.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об одинаково высокой потребности обследованных лиц в стоматологической помощи, особенно в ортопедической. Преобладание элемента «У» во всех возрастных группах указывает на обращение обследованных в основном за хирургической помощью и недостаток обеспечения данной категории граждан своевременной профилактической и терапевтической стоматологической помощью.

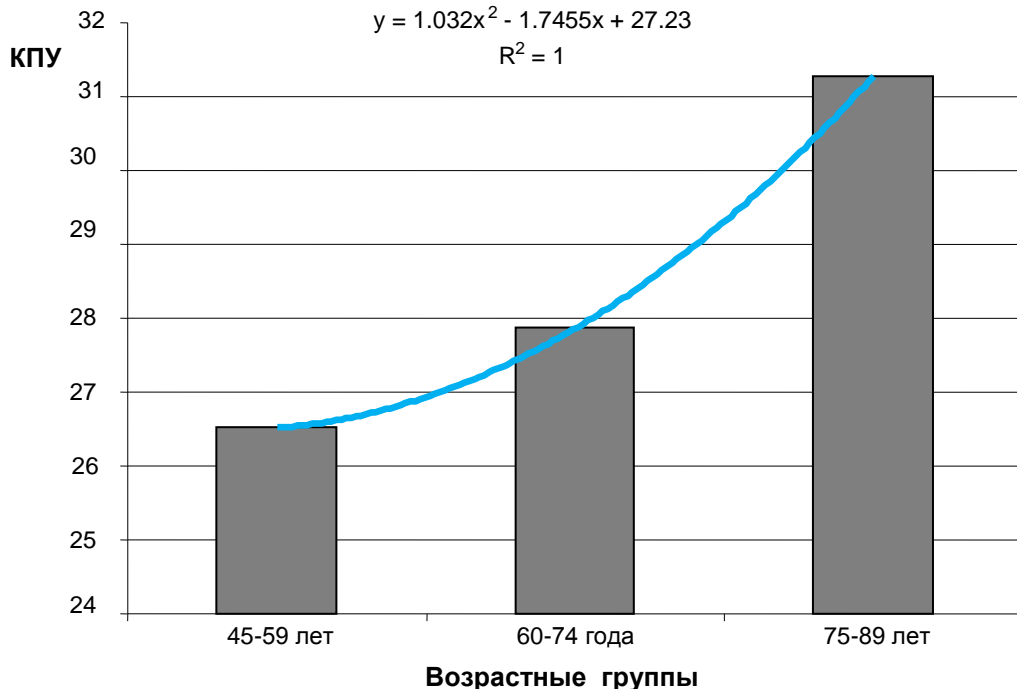


Рисунок 3 - Зависимость КПУ от возраста в основной группе ($y \equiv \text{КПУ}$, $x \equiv n$, n – номер возрастной группы, R – коэффициент корреляции между фактическими данными и аппроксимирующей функцией)

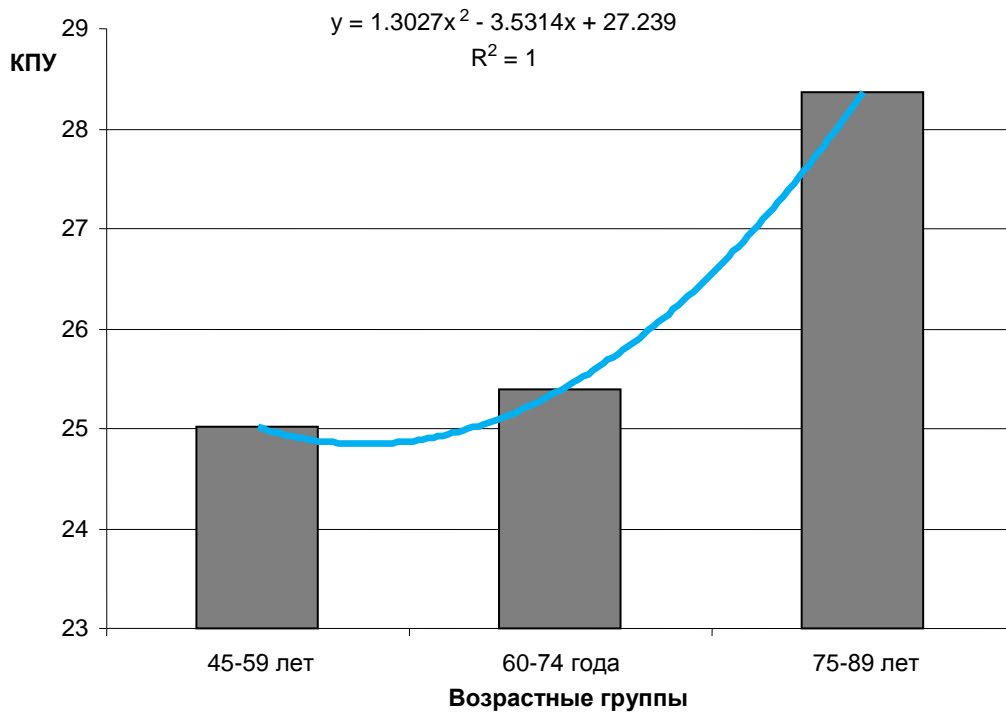


Рисунок 4 - Зависимость КПУ от возраста в группе сравнения

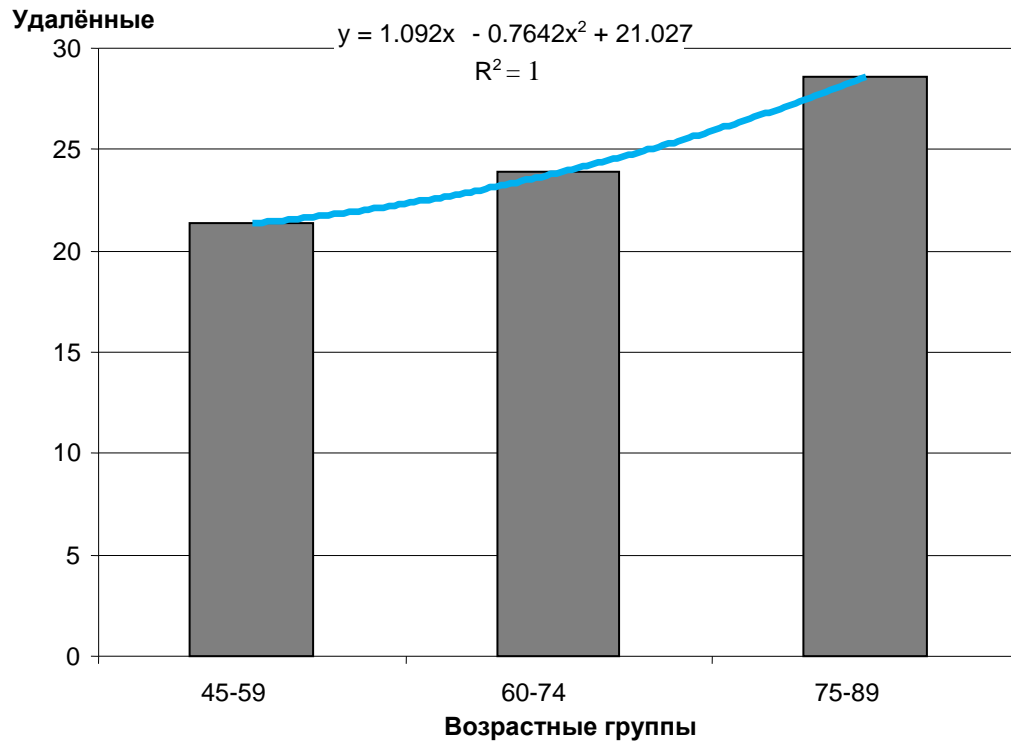


Рисунок 5 - Зависимость количества удалённых зубов от возраста в основной группе ($y \equiv$ удалённые зубы)

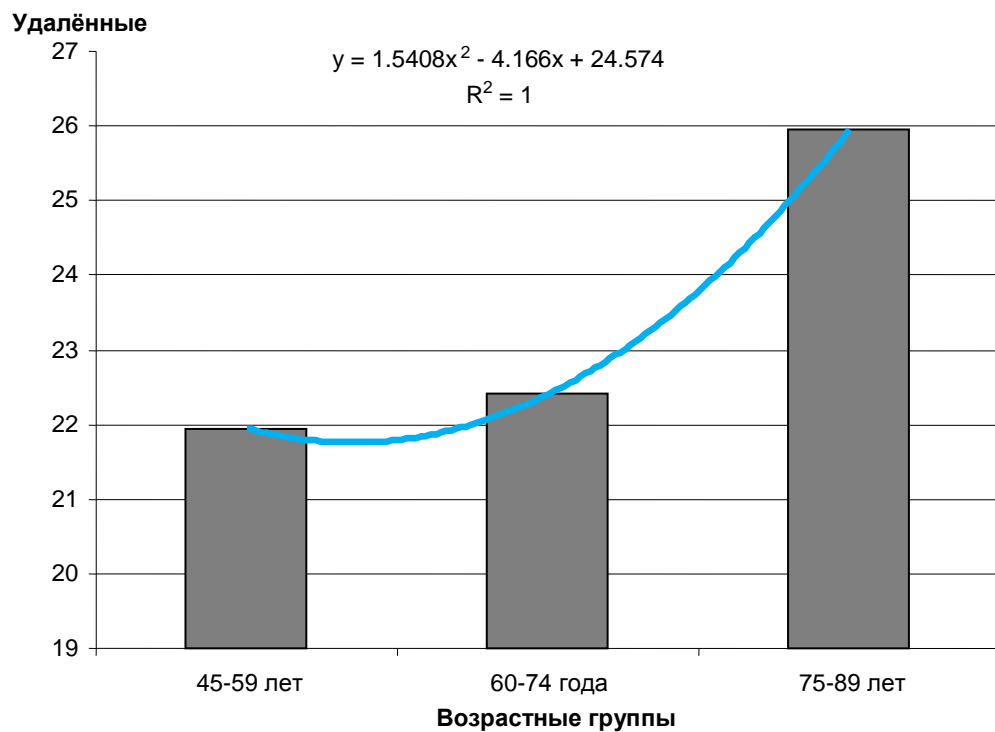


Рисунок 6 - Зависимость количества удалённых зубов от возраста в группе сравнения

3.2.2 Состояние пародонта

При изучении пародонтального статуса использовался индекс CRITN, рекомендованный ВОЗ для определения нуждаемости в лечении. Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что распространённость воспалительных заболеваний составила 100%.

Анализ структуры индекса CRITN (табл. 7) показал, что с возрастом обследованных пациентов снижается количество секстантов со здоровым пародонтом, как в основной, так и в контрольной группах. При этом, в группе сравнения в среднем частота встречаемости секстантов со здоровым пародонтом с возрастом уменьшается только в 3,5 раза (с $1,47 \pm 0,12$ до $0,42 \pm 0,04$), тогда как в основной группе частота встречаемости секстантов со здоровым пародонтом с возрастом уменьшается в 7,6 раза (с $1,14 \pm 0,04$ до $0,15 \pm 0,02$).

Наряду с этим наблюдалась увеличение секстантов с над- и поддесневым зубным камнем, пародонтальным карманом глубиной 4-5 мм и более 6 мм с возрастом в обеих группах.

В возрасте 75-89 лет в обеих группах наблюдается значительное количество исключенных секстантов - $2,95 \pm 0,13$ и $3,24 \pm 0,02$ соответственно. По сравнению с возрастом 45-59 лет увеличение количества исключенных секстантов в старшей возрастной группе происходит в обеих группах практически одинаково в 2,9 и в 2,8 раза соответственно в основной группе и группе сравнения.

Состояние дёсен определяет не только состояние общего здоровья, но и другие не менее важные факторы, наиболее значимыми из которых является гигиенический уход за зубами.

Таблица 7 - Структура индекса СРІТN
(M±m)

ВОЗРАСТ (в годах)	ГРУППЫ	Здоровый пародонт	Кровото- чивость	Зубной камень	Пародонта- льный карман 4-5 мм	Пародонта- льный карман 6 и более мм	Исключен- ные секстанты
45- 59	основная	1,14±0,04	1,57±0,03	1,73±0,09	0,49±0,04	0,04±0,01	1,03±0,07
	сравнения	1,47±0,12	1,38±0,08	1,61±0,07	0,36±0,05	0,03±0,01	1,15±0,06
60 - 74	основная	0,58±0,05*	0,95±0,04	2,23±0,12**	0,51±0,02	0,08±0,01	1,65±0,04*
	сравнения	1,23±0,09	1,02±0,06	1,12±0,08	0,55±0,04	0,07±0,01	2,01±0,15
75 - 89	основная	0,15±0,02**	0,87±0,02	0,94±0,06	0,86±0,07	0,23±0,02	2,95±0,13*
	сравнения	0,42±0,04	0,61±0,03	0,76±0,03	0,78±0,05	0,19±0,01	3,24±0,02
Среднее по группам	основная	0,62±0,09	1,13±0,10	1,64±0,07	0,62±0,06	0,11±0,02	1,87±0,10
	сравнения	1,04±0,12	1,01±0,08	1,16±0,06	0,56±0,05	0,09±0,01	2,13±0,05

Примечание - *, ** обозначены величины, достоверно отличающиеся от показателей группы сравнения
(* - p<0,05; ** - p<0,01)

3.2.3 Гигиеническое состояние полости рта

Анализ гигиенического состояния полости рта пациентов показал его неудовлетворительный уровень. Как в основной, так и в контрольной группе количество пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта было подавляющим 87,65% и 71,81%.

Обращает на себя внимание отсутствие пациентов с хорошей гигиеной полости рта в основной группе и в 2 раза меньшее количество лиц с удовлетворительной гигиеной полости рта в этой группе по сравнению с группой сравнения (табл. 8).

Таблица 8 - Гигиеническое состояние полости рта в зависимости от индекса гигиены по Silness и Loe (в %)

ВОЗРАСТ (в годах)	ГРУППЫ	Хорошая гигиена	Удовлетво- рительная	Неудовле- творительная
45- 59	основная	0	16,13	83,87
	сравнения	8,25	48,45	43,31
60 - 74	основная	0	13,33	86,87
	сравнения	2,98	22,02	75,00
75 - 89	основная	0	6,25	93,75
	сравнения	1,64	8,21	90,16
Среднее по группам	основная	0	12,35	87,65
	сравнения	3,89	24,29	71,81

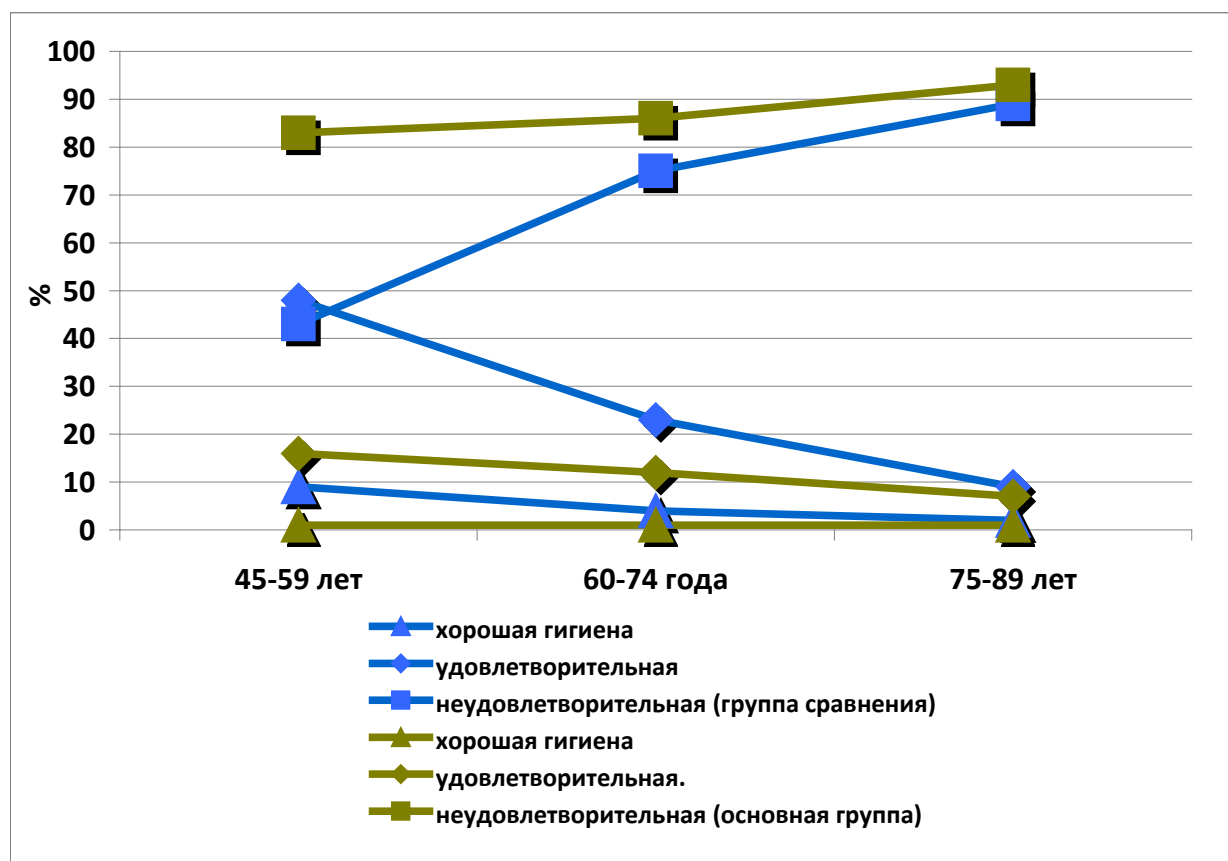


Рисунок 7 - Распределение относительного количества обследованных лиц по возрастным группам и индексам гигиены

Анализ данных, представленных на рисунке 7, показывает, что в основной группе неудовлетворительная гигиена полости рта присуща всем возрастным группам в равной мере (в пределах погрешности оценки – 9%). Аналогичный показатель для группы сравнения имеет явную зависимость от возраста, которую можно выразить уравнением

$$y_n = 24x_n + 23\% ,$$

где y_n – доля обследованного населения, имеющая неудовлетворительную гигиену полости рта, x_n – возраст. Коэффициент 24 имеет размерность %/год и представляет собой скорость прироста доли населения в группе, имеющей неудовлетворительную гигиену полости рта.

Исходя из этого, можно предположить, что неудовлетворительная гигиена полости рта в основной группе обусловлена не возрастными и физиологическими причинами, а социальными.

В ходе проведения опроса было выяснено, что примерно треть респондентов основной группы - 37 чел. (32,42%) чистят зубы каждый день (при этом в основном один раз в день).

Основная же доля опрошенных чистят зубы от случая к случаю (более двух третей). Получено большое количество сообщений о затруднениях чистки зубов вследствие общей слабости и ограничения подвижности, а также из-за отсутствия средств гигиены. На вопрос «используете ли вы дополнительные средства гигиены для более тщательного очищения зубов (зубную нить, ополаскиватели)» 108 чел. (100%) ответили отрицательно. На вопрос «получали ли вы консультации по гигиене полости рта, по предметам гигиены» положительно ответили 32 чел. (29,71%). Консультация по гигиене полости рта во всех случаях была связана с уходом за съёмными конструкциями. Ни один из опрошенных пациентов не знал в полной мере правила индивидуальной гигиены полости рта (табл. 9).

Таблица 9 - Мотивация гигиены полости рта пациентов основной группы и группы сравнения (в %)

№ вопроса	Ответы «Да»			Ответы «Нет»		
	Основная группа	Группа сравнения	Среднее	Основная группа	Группа сравнения	Среднее
1	79,6	94,9	87,3	20,4	5,1	12,7
2	13,9	11,9	12,9	86,1	88,1	87,1
3	1,9	4,6	3,3	98,1	95,4	96,7
4	0	0	0	100	100	100
5	25,9	33,6	29,8	74,1	65,4	70,2
6	0	4,6	2,3	100	95,4	97,7
7	0,9	1,8	1,4	99,1	98,2	98,6
8	61,1	53,9	57,5	38,9	46,1	42,5
9	0	0	0	100	100	100
10	0	6,9	3,5	100	93,1	96,5
11	35,2	44,7	40	44,8	55,3	60
12	29,7	55,8	42,8	70,3	44,2	57,2
13	50	86,6	68,3	50	13,4	31,7
14	42,6	31,8	37,2	57,4	68,2	62,8

По результатам анкетирования, в зависимости от наличия мотивации гигиены полости рта, все пациенты были разделены на три группы: с отсутствием мотивации гигиены полости рта, с удовлетворительной мотивацией, с наличием положительной мотивации (рис. 8):

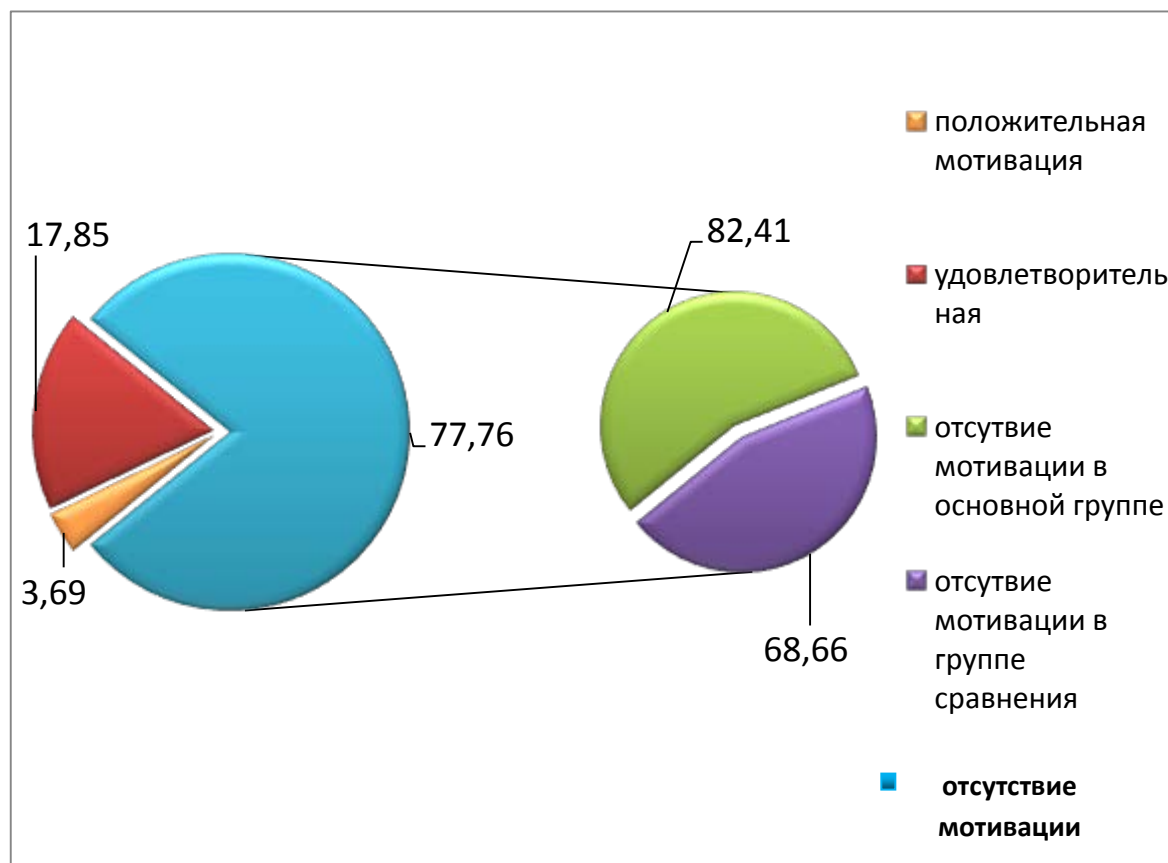


Рисунок 8 - Мотивация к соблюдению гигиены полости рта пациентов основной группы и группы сравнения (в % к итогу)

Таким образом, с положительной и удовлетворительной мотивацией полости рта из всех опрошенных (325 чел.) – было 3,69% (12 чел.) и 17,85% (58 чел.). В общей сложности это составляет 21,54% - одну пятую часть всего контингента. То есть, подавляющее большинство респондентов не имеет мотивации к соблюдению гигиены полости рта – 78,46% (255 чел.). В основной группе немногим больше, чем в группе сравнения доля таких лиц - 82,41% (89 чел.) и 68,66% (149 чел.) соответственно.

3.3 Качество жизни и уровень стоматологической помощи

Значительная часть наших пациентов и коллег стоматологов рассматривают протезирование, прежде всего, как восстановление жевательной функции зубочелюстной системы. Но в процессе лечения они не всегда учитывают сохранение и (или) восстановление психологического статуса пациента. Целью лечения, в конечном счёте, должно быть улучшение качества жизни. Таким образом, «качество жизни» необходимо рассматривать как важный критерий эффективности стоматологической реабилитации. Для определения уровня качества жизни обследованных нами был проведен подробный анализ данных, полученных при помощи специализированной стоматологической анкеты-опросника ОНП-14. Об изменении уровня КЖ свидетельствует убывание баллов, поскольку опросник содержит негативно сформулированные вопросы.

Во время апробации данного опросника мы столкнулись с трудностью понимания вопросов респондентами. Для изучения информативности опросника была сформирована группа из 30 человек. Полученные данные приведены в таблицах 10 и 11. Анализ корреляционной матрицы, составленной по результатам опроса 30 респондентов с помощью анкеты ОНП-14, показывает, что анкета содержит 7 избыточных вопросов из 14. Это вытекает из линейной зависимости результатов опроса по одинаковым вопросам двух групп респондентов. Высокие коэффициенты корреляции с высокой значимостью выделены в таблицах шрифтом. Высокий коэффициент парной корреляции отражает тот факт, что респонденты воспринимают пару разных вопросов анкеты как одинаковые по содержанию, то есть избыточные. В соответствии с таблицей 9 к таким вопросам относятся 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 7-й, 11-й, 12-й. Следовательно, независимым можно считать только один вопрос из восьми.

Таблица 10 - Парные коэффициенты корреляции вопросов анкеты ОНIP-14 по результатам опроса 30 респондентов

N вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1	,884*	-.534	-.532	.740	.157	,960**	,953*	,951*	.319	.258	.545	.457	.075
2	,884*	1	-.107	-.104	,908*	.425	,956*	.799	.785	-.095	-.164	.094	-.003	-.202
3	-.534	-.107	1	1,000**	.077	.435	-.287	-.503	-.518	-.646	-.646	-,906*	-.869	-.748
4	-.532	-.104	1,000**	1	.090	.457	-.282	-.497	-.513	-.648	-.650	-,906*	-.870	-.752
5	.740	,908*	.077	.090	1	.748	,881*	.748	.723	-.159	-.236	-.029	-.121	-.423
6	.157	.425	.435	.457	.748	1	.358	.241	.204	-.444	-.498	-.404	-.466	-.538
7	,960**	,956*	-.287	-.282	,881*	.358	1	,939*	,931*	.188	.116	.349	.262	-.185
8	,953*	.799	-.503	-.497	.748	.241	,939*	1	,999**	.487	.421	.624	.554	-.091
9	,951*	.785	-.518	-.513	.723	.204	,931*	,999**	1	.516	.451	.646	.579	-.083
10	.319	-.095	-.646	-.648	-.159	-.444	.188	.487	.516	1	,997**	,898*	,939*	.106
11	.258	-.164	-.646	-.650	-.236	-.498	.116	.421	.451	,997**	1	,889*	,936*	.143
12	.545	.094	-,906*	-,906*	-.029	-.404	.349	.624	.646	,898*	,889*	1	,992**	.431
13	.457	-.003	-.869	-.870	-.121	-.466	.262	.554	.579	,939*	,936*	,992**	1	.398
14	.075	-.202	-.748	-.752	-.423	-.538	-.185	-.091	-.083	.106	.143	.431	.398	1

* Корреляция значима на уровне 0,05

** Корреляция значима на уровне 0,01

Таблица 11 - Парные коэффициенты корреляции вопросов модифицированной анкеты ОНIP-14 по результатам опроса 30 респондентов

N вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1	-,428	,897*	-,935*	-,178	-,939*	,745	-,049	-,367	,719	,646	-,594	-,820	,857
2	-,428	1	,098	,526	,916*	,597	,136	,816	,951*	,189	-,619	,860	,697	-,469
3	,897*	,098	1	,694	-,035	,691	-,833	-,105	,102	-,810	-,512	,229	,483	-,871
4	,935*	,526	,694	1	,190	,994**	-,636	,040	,420	-,589	-,626	,757	,957*	-,680
5	-,178	,916*	-,035	,190	1	,281	,345	,955*	,927*	,378	-,500	,622	,364	-,393
6	,939*	,597	,691	,994**	,281	1	-,576	,118	,483	-,573	-,629	,774	,967**	-,703
7	,745	,136	-,833	-,636	,345	-,576	1	,306	,054	,626	,574	-,245	-,404	,690
8	-,049	,816	-,105	,040	,955*	,118	,306	1	,917*	,552	-,574	,566	,195	-,379
9	-,367	,951*	,102	,420	,927*	,483	,054	,917*	1	,333	-,763	,842	,562	-,548
10	,719	,189	-,810	-,589	,378	-,573	,626	,552	,333	1	-,021	,075	-,397	,443
11	,646	-,619	-,512	-,626	-,500	-,629	,574	-,574	-,763	-,021	1	-,801	-,593	,821
12	-,594	,860	,229	,757	,622	,774	-,245	,566	,842	,075	-,801	1	,864	-,530
13	-,820	,697	,483	,957*	,364	,967**	-,404	,195	,562	-,397	-,593	,864	1	-,552
14	,857	-,469	-,871	-,680	-,393	-,703	,690	-,379	-,548	,443	,821	-,530	-,552	1

* Корреляция значима на уровне 0,05

** Корреляция значима на уровне 0,01

Избыточность заложена авторами анкеты в структуре таблицы. Так, с точки зрения содержания вопросов их можно разбить на несколько однородных групп. Например, одна часть вопросов связана с приёмом пищи, другая – с качеством общения. Другие исследователи группируют вопросы на физические, психологические и социальные.

Для повышения информативности анкеты мы, при участии социолога и психолога, изменили формулировку вопросов:

Питание:

1. Из-за проблем с зубами или полостью рта вкус пищи изменился ...
2. Болевые ощущения в полости рта испытываются ...
3. Затруднения в приёме пищи случаются ...
4. Из-за проблем с зубами качество питания бывает плохим ...
5. Прием пищи приходится прерывать ...
6. Неудобства из-за проблем с зубами случаются ...

Коммуникативная деятельность:

7. Проблемы с произношением слов случаются ...
8. Проблемы с зубами влияют на качество общения ...
9. Из-за проблем с зубами вы оказываетесь в неловком положении ...
10. Проблемы с зубами делают вас раздражительным ...
11. Проблемы с зубами мешают выполнять работу ...
12. Качество отдыха стало хуже ...
13. Жизнь становится менее интересной
14. Из-за проблем с зубами работу или отдых приходится прерывать....

Представленная формулировка вопросов оказалась более доступной для данного контингента исследуемых. В результате чего информативность анкеты повысилась. Это подтверждает анализ корреляционной матрицы (табл. 11). Без ущерба информативности из модифицированной анкеты ОНП-

14 можно изъять вопросы № 1, 6, 9, 13. То есть из 14 вопросов анкеты теперь 10 вопросов исследуемые воспринимали как разные по значению, в отличие от изначального варианта, где каждый второй вопрос анкетиртуемые понимали, так же как и предыдущий.

В дальнейшем исследовании мы пользовались модифицированным вариантом опросника ОНП-14. Уровень качества жизни основной группы и группы сравнения приведён в таблице 12 и на рисунке 9.

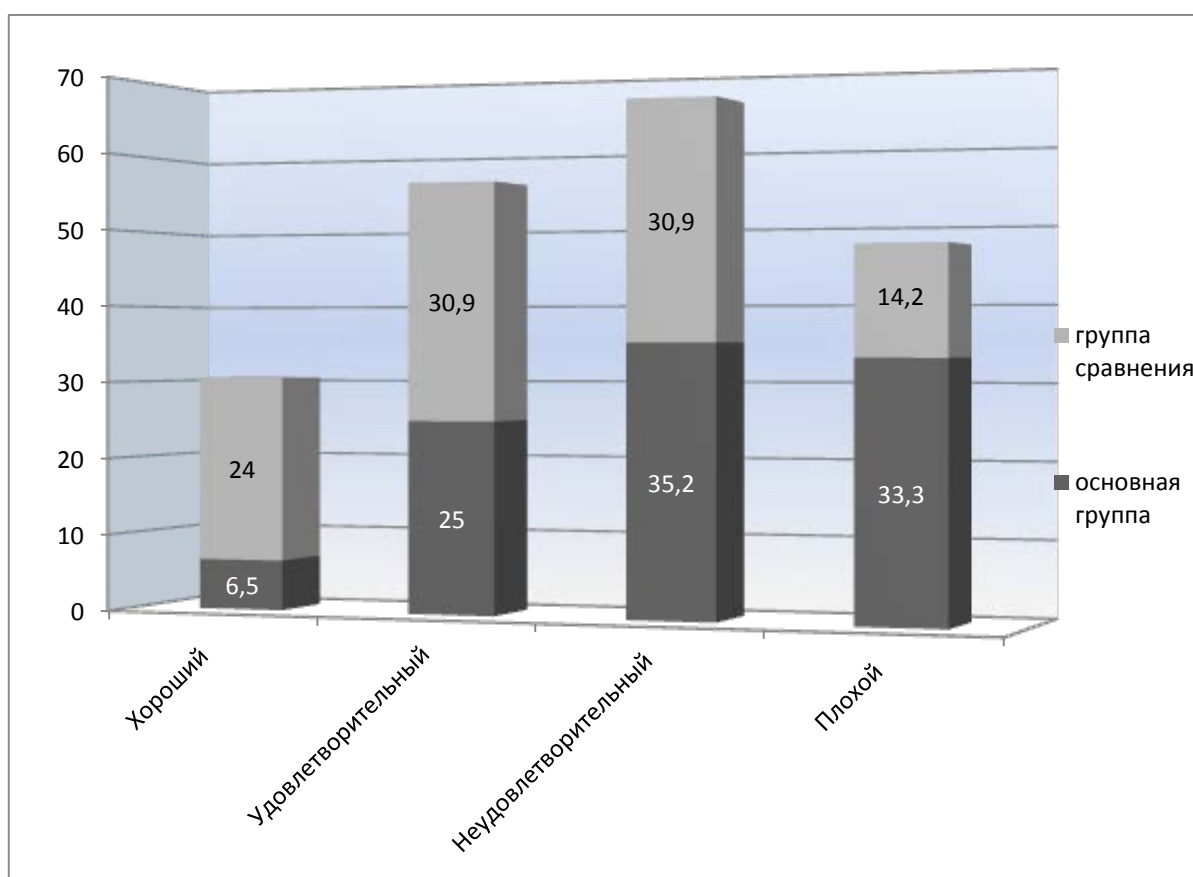


Рисунок 9 - Показатели уровня качества жизни основной группы и группы сравнения (в %)

Таблица 12 - Показатели уровня качества жизни в зависимости от возраста
(в %)

ВОЗРАСТ (в годах)	ГРУППЫ	Хороший уровень КЖ	Удовлетво- рительный уровень КЖ	Неудовле- творительный уровень КЖ	Плохой уровень КЖ
45- 59	основная	10,81	32,39	38,00	18,80
	сравнения	35,23	45,67	12,50	6,60
60 - 74	основная	7,81	28,69	32,36	31,14
	сравнения	20,74	28,96	34,11	16,19
75 - 89	основная	0,91	13,89	35,20	50,00
	сравнения	16,13	17,97	46,16	19,74
Среднее по группам	основная	6,51	24,99	35,18	33,31
	сравнения	24,03	30,86	30,92	14,17

Анализ показал, что большая часть опрошенных основной группы (68,49%) были недовольны качеством жизни, в отличие от большинства респондентов группы сравнения (54,89%), отметивших качество жизни как положительное. При этом количество респондентов основной группы, полностью недовольных качеством жизни, в 2,3 раза превысило количество таких пациентов в группе сравнения (33,31% и 14,19% соответственно). Количество же респондентов основной группы, полностью удовлетворенных качеством жизни (отмечали уровень жизни как хороший), было в 3,7 раза меньше количества таких пациентов в группе сравнения (6,51% и 24,03% соответственно).

Как видно из таблицы 11 зависимость изменения уровня КЖ от возраста выражена в обеих группах. В основной группе в возрасте 75-89 лет хороший и удовлетворительный уровень КЖ встречается в 2,9 раза реже, чем в возрасте 45-59 лет (14,80% и 43,20% соответственно). Также и в группе сравнения это соотношение равно 2,6 (34,10% и 80,90%).

На основании «Протокола медицинского стоматологического обследования» было проведено определение уровня стоматологической помощи (УСП) П.А. Леуса (2008):

$$\text{УСП} = 100\% - \left(\frac{\text{К} \pm \text{А} \times 100\%}{\text{КПУ}} \right), \text{ где}$$

А – среднее количество удалённых зубов, не восстановленных ортопедическими конструкциями;

К – среднее количество нелеченных кариозных поражений, включая кариес пломбированных зубов;

КПУ – средняя интенсивность кариеса зубов обследованного населения.

УСП – отражает потребность в стоматологической помощи и отображается в процентах. Предполагает четыре группы:

1. 75% и более - состояние стоматологической помощи хорошее;
2. 50–75% - состояние стоматологической помощи удовлетворительное;
3. 10–49% - состояние стоматологической помощи недостаточное;
4. Менее 9% - состояние стоматологической помощи низкое.

В результате анализа полученных данных мы определили состояние стоматологической помощи в основной группе как низкое (индекс УСП – 9,02%), а в группе сравнения – как недостаточное (индекс УСП – 14,67%) (табл. 13).

Таблица 13 - Уровень стоматологической помощи основной группы и группы сравнения (в %)

Возраст	Основная группа	Группа сравнения
45-59 лет	10,01	19,36
60-74 года	9,29*	15,74*
75-89 лет	7,76*	8,91**
Среднее	9,02	14,67

Примечание - *, ** обозначены величины, достоверно отличающиеся от предыдущей возрастной группы (* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$)

При анализе изменения УСП с возрастом выявлено значительное снижение качества стоматологической помощи ($p < 0,05$, $p < 0,001$). Что сопоставимо с ухудшением стоматологического статуса у старших возрастных групп.

Таким образом, в состоянии стоматологического здоровья, как и в определении уровня качества жизни значительных различий между группами

не выявлено. Показатели немного ниже в основной группе: соответственно, 9,02 в основной группе и 14,67 в группе сравнения.

Уровень стоматологической помощи, оказываемой социально уязвимым слоям населения, является недостаточным или низким (УСП - 14,67 и 9,02 соответственно в группе сравнения и в основной группе). Это отражается и в преимущественно неудовлетворительном качестве жизни (30,92% и 35,18%), связанном со стоматологическим здоровьем, у данного контингента. У пациентов также высокие значения индекса КПУ зубов ($26,21 \pm 4,23$ и $28,56 \pm 7,81$), индекса СРITN (наличие кровоточивости наблюдалось в $1,01 \pm 0,08$ и $1,13 \pm 0,10$ секстантах; наличие зубного камня – в $1,16 \pm 0,06$ и $1,64 \pm 0,07$ секстантах), индекса гигиены Silness и Loe (в 71,81% и 87,65% неудовлетворительная гигиена полости рта) и отсутствие мотивации к соблюдению гигиены полости рта (68,66% и 82,41%). Перечисленные выше цифры указывают на недоступность или ограниченную доступность гарантированной стоматологической помощи для социально значимых слоёв населения в Алтайском крае.

Основное различие между группами заключается в распределении значений индекса КПУ и ИГ в группах в зависимости от возраста. В группе сравнения выявлена явная зависимость ухудшения стоматологического здоровья с увеличением возраста. В отличие от основной группы, у пациентов которой данная зависимость прослеживается в значительно меньшей степени и обусловлена социальными причинами.

ГЛАВА 4

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Одной из основных задач стоматологического лечения является восстановление функции жевания. Преждевременная утрата зубов приводит не только к появлению дефектов зубных рядов, но и ухудшает внешний вид лица, функции речи, откусывания и пережевывания пищи. В то же время для инвалидов с ограниченной мобильностью затруднительны любые манипуляции, требующие затрат времени, финансов и передвижения. Следовательно, сложные и дорогостоящие ортопедические конструкции (бюгельные протезы, протезы с балочной фиксацией, фиксацией на атачменах, нейлоновые протезы и т.д.) оказываются малопримемлемыми для многих пациентов основной группы, также как и для пожилых людей, проживающих в сельской местности.

Исходя из выше перечисленного, мы выбрали для лиц с ограниченной мобильностью технологии изготовления съёмных зубных конструкций, позволяющие эффективно проводить ортопедическую реабилитацию у данной категории пациентов. После апробации были выбраны следующие конструкции съёмных зубных протезов:

1. Частичные съёмные пластиночные протезы из акрилового материала «Фторакс» с сокращённой методикой изготовления.
2. Частичные съёмные эластичные протезы из термопластического и акрилового материалов по сокращённой методике изготовления (Pro-flex).
3. Временные частичные съёмные протезы с денто-альвеолярными кламмерами из термопластического материала, изготовленные по

разработанной нами методике (патент РФ № 2486877 «Способ изготовления имедиат-протеза для лиц с ограниченной мобильностью»).

4.1 Адаптация изготовления частичных съёмных пластиночных протезов из акрилового материала «Фторакс» для лиц с ограниченной мобильностью

В настоящее время в мире основным материалом для изготовления базисов пластиночных протезов являются акриловые пластмассы. Наряду с общеизвестными недостатками (токсичность, пористость, хрупкость, способность к истиранию и т.д.) они имеют ряд достоинств: относительная химическая стойкость, удовлетворительная прочность, хорошие эстетические свойства, простота изготовления и невысокая стоимость. Кроме того, у большинства пациентов, правильно пользующихся съёмными зубными протезами из различных акриловых пластмасс, явных патологических изменений в полости рта не возникает. Учитывая это, мы предложили частичные пластиночные протезы из акриловых пластмасс как вариант выбора для инвалидов с ограниченной мобильностью. Одной из задач при ортопедическом лечении пациентов данной категории было сокращение количества посещений до оптимального минимума.

Традиционная методика (клинические и лабораторные этапы) изготовления частичных съёмных пластиночных протезов из акриловых пластмасс для замещения дефектов зубных рядов предложена Копейкиным В.Н (1998) изложена в таблице 14.

Нами, для сокращения количества посещений в силу трудности передвижения пациентов, была предложена модификация традиционного метода: объединили 1-й, 2-й и 3-й клинические и 1-й, 2-й лабораторные этапы в одно посещение.

Таблица 14 - Этапы изготовления пластиночных протезов

Клинический этап	Лабораторный этап
1. Снятие оттисков	1. Отливка моделей из гипса и изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
2. Определение центрального соотношения челюстей, отметка границ протеза на модели	2. Гипсовка моделей в окклюдаторе, изготовление кламмеров, постановка искусственных зубов.
3. Проверка конструкции протеза в полости рта	3. Моделирование базиса протеза, замена воска на пластмассу, шлифовка и полировка протеза
4. Наложение протеза. Рекомендации.	4. Окончательная полировка протеза

Адаптированная методика изготовления частичных съёмных пластиночных протезов из акриловых пластмасс.

В первое посещение по полученному оттиску (в отличие от традиционного метода) отливались две рабочие модели (для изготовления протеза и для его коррекции в последующем). Полость рта тщательно обследовали на наличие экзостозов, болезненных мест и тяжёлой слизистой и, желательно совместно с зубным техником, фиксировали проблемные зоны и границы базиса на первую рабочую модель. В это же посещение при фиксированной межальвеолярной высоте проводили регистрацию прикуса при помощи силиконового материала и подбор искусственных зубов. При нефиксированной межальвеолярной высоте мы рекомендуем проводить регистрацию прикуса с помощью восковых шаблонов с прикусными валиками. Следовательно, зубной протез будет изготовлен в три посещения. При отсутствии зубов во фронтальном отделе следует предварительно провести постановку необходимого количества искусственных зубов на

восковой базис и проверить восковую конструкцию в полости рта. Данная манипуляция существенно облегчала дальнейшую постановку искусственных зубов и исключала клинический этап проверки конструкции в полости рта.

Регистрация прикуса при нефиксированной межальвеолярной высоте и проверка (подбор) передних искусственных зубов может быть выполнена во время первого посещения. Продолжительность первого приёма в данном случае значительно увеличивается, но возможность сократить количество приёмов устраивает и пациентов с ограниченной мобильностью и врачей-стоматологов.

Во второе посещение готовые протезы вводились в полость рта пациентов. Их обучали введению и выведению съёмных конструкций, давались рекомендации по уходу за ними. Лёгкость наложения протезов (а это у лежачих и мобильно ограниченных пациентов и инвалидов весьма актуально) способствовала быстрой адаптации к ним. Сократить количество клиничко-лабораторных этапов позволяет тщательная подготовка рабочих гипсовых моделей (изоляция проблемных зон, поднутрений), моделировка базиса после постановки искусственных зубов. Наиболее важными моментами являются также окончательная обработка протеза, их шлифовка и полировка, дополнительное уточнение границ протеза на второй рабочей модели, что позволяет избежать большого количества дополнительных посещений для дальнейшей их коррекции.

Иллюстрация предложенной нами модификации изготовления частичного съёмного протеза представлена ниже (рис. 10, 11).

Клинический пример 1

Пациентка М., 39 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти I класс 1 подкласс, дефект зубного ряда нижней челюсти I класс по Кеннеди. Состояние СОПР соответствует 1 классу по Суппле. Форма беззубой

альвеолярной части отлогая. Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Экваторы зубов умеренно выражены.

На верхнюю и нижнюю челюсти были изготовлены съёмные частичные пластиночные акриловые протезы с проволочной кламмерной фиксацией на зубы 1.5, 2.5, 3.2, 4.3. *В первое посещение* были сняты оттиски, проведено определение центрального соотношения челюстей, подбор искусственных зубов. *Во второе посещение* проведено наложение готовых протезов.

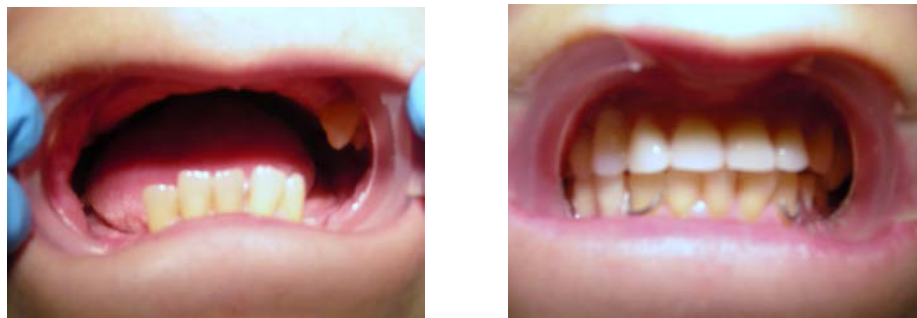


а



б

Рисунок 10 - Этапы изготовления протезов
(а – рабочие модели, б – готовые акриловые протезы)



а

б

Рисунок 11 - Пациентка М., 39. Клиническая картина
(а - до лечения, б – после лечения)

4.2 Изготовление частичных съёмных гибких протезов из термопластического и акрилового материалов по технологии «Pro-Flex»

В тех случаях, когда протезирование требовало предварительной хирургической подготовки (при выраженных экзостозах, торусе, при форме альвеолярного отростка с навесами), при непереносимости металлов или аллергии к традиционным материалам (выявлено из анамнеза), конвергирующем расположении опорных зубов (когда наложение металлических кламмеров предполагается невозможным или затруднительным), в случаях глубоких поднутрений мы применяли эластичные съёмные протезы Pro-Flex (США). При данной методике изготовления не требуется специального оборудования. Достаточно иметь для изготовления усилителя базиса вакуумный формовщик (рис. 12) и набор основных расходных материалов.

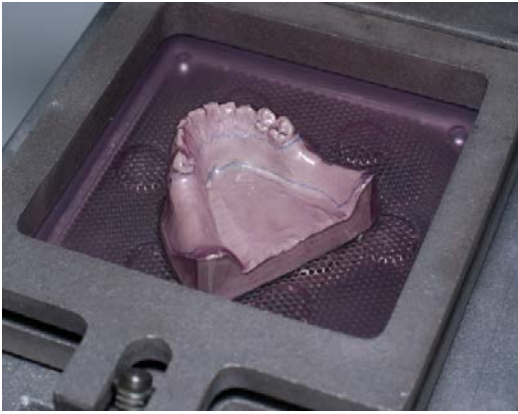


Рисунок 12 - Вакуум-формовочный прибор ProForm

Мы изготавливали данные протезы по технологии, предложенной производителем, в два этапа (рис. 13).

На первом этапе из специальной пластины изготавливали базис протеза на вакуумном формовщике методом термоформирования.

На втором этапе проводили постановку искусственных зубов с загипсовкой и заменой воска на пластмассу. Толщину ламинированного материала основания для придания готовой конструкции необходимой гибкости или твёрдости выбирали в зависимости от клинических условий. Покрывающую пластмассу также подбирали по цвету и гибкости. Одинаковый модуль упругости у наносимого сверху материала и подстилающего основания обеспечивает гибкость протеза в тонких областях и, в то же время, достаточную фиксацию зубов в более толстых и жёстких областях.



а



б



в



г



д



е

Рисунок 13 - Этапы изготовления протеза по технологии Pro-Flex (а, б – изготовление базиса протеза; в – постановка искусственных зубов на воске; г, д – загипсовка в кювету; е - проверка точности протеза на мастер-модели)

В случаях, когда необходимо было наличие эластичной подкладки, мы применяли двойные пластины для изготовления базиса протезов, верхняя часть которых более твёрдая, нижняя представляет собой эластичную выстилку. В отличие от известных подкладочных материалов, данный вид материала не отслаивается от базиса в течение всего периода эксплуатации протеза. Мягкая выстилка Pro-Flex – это ламинированный материал, непористый и неаллергенный. Протезы из материала Pro-Flex можно ремонтировать, а также проводить их перебазировку.

Клинический пример 2

Пациентка А., 67 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти I класс 3 подкласс. Дефект зубного ряда нижней челюсти I класс по Кеннеди. Состояние СОПР соответствует 1 классу по Суппле. Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Зубы устойчивы, экваторы зубов выражены. Форма беззубой альвеолярной части отлогая, экзостозы с язычной стороны в области удалённых премоляров.

Пациентке А. на верхнюю и нижнюю челюсти были изготовлены частичные съёмные гибкие протезы из термопластического и акрилового материалов (Pro-Flex).

В первое посещение были сняты оттиски, проведено определение центрального соотношения челюстей, подбор искусственных зубов. Протезы изготовлены согласно рекомендациям фирмы-производителя. Проведена их припасовка на второй гипсовой модели, необходимая коррекция границ базиса, окончательная полировка. *Во второе посещение* готовые протезы наложены на протезное ложе верхней и нижней челюстей. Пациентке даны подробные рекомендации по пользованию протезами, правилам гигиенического ухода за ними. Дополнительная коррекция не требовалась (рис. 14, 15).



а



б



в



г

Рисунок 14 - Этапы изготовления протезов (а, б - базисы протезов;
в, г - готовые протезы «Pro-Flex»)



Рисунок 15 - Пациентка А., 67 лет.
Клиническая картина после лечения

4.3 Технология изготовления временных частичных съёмных протезов из термопластического материала с денто-альвеолярными кламмерами

Мы применяли временные частичные съёмные протезы для восстановления функции жевания у пациентов с ограниченными физическими возможностями (патент на изобретение «Способ изготовления имедиат-протеза для лиц с ограниченной мобильностью»). Нередко, из-за ограничения мобильности пациентов, изготовление постоянных ортопедических конструкций для них становится невозможным или откладывается на длительный срок, а восстановление жевательной эффективности требуется незамедлительно. В данной ситуации применение временных, ускоренных в изготовлении, на наш взгляд, может быть одним из методов стоматологической ортопедической реабилитации пациентов данной категории.

Временные протезы мы изготавливали методом термоформирования в два посещения. *В первое посещение*, после снятия анатомических оттисков альгинатной массой, регистрировали прикус винилполисилоксановым материалом «O-Bite» и изготавливали две рабочие модели. Рабочие модели необходимо подготовить к штампованию каппы: поднутрения и костные выступы отметить и изолировать винилполисилоксановым материалом «O-Bite». На первой модели методом термоформирования штамповалась основа протеза – каппа, вторая гипсовая модель использовалась для перебазировки. Каппу изготавливали методом термоформирования из термопластической пластины на аппарате Pro-form. Из пластины, после отделения её от гипсовой модели, вырезали каппу по линии, соответствующей границам съёмного протеза, с перекрытием всей вестибулярной поверхности зубов. После промывки в каппу фиксировали искусственные зубы акриловой пластмассой холодного отверждения, подобранной по цвет зубов. Припасовывали каппу к

модели таким образом, чтобы она плотно прилегала ко всем поверхностям зубов. Перебазировку каппы проводили на второй гипсовой модели при помощи материала для временной мягкой перебазировки «Coe-Soft» или при помощи материала «Rebaron». Модели в положении центральной окклюзии гипсовали в среднеанатомический артикулятор. Искусственные зубы припасовывали в соответствии с окклюзионными контактами и фиксировали при помощи материала «O-Bite» к протезному ложу второй гипсовой модели.

Следующий клинический этап (*второе посещение*) заключался в наложении временного съёмного протеза (каппы с искусственными зубами) на зубной ряд пациента и, при необходимости, в коррекции окклюзионных контактов. Благодаря эластичности и мягкости базисного материала временные съёмные протезы легко накладывались на зубной ряд и плотно фиксировались на зубах.

Перед изготовлением временных съёмных протезов не обязательно проведение предварительной санации, но не должно быть обострений хронических процессов мягких и твёрдых тканей полости рта. Необходимая санация проводилась позже - в процессе эксплуатации протеза. Временный протез по мере изношенности (примерно, через полгода) менялся на аналогичный новый или, после санации полости рта, изготавливался постоянный протез необходимой конструкции. Режим эксплуатации временных протезов предусматривает пользование данной конструкцией в дневное время, во время приёма пищи. Перед сном временный протез следует снимать, проводить гигиеническую обработку полости рта и протеза.

Необходимость перебазировки протеза-каппы в процессе эксплуатации возникала из-за перемещения зубов. Мы определяли это с помощью силиконовых оттисков. Процесс получения оттисков представлял собой внесение на внутреннюю поверхность каппы силиконовой корригирующей

массы «Speedex» до заполнения внутренней поверхности каппы-протеза. Далее протез вводили в полость рта пациента и плотно прижимали к зубному ряду. После застывания массы съёмный протез извлекали из полости рта, полученный оттиск отделяли от каппы-протеза. По толщине данного оттиска судили о необходимости перебазировки (Патент на изобретение № 2479279 от 20.04.2013 «Способ оценки эффективности перемещения зубов»).

Клинический пример 3

Пациентка Р., 57 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти II класс 3 подкласс по Кеннеди. Состояние СОПР соответствует 2 классу по Суппле. Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Зубы устойчивы, экваторы зубов выражены. Беззубая альвеолярная часть в форме узкого тонкого гребня.

Пациентке Р. по ускоренной методике на нижнюю челюсть изготовлен временный съёмный протез. *В первое посещение* были сняты оттиски, определено центральное соотношение челюстей, подобраны искусственные зубы. Методом термоформирования была отштампована капповая часть временного протеза, которая была дополнена искусственными зубами. Капповая часть с искусственными зубами была припасована ко второй гипсовой модели и перебазирована в области искусственных зубов самотвердеющей мягкой пластмассой «Coe-Soft». *Во второе посещение* проведено наложение готового временного съёмного протеза с дентоальвеолярными кламмерами и коррекция окклюзионных контактов. Дополнительная коррекция протеза не потребовалась (рис. 16, 17).



а



б



в



г

Рисунок 16 - Этапы изготовления протезов (а – постановка искусственных зубов в артикуляторе, б - изоляция поднутрений, в - изготовление каппы путём термоформирования, г – перебазировка каппы с искусственными зубами на модели)



д



е

Рисунок 17 - Пациентка Р., 57 лет. Клиническая картина (а - полость рта до лечения, б - после лечения с временным протезом)

4.4 Анализ результатов лечения (стоматологической ортопедической реабилитации) пациентов с ограниченными физическими возможностями

4.4.1 Динамика качества жизни

Изменение статистически значимых показателей по специализированному стоматологическому опроснику качества жизни ОНIP-14 приведено в таблицах 15, 16 и 17. Из таблицы 17 видно, что после лечения ответы респондентов коррелируют по всем вопросам, кроме четвертого. Это означает, что группа обследуемых стала однородной после лечения по субъективным признакам качества жизни, то есть качество жизни у всех пациентов улучшилось (табл. 15). Существенно более низкое среднее значение корреляций всех вопросов парных четвертому говорит о сложности решения проблемы №4 только применяемыми методами лечения.

Таблица 15 - Качество жизни до и после лечения
($M \pm m$)

Вид протезирования	До лечения	После лечения
1. ЧСП «Фторакс»	32,48±0,15	14,19±0,62*
2. Гибкий ЧСП (Pro-Flex)	44,41±0,23	19,71±0,91*
3. Временный ЧСП	47,21±1,21	21,11±1,43*
Среднее значение	41,40±1,32	18,31±1,11*

Примечание - * обозначены величины, достоверно отличающиеся до и после лечения ($p < 0,001$).

Таблица 16 - Парные коэффициенты корреляции вопросов анкеты ОНП-14
по результатам опроса до лечения

N вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1	.868	-.557	-.601	.699	.081	,949*	,980**	,973**	.316	.316	.540	.512	.120
2	.868*	1	-.132	-.197	,905*	.357	,938*	.822	.850	-.163	-.163	.051	.019	-.242
3	-.557	-.132	1	,993**	.045	.339	-.318	-.535	-.458	-.648	-.648	-.898*	-.858	-.837
4	-.601	-.197	,993**	1	-.055	.225	-.387	-.587	-.513	-.611	-.611	-.879*	-.827	-.786
5	.699	,905*	.045	-.055	1	.716	.877	.712	.751	-.277	-.277	-.106	-.169	-.467
6	.081	.357	.339	.225	.716	1	.355	.162	.201	-.454	-.454	-.397	-.487	-.605
7	,949*	,938*	-.318	-.387	.877*	.355	1	,957*	,973**	.145	.145	.327	.289	-.174
8	,980**	.822	-.535	-.587	.712	.162	,957*	1	,996**	.409	.409	.584	.553	.036
9	,973**	.850	-.458	-.513	.751	.201	,973**	,996**	1	.366	.366	.522	.494	-.049
10	.316	-.163	-.648	-.611	-.277	-.454	.145	.409	.366	1	1,000**	,912*	,938*	.411
11	.316	-.163	-.648	-.611	-.277	-.454	.145	.409	.366	1,000**	1	,912*	,938*	.411
12	.540	.051	-,898*	-,879*	-.106	-.397	.327	.584	.522	,912*	,912*	1	,992**	.637
13	.512	.019	-.858	-.827	-.169	-.487	.289	.553	.494	,938*	,938*	,992**	1	.622
14	.120	-.242	-.837	-.786	-.467	-.605	-.174	.036	-.049	.411	.411	.637	.622	1

*. Корреляция значима на уровне 0,05

** . Корреляция значима на уровне 0,01

Таблица 17 - Парные коэффициенты корреляции вопросов анкеты ОНП-14 по результатам опроса после лечения

N вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1	,950*	,960**	.801	,979**	,981**	,943*	,951*	,902*	.873	.873	.860	.860	.860
2	,950*	1	,998**	,944*	,986**	,949*	,992**	.842	.750	.702	.702	.690	.690	.690
3	,960**	,998**	1	,934*	,990**	,959**	,993**	.860	.772	.726	.726	.715	.715	.715
4	.801	,944*	,934*	1	,883*	.805	,932*	.625	.498	.436	.436	.424	.424	.424
5	,979**	,986**	,990**	,883*	1	,988**	,990**	,918*	.846	.806	.806	.798	.798	.798
6	,981**	,949*	,959**	.805	,988**	1	,964**	,966**	,914*	,883*	,883*	.878	.878	.878
7	,943*	,992**	,993**	,932*	,990**	,964**	1	.862	.773	.726	.726	.720	.720	.720
8	,951*	.842	.860	.625	,918*	,966**	.862	1	,988**	,975**	,975**	,972**	,972**	,972**
9	,902*	.750	.772	.498	.846	,914*	.773	,988**	1	,998**	,998**	,996**	,996**	,996**
10	.873	.702	.726	.436	.806	,883*	.726	,975**	,998**	1	1,000**	,999**	,999**	,999**
11	.873	.702	.726	.436	.806	,883*	.726	,975**	,998**	1,000**	1	,999**	,999**	,999**
12	.860	.690	.715	.424	.798	.878	.720	,972**	,996**	,999**	,999**	1	1,000**	1,000**
13	.860	.690	.715	.424	.798	.878	.720	,972**	,996**	,999**	,999**	1,000**	1	1,000**
14	.860	.690	.715	.424	.798	.878	.720	,972**	,996**	,999**	,999**	1,000**	1,000**	1

*. Корреляция значима на уровне 0,05

** . Корреляция значима на уровне 0,01

До лечения значения индекса ОНIP-14 во всех трёх группах сравнения соответствовали неудовлетворительному и плохому уровню качества жизни - от $32,48 \pm 0,15$ баллов до $47,21 \pm 1,21$. После проведенной реабилитации уровень качества жизни улучшился в среднем в 2 раза – значения индекса ОНIP-14 стали соответствовать хорошему и удовлетворительному уровню жизни.

4.4.2 Гигиена полости рта

У значительной части обследованных лиц с ограниченными физическими возможностями была неудовлетворительная гигиена полости рта (87,65% обследованных в основной группе), а также отсутствовала мотивация к соблюдению гигиены (82,41%). Исходя из этого, мы сочли обязательным проведение профессиональной гигиены полости рта до ортопедического лечения, подбор средства гигиены, обеспечение ими пациентов и обучение индивидуальной гигиене полости рта. стоматологической ортопедической реабилитации лиц данной категории. Исходя из данных литературы формирование мотивации гигиены полости рта у лиц старших возрастных групп процесс длительный и трудоёмкий [48]. Поэтому в ходе дальнейшего лечения, для формирования устойчивой мотивации, мы проводили профилактические беседы на каждом из этапов. В результате, изменения индекса гигиены полости рта мы учитывали до проведенного лечения и после адаптации к ортопедическим конструкциям. Распределение индекса гигиены представлены в таблице 18. Проведя корреляционный анализ полученных данных, мы выяснили, что коэффициент корреляции значений ряда N1 и N2 равен -0,76. Это говорит о смене тенденции в распределении индекса гигиены по относительному числу

обследованных после лечения. То есть качество гигиены полости рта существенно изменилось (рис. 18).

Таблица 18 - Распределение индекса гигиены полости рта до и после лечения (в %)

	Индекс 1- 1,3 низкий, хорошая гигиена полости рта	Индекс 1,4 – 1,9 средний, удовлетворительная гигиена полости рта	Индекс 2,0 – 3,0 высокий, неудовлетво- рительная гигиена полости рта
До лечения (N1)	0	13,00	87,00
После лечения (N2)	83,00	17,00	0
Индекс гигиены средний (ИГ)	1,20	1,64	2,55

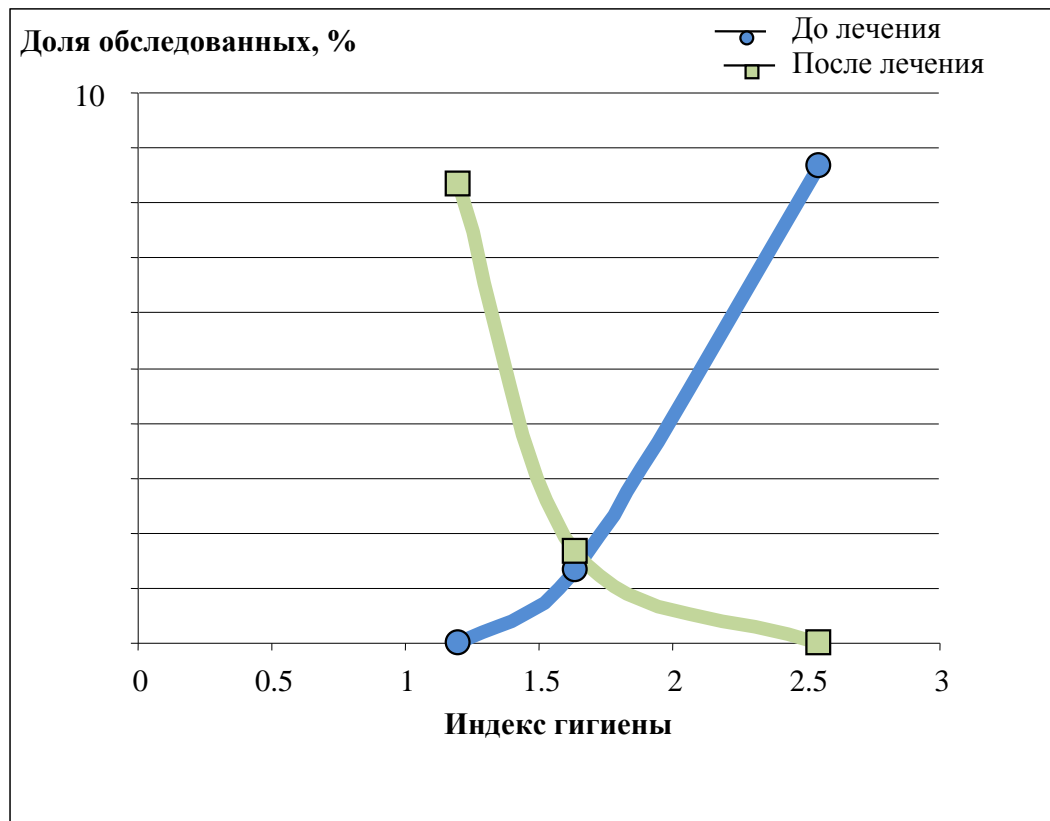


Рисунок 18 - Распределение индекса гигиены по относительному числу обследованных до и после лечения

Для количественной оценки эффективности лечения (Э) мы ввели показатель качества гигиены до лечения (ПК1) и после лечения (ПК2) следующим образом:

$$ПК1 = \sum_{i=1}^n N1_i \cdot ИГ1_i ,$$

$$ПК2 = \sum_{i=1}^n N2_i \cdot ИГ2_i ,$$

где n – количество значений индексов гигиены. Тогда, эффективность лечения (Э) можно определить как увеличение показателя качества:

$$Э = ПК1/ПК2 .$$

Эффективность лечения, рассчитанная по данным таблицы 12, равна 1,9. Следовательно, после лечения качество гигиены улучшилось в два раза.

4.4.3 Эффективность жевания

Основным параметром, относящимся к эффективности проведенного ортопедического лечения, является восстановление функции жевания. Использование данных об индивидуальной жевательной эффективности при восстановительных процедурах до сих пор не является общепризнанным [122]. Возможность жевания, очевидно, связана с пищеварением и, как следствие, с общим состоянием организма. Тем не менее, недостатки пищеварения, особенно в пожилом возрасте, описываются в научной литературе не как единичные случаи. Следовательно, повышение эффективности жевания является основным показателем результативности стоматологической ортопедической реабилитации. Используя в ходе лечения модифицированные известные методики протезирования и новые,

разработанные нами, мы в первую очередь добивались повышения эффективности жевания у пациентов.

Для количественной оценки изменения эффективности жевания до и после лечения мы, как и в случае с гигиеной полости рта, ввели коэффициент индивидуальной результативности KP .

Средний коэффициент индивидуальной результативности KP для группы из N пациентов:

$$KP = \frac{1}{N} \cdot \sum_{i=1}^N \frac{\mathcal{E}_i - \mathcal{E}_i^*}{\mathcal{E}_i},$$

где \mathcal{E} – эффективность жевания до лечения, \mathcal{E}^* – эффективность жевания после лечения.

Среднее сокращение времени жевания δ_t :

$$\delta_t = \frac{1}{N} \cdot \sum_{i=1}^N \frac{t_i}{t_i^*},$$

где t – время жевания до лечения, t^* – время жевания после лечения.

Полученные данные приведены в таблице 19.

Во всех группах после лечения жевательная эффективность улучшилась, но в разной степени. При этом в наибольшей степени, больше чем в два раза, эффективность жевания увеличилась в результате применения акриловых (твёрдых) протезов - на 119% ($1,19 \pm 0,06$). При применении гибких протезов «Pro-Flex», так же как и при применении временных ЧСП, эффективность жевания увеличилась приблизительно в полтора раза - на 71% ($0,71 \pm 0,05$) и 65% ($0,65 \pm 0,05$) соответственно (рис. 19).

Таблица 19 - Эффективность жевания до и после лечения

Вид протезирования	Э	Э*	КР	δ_t
1.ЧСП «Фторакс»	39,81	86,97**	1,19±0,06	2,79±0,12
2.Гибкий ЧСП (Pro-Flex)	39,12	66,86**	0,71±0,05	2,21±0,10
3.Временный ЧСП	40,29	66,65**	0,65±0,05	2,02±0,11

Примечание: ** - обозначены величины, достоверно отличающиеся до и после лечения ($p < 0,001$)

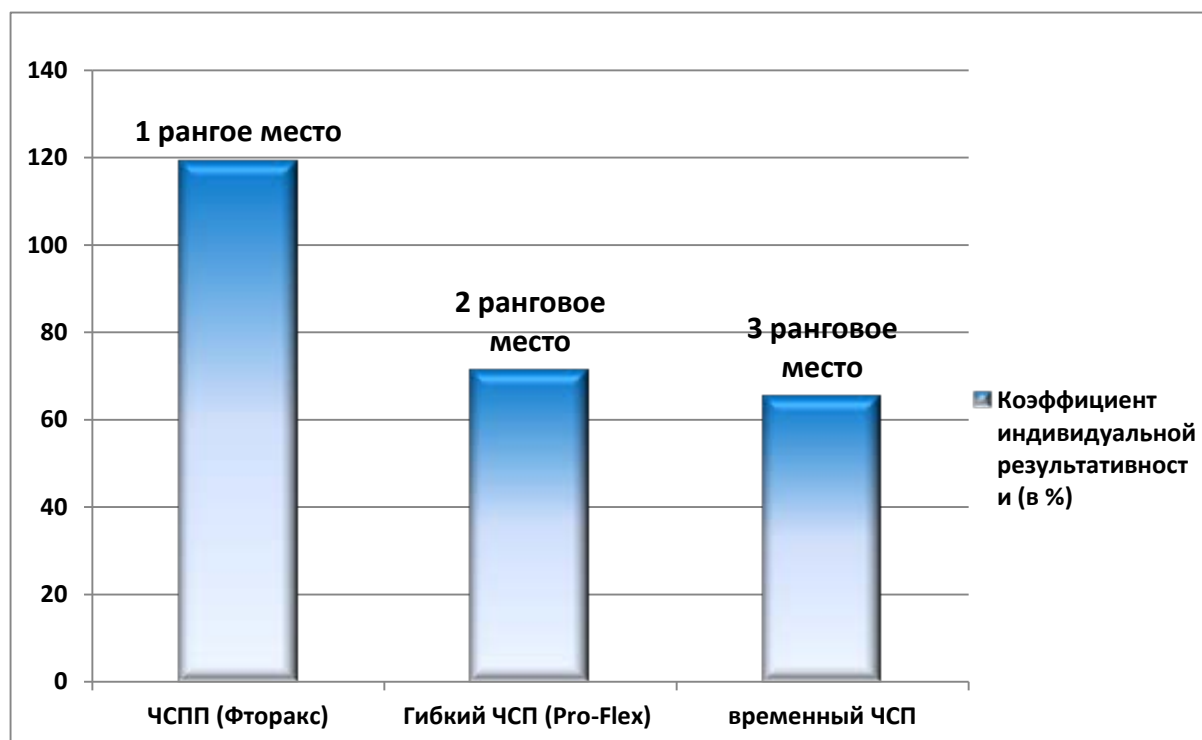


Рисунок 19 - Последовательность средств, ранжированная по среднему коэффициенту индивидуальной результативности и среднему сокращению времени жевания

Соотношение среднего коэффициента индивидуальной результативности акриловых протезов, протезов «Pro-Flex» и временных протезов составило соответственно: 1,7:1,1:1; при соотношении среднего сокращения времени жевания: 1,4:1,1:1 .

Таким образом, стоматологическая ортопедическая реабилитация во всех случаях оказалась эффективной. Применение акриловых протезов, как наиболее твёрдых, привело к наибольшему повышению эффективности жевания. Но трудности при наложении протезов, более длительные сроки адаптации, возможное появление побочных реакций, связанных с воздействием акриловых базисов на СОПР, приводят к тому, что гибкие протезы («Pro-Flex» и ускоренные временные протезы) при определенных показаниях являются методом выбора рационального протезирования.

В свою очередь временные съёмные протезы из термопластических и акриловых материалов, повышающие эффективность жевания практически в равной степени, как и протезы Pro-Flex, в полной мере при необходимости могут быть альтернативой другим эластичным протезам. Особенно в тех случаях, когда санацию полости рта в ближайшее время невозможно провести или требуется предварительная подготовка полости рта для проведения рационального зубного протезирования, а восстановление или улучшение функции жевания требуется всегда и незамедлительно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из основных направлений развития здравоохранения является охрана и укрепление здоровья населения. Основная роль в решении этой задачи принадлежит стоматологии – массовому виду специализированной медицинской помощи, важной составной частью которого является состояние органов полости рта, получившее название «стоматологическое здоровье» [95].

Это обусловлено тем, что уровень заболеваемости и распространённости стоматологических заболеваний среди населения очень высок. Распространённость стоматологических заболеваний среди детского населения достигает 75-95%, а среди взрослого - уже 100% [22, 42, 67]. Доля стоматологических заболеваний в общей заболеваемости населения по обращаемости составляет 20-25% (третье место), обращаемость к врачу стоматологу занимает второе место после обращаемости к участковым врачам-терапевтам [78]. Это свидетельствует о том, что потребность населения в данном виде медицинской помощи была и остаётся высокой.

На протяжении всей своей жизни люди нуждаются в стоматологической помощи, но в зависимости от возраста человеку требуются разные специалисты. Население старшей возрастной группы нуждается, прежде всего, в помощи врача стоматолога-ортопеда. Для инвалидов, как и для пожилых людей, характерен высокий уровень заболеваемости и потребности в лечении. Кроме того, современный период характеризуется тем, что инвалидность в пенсионных возрастах стала играть ведущую роль в динамике общего показателя первичной инвалидности. Неудовлетворительное качество оказания стоматологической помощи данной категории населения обусловлено не только особенностями состояния их общего здоровья, но и функционированием системы организации

стоматологической лечебно-профилактической помощи. На уровень и распространённость стоматологических заболеваний инвалидов оказывает значительное влияние доступность стоматологической помощи для данной категории населения, при этом с возрастом ситуация усугубляется [41, 96, 163, 182]. Ограничения в доступе к стоматологической помощи испытывают и сельские жители, но по другим причинам (проблемы со здоровьем, в частности в самостоятельном передвижении; финансовые затруднения; проблемы с транспортным сообщением). Лица пожилого возраста, инвалиды, сельские жители по критериям ВОЗ относятся к социально уязвимым слоям населения.

В настоящее время в большинстве стран мира каждый десятый человек страдает от умственных, физических или сенсорных дефектов, которые не позволяют ему вести полноценную жизнь и быть независимым. По прогнозам ООН, рост числа инвалидов составляет более 8 млн. в год, каждый день в мире появляется более 23 тыс. инвалидов. Этим объясняются серьёзные усилия стран по решению проблем инвалидов, их медико-социальной реабилитации и интеграции в общество [6]. Международная стоматологическая ассоциация 18 сентября 2003 г. поддержала Декларацию ООН о правах инвалидов и адаптировала её в области стоматологии: «инвалиды не должны подвергаться дискриминации в отношении доступа к медицинскому обслуживанию. Стоматологическая помощь инвалидам должна осуществляться по тем же нормам, которые существуют для людей без инвалидизации, с учётом последствий заболеваний полости рта и/или их лечения для инвалидов».

Алтайский край - крупный аграрно-промышленный регион, входящий в Сибирский федеральный округ (СФО). Проанализировав документацию по Алтайскому краю, мы пришли к выводу, что, как и во всей России и в мире, в нашем крае растёт численность пожилых людей, также увеличивается

количество инвалидов, особенно среди лиц старших возрастных групп. В регионе проживает более 570 тыс. граждан пожилого возраста (23% от общей численности населения), из них свыше 560 тыс. человек состоят на учёте в органах социальной защиты населения с целью предоставления различных мер социальной поддержки, из них около 87 тыс. человек одиноких и одиноко проживающих. Доля лиц старших возрастов более высокая, чем в среднем по СФО. Прогноз Росстата до 2015г. свидетельствует о дальнейшем росте численности лиц старших возрастов и её доли в общей численности населения. Инвалидами признаны 200 тыс. человек, из которых инвалидов с ограниченной подвижностью около 10% [123]. Сельских жителей в крае - более 1,1 млн. чел., (46,6%). Удельный вес сельских жителей существенно выше, чем в среднем по РФ (27%) и СФО (29,2%). Среднее расстояние между районными центрами составляет 67 км, средняя удалённость районов от краевого центра 267,5 км. Значительная доля дорогого (59,5%) не отвечает нормативным требованиям. Приведённая выше информация, ещё раз, подтверждает недостаточную доступность стоматологической помощи для пациентов с ограниченной мобильностью.

Целью исследования являлось обоснование возможности и необходимости стоматологической (ортопедической) реабилитации пациентов с ограниченными физическими возможностями и мобильностью для улучшения их стоматологического здоровья и качества жизни.

Для достижения поставленной цели в начале исследования мы поставили задачу выявить особенности стоматологического здоровья лиц с ограниченными физическими возможностями и мобильностью из числа социально уязвимой части населения. Всего было обследовано 325 человек. Из них основную группу составили 108 человек. Это пациенты (в возрасте от 45 лет до 89 лет) «отделения милосердия» Центрального дома-интерната для престарелых и инвалидов г. Барнаула, относящиеся к группе инвалидов с

физическими недостатками, по причине патологии опорно-двигательной системы. Это пациенты с выраженным ограничением мобильности, инвалиды-колясочники (инвалиды 1 группы). В группу сравнения вошли 217 человек в возрасте 45-89 лет, проживающие в Алтайском крае, с относительным ограничением мобильности по причинам проблем со здоровьем, финансовых затруднений, проблем транспортной доступности.

Анализ литературы говорит о низком уровне стоматологического здоровья и высокой потребности пожилых пациентов, в том числе проживающих в сельской местности, а также инвалидов во всех видах стоматологической помощи [18, 21, 28, 48, 58, 132]. Наши исследования подтверждают эти данные.

Распространённость кариеса зубов среди всех обследованных составила 100%, что согласуется с данными полученными большим количеством исследователей [1, 27, 32, 34, 135]. Среднее значение индекса КПУ определено как высокое - $27,34 \pm 5,71$ ($28,52 \pm 4,81$ в основной группе и $26,21 \pm 4,23$ в группе сравнения), что также сопоставимо с известными данными. В исследованиях О.А. Зуевой (2006) интенсивность кариеса среди лиц пожилого возраста варьировала от $23,68 \pm 0,46$ в возрасте 60-74 года, до $31,47 \pm 0,34$ в возрасте 90-92 лет ($p < 0,05$). В среднем для всех обследованных индекс КПУ составил $28,66 \pm 0,35$.

В структуре КПУ наибольший процент составили удалённые зубы $23,39 \pm 3,37$ (89,13%) и $24,42 \pm 3,95$ (85,50%) соответственно в группе сравнения и в основной группе. В исследованиях Е.В. Рошковского (2007), проведённого в крупных геронтологических центрах Москвы, значения КПУ – 20,2 в возрасте 50 - 59 лет и 31,2 в 90 лет и старше. Компонент «У» составил в среднем 80% в структуре индекса КПУ, доходя 100% в группе долгожителей. Невысокое качество оказываемой стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста отражается в высокой нуждаемости

их в ортопедической стоматологической помощи - 96,9% (на день обследования – 74%). В связи с этим автор предложил в интернатах и геронтологических центрах, с численностью пациентов свыше 500 чел., ввести должность врача стоматолога-ортопеда или врача стоматолога общей практики взамен малоэффективно работающей сейчас должности терапевта-стоматолога.

Число исследований стоматологического статуса среди инвалидов незначительно, и данные этих исследований разноречивы [72, 96]. Анализ распространённости заболеваний зубочелюстной системы, проведённый В.С. Ларионовым в 2007 году у инвалидов, находящихся в реабилитационном центре, в зависимости от тяжести инвалидности, позволил установить преобладание их у инвалидов 1 группы. Самая большая доля их приходится на кариес зубов и его осложнения (98,6%) и заболевания пародонта (65,8%), что автор объясняет меньшей доступностью для данной категории инвалидов мер профилактики и ограниченными возможностями осуществления личной гигиены полости рта из-за тяжести состояния здоровья. Анализ потребностей в стоматологической помощи показал относительно невысокую нуждаемость в зубопротезировании - 38,3%.

В.А. Овсянников (2008) выявил, что 100% обследованных (мобильных и немобильных) нуждаются в стоматологической помощи. Основным поводом обращения за стоматологической помощью проживающих в домашних условиях, является терапевтическая (39,2%) и ортопедическая помощь (50,1%). Немобильные респонденты, проживающие в домашних условиях, чаще обращаются за хирургической (45,1 %) и терапевтической (32,8%) помощью. По поводу лечения и проведения ортопедических и профилактических манипуляций обращаются 11,9% и 10,2% лиц соответственно. У лиц, проживающих в пансионате, наблюдается следующая картина. Как у мобильных, так и немобильных респондентов превалирует

удаление зубов (52,8% - 47,3%) и лечение зубов (49,8% - 36,1%), на фоне полного отсутствия ортопедической помощи.

Увеличение индекса КПУ с возрастом происходило за счёт прироста элемента «У» (удалённые зубы). Этот компонент составил у всех обследованных пациентов в среднем 87,31%; от $23,39 \pm 3,37$ в группе сравнения до $24,42 \pm 3,95$ в основной группе, что в процентном соотношении составляет соответственно 89,13% и 85,50% от общей доли компонентов КПУ.

Доля других элементов показателя КПУ была незначительной, и это свидетельствовало об относительно невысокой нуждаемости в терапевтической стоматологической помощи на момент обследования. Так, кариозные зубы, подлежащие лечению (элемент «К») составили в среднем на всех обследованных лишь 9,26% от общей доли КПУ (11,02% в основной группе и 7,50% в группе сравнения), сокращаясь с возрастом от $2,66 \pm 0,04$ (10,31%) до $2,19 \pm 0,2$ (7,36%). Элемент «П» (пломбированные зубы) составил в среднем 3,40% (3,46% в основной группе и 3,35% в группе сравнения). Это наименьшая доля индекса КПУ – от $1,54 \pm 0,11$ (5,97%) в возрастной группе 45-59 лет до $0,58 \pm 0,07$ (1,95%) в группе 75-89 лет.

Значения индекса интенсивности кариеса подтвердили значительную потребность обследованных в стоматологической помощи. При этом характер распределения компонентов в структуре индекса указывает на преобладание потребности в ортопедической стоматологической помощи (87,31% - удалённые зубы). Обращает на себя внимание малая доля запломбированных зубов (3,40%) в сравнении с долей удалённых (87,31%). Что указывает на недостаток профилактической и терапевтической стоматологической помощи. В целом можно сделать вывод о низком уровне стоматологического здоровья данной категории. А, как известно, понятие «стоматологическое здоровье» имеет две стороны – субъективную,

зависящую от самой личности, отношения к своему здоровью, и объективную, обусловленную уровнем развития стоматологической службы. Соответственно, низкий его уровень связан, по нашему мнению, как с ограничением доступности всех видов стоматологической помощи для данной категории граждан, так и с обращаемостью последних за стоматологической помощью в большем количестве случаев по острой боли, а не с целью профилактики.

Мы выявили особенность распределения показателей КПУ и элемента «У» внутри групп. Корреляционный анализ показал, что увеличение индекса КПУ в большей степени зависит от возраста в группе сравнения, чем в основной группе (инвалиды). Так как, основную долю в структуре КПУ составляют удалённые зубы, эта зависимость также проявляется на распределении этого компонента в структуре КПУ. У инвалидов наблюдается равномерное увеличение удалённых зубов с возрастом, в отличие от группы сравнения, в которой количество удалённых зубов резко повышается в возрастной группе 75-89 лет.

В результате полученных данных мы определили состояние стоматологической помощи в основной группе как низкое (индекс УСП – 9,02%), а в группе сравнения – как недостаточное (индекс УСП – 14,67%). Эти данные сопоставимы с литературными данными. По данным С.В. Давыдовой (2007) уровень стоматологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста низкий – уровень стоматологической помощи (УСП) составил 9,1%.

Анализ структуры индекса СРІТN показал, что с увеличением возраста обследованных пациентов снижается количество секстантов со здоровым пародонтом, как в основной, так и в контрольной группах. При этом в группе сравнения, в среднем, частота встречаемости секстантов со здоровым пародонтом с возрастом уменьшается только в 3,5 раза (с $1,47 \pm 0,12$ до

0,42±0,04) , тогда как в основной группе - в 7,6 раза (с 1,14±0,04 до 0,15±0,02). В возрасте 75-89 лет в группах наблюдается значительное количество исключенных секстантов 2,95±0,13 и 3,24±0,02 соответственно. По сравнению с возрастом 45-59 лет увеличение количества исключённых секстантов в старшей возрастной группе происходит в обеих группах практически одинаково, в 2,9 и в 2,8 раза соответственно.

Анализ гигиенического состояния и мотивации гигиены полости рта пациентов показал неудовлетворительный их уровень. Как в основной, так и в группе сравнения количество пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта было подавляющим - 87,65% и 71,81%. Обращает на себя внимание отсутствие пациентов с хорошей гигиеной полости рта в основной группе, а также в 2 раза меньшее количество лиц с удовлетворительной гигиеной полости рта в основной группе по сравнению с группой сравнения. Кроме того, анализ данных показывает, что в основной группе неудовлетворительная гигиена полости рта присуща всем возрастным группам в равной мере. Аналогичный показатель для группы сравнения имеет явную зависимость от возраста. Исходя из этого, мы предположили, что неудовлетворительная гигиена полости рта у инвалидов обусловлена не только возрастными и физиологическими причинами, а и социальными. С положительной и удовлетворительной мотивацией полости рта из всех опрошенных (325 чел.) – было 21,54% - одна пятая часть. То есть, подавляющее большинство респондентов не имеет мотивации к соблюдению гигиены полости рта – 78,46% (255 чел.). В основной группе немногим больше, чем в группе сравнения процент таких лиц - 82,41% (89 чел.) и 68,66% (149 чел.) соответственно.

Эти данные подтверждают многие исследователи. Они утверждают, что гигиеническое состояние полости рта одинаково неудовлетворительное у всех респондентов и мало зависит от уровня образования и материального

обеспечения. Это определяет необходимость регулярного проведения санитарно-просветительной работы, в первую очередь, среди лиц, проживающих в учреждениях социальной защиты [48, 96, 135].

Изучение качества жизни в медицине, в том числе и в стоматологии, в настоящее время приобретает все большую актуальность [21, 22, 64, 94, 102, 101, 110, 124]. С.В. Кирсанова (2010) определяла эффективность ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов по данным специализированного стоматологического опросника качества жизни ОНIP-14 и выявила значительное улучшение качества жизни в ближайшие сроки (через 1,5 месяца) и в отдаленные сроки (через 6 месяцев) после лечения. Наибольшие изменения уровня качества жизни (в 2,43 раза) были выявлены у женщин в возрасте от 41 до 50 лет. Наименьшие изменения (в 2,12 раза) наблюдались у мужчин в возрасте от 41 до 50 лет. Исходно наиболее низкий уровень качества жизни определялся у пациентов, лечение которым проводилось комбинированными ортопедическими конструкциями, однако, такое лечение приводит к наиболее существенному улучшению уровня качества жизни (в 2,55 раза).

Для определения уровня качества жизни обследованных мы также использовали специализированную стоматологическую анкету-опросник ОНIP-14. В соответствии с опросником об изменении уровня КЖ свидетельствует убывание баллов, поскольку опросник содержит негативно сформулированные вопросы. Во время апробации данной анкеты мы столкнулись с трудностью понимания вопросов респондентами. Для изучения информативности опросника мы сформировали группу из 30 человек из числа обследованных, которым предложили классический вариант опросника ОНIP-14 и опросник ОНIP-14 с модифицированной нами формулировкой вопросов. Анализ результатов показал увеличение информативности модифицированного варианта опросника ОНIP-14.

Вследствие чего в дальнейшем исследовании для получения более точных данных мы применяли именно этот вариант.

Большая часть опрошенных основной группы (68,49%) была неудовлетворенна качеством жизни, тогда как большинство респондентов группы сравнения отметили качество жизни положительно (54,89%). При этом количество респондентов основной группы, полностью неудовлетворенных качеством жизни, в 2,25 раза превысило количество таких пациентов в группе сравнения (33,31% и 14,19% соответственно). Количество же респондентов основной группы, которые были полностью удовлетворены качеством жизни (отмечали уровень жизни как хороший), было в 3,3 раза меньше количества таких пациентов в группе сравнения (7,21% и 23,81% соответственно).

Выявив особенности стоматологического здоровья лиц с ограниченными физическими возможностями, которые заключались в высокой потребности в ортопедической стоматологической помощи, плохом гигиеническом состоянии и низкой мотивации гигиены полости рта вне зависимости от возраста, мы приступили ко второму этапу исследования. Для этого из числа инвалидов 1 и 2 группы (108 чел.) мы отобрали 62 человека, нуждающихся в съёмном протезировании. В зависимости от клинических показаний пациенты были рандомизированы на три группы:

- первая группа сравнения включала пациентов, функция жевания которым была восстановлена частичными съёмными пластиночными протезами из акрилового материала «Фторакс» (n=15);
- вторая группа сравнения включала пациентов, функция жевания которым была восстановлена частичными съёмными гибкими протезами из термопластического и акрилового материала (технология Pro-flex) (n=17);

- третья группа сравнения включала пациентов, функция жевания которым была восстановлена временными частичными съёмными протезами с денто-альвеолярными кламмерами из термопластического материала (n=30).

Значительная часть наших пациентов и коллег стоматологов рассматривают протезирование, прежде всего, как восстановление жевательной функции зубочелюстной системы. Но в процессе лечения они не всегда учитывают сохранение и (или) восстановление психологического статуса пациента. Целью лечения, в конечном счёте, должно быть улучшение качества жизни. Таким образом, «качество жизни» необходимо рассматривать как важный критерий эффективности стоматологической реабилитации. Эффективность стоматологической реабилитации, рассчитанная нами по критерию качества жизни, увеличилась в среднем в 2 раза (значения индекса ОНП-14 стали соответствовать хорошему и удовлетворительному уровню жизни).

Учитывая неудовлетворительную гигиену полости рта большей части обследованных лиц с ограниченными физическими возможностями (87,65% обследованных в основной группе), обязательными условиями проведения стоматологической ортопедической реабилитации данных пациентов было улучшение гигиены полости рта. Для этих целей мы проводили профессиональную гигиену полости рта до ортопедического лечения, подбирали и обеспечивали пациентов средствами гигиены и обучали индивидуальной гигиене полости рта. Исходя из данных литературы, формирование мотивации к гигиене полости рта у лиц старших возрастных групп процесс длительный и трудоёмкий [48]. Поэтому в ходе дальнейшего лечения, для формирования устойчивой мотивации, мы проводили профилактические беседы на каждом из этапов лечения. В результате гигиена полости рта по окончании лечения улучшилась в 1,9 раза.

Основным параметром, относящимся к эффективности проведенного ортопедического лечения, является восстановление функции жевания. Использование данных об индивидуальной жевательной эффективности при восстановительных процедурах до сих пор не является общепризнанным [122]. Во всех группах после лечения жевательная эффективность улучшилась, но в разной степени. При этом в наибольшей степени, больше чем в 2 раза, эффективность жевания увеличилась в результате применения акриловых (жестких) протезов - на 119% ($1,19 \pm 0,06$). При применении эластичных протезов «Pro-Flex», так же как и при применении временных частичных съёмных протезов эффективность жевания увеличилась приблизительно в полтора раза - на 71% ($0,71 \pm 0,05$) и 65% ($0,65 \pm 0,05$) соответственно.

Таким образом, стоматологическая ортопедическая реабилитация во всех случаях оказалась эффективной. Применение акриловых протезов, как наиболее жестких, привело к наибольшему повышению эффективности жевания. Но трудности при наложении протезов, более длительные сроки адаптации, возможное появление побочных реакций, связанных с воздействием акрилатов на СОПР, приводят к тому, что эластичные протезы («Pro-Flex» и временные протезы) при определённых показаниях являются методом выбора рационального протезирования. В свою очередь временные протезы, повышающие эффективность жевания, практически в равной степени, как и протезы Pro-Flex, в полной мере, при необходимости, могут быть альтернативой другим эластичным протезам. Особенно в тех случаях, когда санация полости рта в ближайшее время не представляется возможной, или требуется предварительная ортодонтическая подготовка, а восстановление или улучшение функции жевания требуется незамедлительно.

Полученные результаты позволили нам сделать следующие выводы и практические рекомендации.

ВЫВОДЫ

1. Распространённость кариеса в обеих группах - 100%. В структуре КПУ наибольший процент составили удалённые зубы 89,21% в группе с относительным ограничением мобильности и 78,23% в группе с выраженным ограничением мобильности. Корреляционный анализ показал, что увеличение индекса КПУ и элемента «У» в большей степени зависит от возраста у пациентов с относительным ограничением мобильности. В структуре индекса СРІТН в обеих группах чаще встречались секстанты с кровоточивостью и с наличием зубного камня. Гигиеническое состояние полости рта большей части обследованных пациентов оценено как неудовлетворительное - 71,81% и 87,65%.

2. Потребность пациентов с ограниченной мобильностью в ортопедической стоматологической помощи высока, отмечается низкий показатель стоматологической помощи, оказываемой данной категории лиц: индекс УСП 14,67% для лиц с относительным ограничением мобильности и 9,02% для лиц с выраженным ограничением мобильности.

3. Уровень качества жизни, определённый по модифицированной нами анкете, неудовлетворительный: 30,91% у лиц с относительным ограничением мобильности и 35,23% - с выраженным ограничением мобильности. Апробирование модифицированной анкеты качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем (ОНІР-14), показало большую её информативность.

4. Применение временных частичных протезов, обучение гигиене полости рта и регулярные профилактические беседы позволили сократить кратность приёмов у стоматолога-ортопеда, улучшить эффективность жевания в 1,65 раза, качество жизни пациентов в 2,3 раза и гигиену полости рта в 1,9 раза.

5. Разработанные нами рекомендации по стоматологической ортопедической реабилитации лиц с ограниченной мобильностью позволяют в короткие сроки и по ускоренным методикам повысить жевательную эффективность и улучшить качество жизни у данных пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Перед лечением пациентов с ограниченной мобильностью во всех возрастных группах обязательно проведение профессиональной гигиены полости рта, а также формирование мотивации к своевременной профилактике и лечению в процессе обучения их приёмам индивидуальной гигиены полости рта.

2. При восстановлении жевательной эффективности, в зависимости от стоматологического статуса лиц с ограниченными физическими возможностями, рекомендуем изготавливать зубные протезы:

- частичные пластиночные протезы из акриловых материалов в случаях санированной полости рта и отсутствии препятствия для наложения протеза;

- частичные гибкие протезы из термопластического и акрилового материала «Pro-Flex» в случаях наличия глубоких поднутрений, для обеспечения максимальной ретенции без проведения предварительной хирургической подготовки;

- временные частичные протезы из термопластического материала, в случаях необходимости незамедлительного восстановления функции жевания, но при отсутствии возможности предварительной санации полости рта и непосредственного изготовления постоянных ортопедических конструкций.

3. За пациентами с временными зубными конструкциями необходимо диспансерное наблюдение с последующей коррекцией данных конструкций или, при возможности, заменой их на постоянные зубные протезы.

4. В штатное расписание домов-интернатов для престарелых и инвалидов для оказания стоматологической ортопедической помощи лицам с ограниченной мобильностью необходимо ввести должность врача-стоматолога ортопеда или врача-стоматолога общей практики.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГИ – индекс гигиены полости рта

КЖ – качество жизни

КПУ – стоматологический индекс интенсивности кариеса

К – кариес

П – пломбы

У – удалённые

КР – коэффициент индивидуальной результативности

ООН – Организация объединённых наций

СОПР – слизистая оболочка полости рта

СФО – Сибирский федеральный округ

УСП – уровень стоматологической помощи

ЧСП – частичный съёмный протез

ЭЖ – эффективность жевания

СРITN – Community Periodontal Index of Treatment Needs (индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта)

ОНIP – Oral Health Impact Profile (профиль влияния стоматологического здоровья)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиева, А.О. Изучение потребности населения пенсионного возраста г. Махачкалы в ортопедической стоматологической помощи по данным анкетирования / А.О. Алиева, О.Р. Курбанов, В.Н. Гринин и др. // Стоматолог. – 2009. - №1-2. – С. 3-5.
2. Алимский, А.В. Методические основы проведения эпидемиологических и организационных исследований по изучению состояния стоматологической помощи социальнозначимым слоям населения / А.В. Алимский и др. // Материалы 17 и 18 Всероссийских научно-практических конференций. Москва. – 2012. – С. 95-97.
3. Алимский, А.В. Нерешённые проблемы геронтостоматологии // А.В. Алимский и др. // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2010. - №2. – С. 19-21.
4. Алимский, А.В., Принципы организации ортопедической стоматологической помощи инвалидам на дому / А.В. Алимский, Б.Э. Бадмаев // Российский стоматологический журнал. - 2009. – №2. - С. 42-43.
5. Альтер, Ю.М. Полиуретановый базисный материал «Денталур» и модифицированная композиция полиуретана: сравнительная характеристика физико-химических свойств / Ю.М. Альтер и др. // Стоматология. – 2013. - №1. – С. 9-13.
6. Арипова, О.С. Применение вакуумного термоформирования в клинике ортопедической стоматологии / О.С. Арипова, Л.Н. Тупикова // Сибирский стоматологический форум. – Красноярск.- 2008. – С.19-21.
7. Арутюнов, С.Д. Прогностическая модель индивидуального гарантированного срока службы частичных съёмных протезов / С.Д. Арутюнов и др. // Российский стоматологический журнал. – 2011. - №2. – С.36-39.

8. Арутюнов, Л.С. Сравнительный анализ адгезии микробной флоры рта к базисным материалам челюстных протезов на основе полиуретана и акриловых пластмасс / Л.С. Арутюнов и др. // Российский стоматологический журнал. – 2011. - №1. – С. 19-23.
9. Арьева, Г.Т. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста / Г.Т. Арьева // Пародонтология. – 2013. – №2. – С. 63-66.
10. Базиян, Г. В. Основы научного планирования стоматологической помощи / Г.В. Базиян, Г.А. Новгородцев // М. - Медицина. - 1968. - 240с.
11. Бакшеева, С.Л. Стоматологическое здоровье и качество жизни жителей Крайнего Севера / С.Л. Бакшеева, Н.А. Горбач, В.В. Алямовский // Институт стоматологии. – 2009. - №3. – С. 20-21.
12. Баландина, А.С. Проблемы ортопедического лечения съёмными зубными конструкциями / А.С. Баландина, Л.Н. Тупикова // Сибирский стоматологический форум. – Красноярск. – 2008. – С.39-40.
13. Баранов, А.Б. Нейлоновый протез: от теории к практике / А.Б. Баранов // Дентал Юг. – 2010. - №10. – С. 22-23.
14. Баркан, И.Ю. Оценка качества, конструктивных особенностей и гигиенического состояния съёмных зубных протезов у пациентов пожилого и старческого возраста с пограничными психическими расстройствами / И.Ю. Баркан, В.М. Семенюк, И.В. Струев // Современная ортопедическая стоматология. – 2009. - №12.- С. 64-66.
15. Бекметова, Д.М. Возможности применения опросников для изучения качества жизни при частичном отсутствии зубов / Д.М. Бекметова // Российский стоматологический журнал. – 2011. - №2. – С.46-49.
16. Белозерова, Л.М. Новая модель медико-социальной службы на дому / Л.М.Белозерова // Клиническая геронтология. - 2002. - №8. - С. 88-89.

17. Бобров, А.В. Реконструкция съёмного протеза. Новые материалы, новые решения / А.В. Бобров, Н.А. Орлова // Институт стоматологии. – 2008. - №3. – С. 84-85.
18. Борисенко, Л.Г. Стоматологический статус и нуждаемость в лечении старших возрастных групп / Л.Г. Борисенко // Здоровоохранение. – 2005. - №3. – С. 20-21.
19. Бровка, В.В. Результаты ортопедического лечения частичного отсутствия зубов у пожилых пациентов / В.В. Бровка и др. // Российская стоматология. – 2009. - №1. – С. 55-59.
20. Брянская, М.Н. Клинико-морфологические обоснования применения изопропен-стирольного термоэластопласта для базисов съёмных протезов: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.14 / М.Н. Брянская. – Воронеж. – 2009. – 24с.
21. Булгакова, А.И. Клиническая эффективность лечения малоимущих лиц с учётом качества их жизни / А.И. Булгакова, Р.М. Дюмеев // Стоматология для всех. – 2013. - №2. – С. 40-42.
22. Вагнер, В.Д. Значение стоматологического здоровья для качества жизни пациента / В.Д. Вагнер и др. // Проблемы стоматологии. – 2013. - №2. – С. 21-25.
23. Варес, Э.Я. Руководство по изготовлению стоматологических протезов и аппаратов из термопластов медицинской чистоты / Э.Я. Варес. – Донецк: Львов, 2002. – 276с.
24. Возный, А.В. Основные проблемы стоматологической ортопедической службы Тюменской области / А.В. Возный // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - N5. - С. 43-46.
25. Возный, А.В. Стоматологическая заболеваемость населения Тюменской области / А.В. Возный // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 2008. - N4.- С. 15-17.

26. Всемирный доклад об инвалидности. ВОЗ, 2011. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/.
27. Вусатый, В.С. Особенности обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в учреждениях социальной защиты населения Москвы и Московской области / В.С. Вусатый, А.В. Алимский // Стоматология. – 2006. - №1. – С. 74-76.
28. Гаджиев, Р.С. Мнение сельского населения об организации и качестве стоматологической помощи / Р.С. Гаджиев, Д.М. Булгакова, К.М. Расулов // Стоматология. - 2004. - N 1. - С. 62-64.
29. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459с.
30. Гончарова, О.В. Использование термопластических материалов при ортопедическом лечении пациентов, страдающих заболеваниями слизистой оболочки полости рта / О.В. Гончарова, И.Д. Трегубов, В.Н. Мажаров, С.И. Трегубов, В.В. Маглакелидзе // Пародонтология. - 2010. - N3. - С. 59-61.
31. Грекова, Т.И. Качество жизни пожилых в геронтологических центрах: субъективное восприятие / Т.И. Грекова и др. // VII Всероссийская научно-практическая конференция. Москва. – 2012. – С. 145-148.
32. Гринин, В.М. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста г. Махачкалы / В.М. Гринин, С.И. Абакаров, О.Р. Курбанов и др. // Стоматолог. – 2008. - №12. – С. 3-6.
33. Гринин, В.М. Системные вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению / В.М. Гринин // Российский стоматологический журнал. – 2011. – №4. – С. 35-37.
34. Грудянов, А.И. Состояние стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от уровня образования / А.И. Грудянов, Н.Б. Найговзина, В.А. Овсянников // Стоматология. - 2007. – Спецвыпуск. - С.108-109.

35. Гуnenкова, И.В. Существующая законодательная база для оказания стоматологической помощи детям-сиротам и детям, попавшим в сложную жизненную ситуацию / И.В. Гуnenкова, А.В. Алимский, И.С. Сиглаева, А.Ю. Нарыкова // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2013.- № 2. - С. 70-73.
36. Гуревич, К.Г. Валидация русскоязычной версии опросника качества жизни "Профиль влияния стоматологического здоровья" / К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, В.В. Смирнягина // Институт стоматологии. - 2009. - №1. - С. 14-15.
37. Гуревич, К.Г. Оценка эффективности ортопедического лечения пациентов с применением критериев качества жизни / К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, С.В. Кирсанова, З.А. Базилян // Медицина критических состояний. - 2008.- №1.- С. 35-37.
38. Дементьева, Н.Ф. Инвалидность в пожилом возрасте, её экспертная оценка / Н.Ф.Дементьева, А.В.Подкорытов, Д.А.Турченкова // Клиническая геронтология. - 2003. - №9. - С. 146-147.
39. Джемсон, Н.Дж.А. Частичные съёмные протезы: пер. с англ. / Н.Дж.А. Джемсон. – М.: МЕДпресс-информ., 2006. – 168с.
40. Дзидоев, Д.О. Нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого возраста, проживающих в специализированных учреждениях социальной защиты г. Красноярска / Д.О. Дзидоев, Ю.В. Чижов, О.М. Новиков // Сибирский стоматологический форум. – Красноярск. – 2010. – С.68-73.
41. Железный, П.А. Терапия гингивита у детей с детским церебральным параличом / Вохминцева Л.В., Бородина Т.В., Климова И.В., Железный П.А. // Клиническая стоматология. - 2010.- №1.- С. 70-73.

42. Железный, П.А. Эпидемиологические аспекты кариозной болезни у школьников Новосибирска // Базин А.К., Чебакова Т.И., Железный П.А., и др. // Сибирское медицинское обозрение. - 2011.- №5. - С.45-48.
43. Жолудев, С.Е. Особенности протезирования полными съёмными протезами и адаптации к ним у лиц пожилого и старческого возраста / С.Е. Жолудев // Уральский медицинский журнал. - 2012.- №8.- С.31-35.
44. Жолудев, С.Е. Рабочая классификация заболеваний слизистой оболочки протезного ложа у лиц, пользующихся съёмными акриловыми протезами / С.Е. Жолудев // Проблемы стоматологии. – 2005. – №3. – С. 40-43.
45. Заблоцкий, Я. Качество жизни для родителей / Я. Заблоцкий // Дент Арт. – 2010. - №4. – С.66-69.
46. Зайцев, Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России / Д.В. Зайцев. - Саратов: Научная книга, 2003. – 255с.
47. Зайченко, О.В. Оценка колонизации акриловых пластмасс, используемых при зубном протезировании, условно-патогенными микроорганизмами в эксперименте *in vitro* / О.В. Зайченко, Н.Д. Новикова, В.К. Ильин // Российский стоматологический журнал. – 2005. – №3. – С. 18-21.
48. Зуева, О.А. Особенности оказания стоматологической помощи лицам пожилого и преклонного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / О.А. Зуева - Екатеринбург., 2006- 24с.
49. Зуева, О.А. Принципы организации и оказания стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста врачом-стоматологом общей практики / О.А. Зуева, А.В. Алимский // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2006. - №3. – С. 36-38.
50. Иванова, Е.В. Совершенствование оказания терапевтической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Е.В. Иванова. - М., 2009- 23с.

51. Каливраджинян, Э.С. Повышение эффективности ортопедического лечения съёмными протезами, изготовленными из полимеров, модифицированных наноразмерным серебром / Э.С. Каливраджинян, В.И. Кукуев, А.В. Подопригора // Современная ортопедическая стоматология. – 2011. - №16. - С. 5-6.
52. Калининская, А.А. Общая врачебная практика на селе / А.А. Калининская, М.В. Воробьёв // Справочник врача общей практики. - 2012. - №8. - С. 3-6.
53. Калининская, А.А. Медико-демографическая и социально-гигиеническая характеристика сельского населения / А.А. Калининская, А.К. Дзугаев, А.А. Кудрявцев // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2012. - №4. - С. 7-10.
54. Калининская, А.А. Потребность в стоматологической ортопедической помощи / А.А. Калининская, В.Н. Сорокин, Б.Ф. Трифионов // Российский стоматологический журнал. – 2006. - №6. – С. 47-49.
55. Калининская, А.А. Реформы здравоохранения села / А.А. Калининская, Т.В. Чижикова // Главврач. - 2010. - №8. - С. 10-12.
56. Каплан, М.З. Поиск альтернативных полиметакрилату материалов для съёмного протезирования (литературный обзор) / М.З. Каплан и др. // Стоматология для всех. – 2007. - №2. – С. 12-17.
57. Карасёва, В.В. Улучшение состояния слизистой оболочки полости рта у лиц со сложной челюстно-лицевой патологией на этапе ортопедического стоматологического лечения / В.В. Карасёва // Проблемы стоматологии. – 2013. - №2. – С. 47-50.
58. Карцев, А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь : автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.14 / А.А. Карцев. – М., 2006. – 24с.
59. Климашин, Ю.И. Иммедиат-протезы. Современный подход / Ю. И. Климашин, М.С. Котьяк // Дентал Юг. – 2010. - №8. – С. 48-50.

60. Коваленко, О.И. Оценка химической безопасности термопластичных базисных материалов / О.И. Коваленко // Зубной техник. – 2008. - №3. – С.30-32.
61. Кожин, Д. Правда и вымысел о «Valplast» / Кожин. Д. // Медицинский бизнес. – 2008. - №1. – С. 30-32.
62. Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru>.
63. Корехов, Б.Н. Физико-механические характеристики эластичных материалов для съёмных зубных протезов / Б.Н. Корехов, А.Н. Ряховский, И.Я. Поюровская и др.// Стоматология. – 2009. - №6. – С. 55-59.
64. Кос, А.В. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями в условиях проживания в интернатах / А. В. Кос, Г. Г. Карпова, Е. П. Антонова // Журнал социологии и социальной антропологии.- 2009. - Т. XII. №2. - С. 131–152.
65. Косенко, Л.Т. Анализ результатов протезирования съёмными пластиночными протезами с базисами из термопластических полимеров: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Т. Косенко. – С-П., 2012. – 18с.
66. Косоруков, Н. В. Уровень знаний населения г. Омска о гигиеническом уходе за полостью рта и съёмными зубными протезами / Н. В. Косоруков, И. В. Струев, А. В. Захаров // Естествознание и гуманизм. – Томск, 2006. - №3. – С. 69-70.
67. Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина – М. - 2008. – 227с.
68. Кулаков, А.А. Принципы организации стоматологической помощи на дому // А.А. Кулаков, А.В. Алимский // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2008. - №2(25). – С. 34-36.

69. Куликова Н.Г. Качество жизни населения в старших возрастных группах // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2005. - №1. - С. 12-14.
70. Курякина, Н.В. Стоматология профилактическая (руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний) / Н.В. Курякина, Н.А. Савельева. – М.: Медицинская книга; Н. Новгород: НГМА, 2003. – 288с.
71. Кусевицкий, Л.Я. О критериях оценки качества зубных и челюстных протезов различных конструкций / Л.Я. Кусевицкий // Институт стоматологии. – 2013. - №1. – С. 68-70.
72. Лебедев, К.А. Непереносимость зубопротезных материалов / К.А. Лебедев. – М.: Либроком, 2010. – 208с.
73. Лебедев, С.Н. Влияние социально-экономического уровня жизни на состояние здоровья коренного малочисленного народа Севера ХМАО – Югры / С.Н. Лебедев // Проблемы стоматологии. – 2012. - №3. – С. 33-35.
74. Лебеденко, И.Ю. Использование термопластов в клинике ортопедической стоматологии / И.Ю. Лебеденко, Д.В. Серебров, О.И. Коваленко // Российский стоматологический журнал. – 2008. - №3. – С. 58-60.
75. Лебеденко, И.Ю. Исследование эластичной деформации стоматологических базисных пластмасс методом электронной интерферометрии / И.Ю. Лебеденко и др. // Российский стоматологический журнал. – 2011. - №1. – С. 9-13.
76. Лебеденко, И.Ю. Сравнение эксплуатационных свойств отечественного материала для временных несъёмных зубных протезов «Эстерфилл Фото» с зарубежными аналогами / И.Ю. Лебеденко, К.Э. Горяинова, И.Я. Поюровская и др. // Российский стоматологический журнал. - 2013. - №4.- С.27-31.
77. Леонтьев, В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах её развития / В. К. Леонтьев // Институт стоматологии. - 2007. - №3. - С. 14-16.

78. Леонтьев, В.К. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля / В.К. Леонтьев, Л.И. Кузнецова, Ю.С. Блохина и др. // Стоматология. - 2001. - №6. - С. 63-64.
79. Леонтьев, В.К. Стоматолог общей практики: прошлое и будущее, новые приказы и новые проблемы / В.К. Леонтьев // Институт стоматологии. - 2008. - №1.- С. 10-14.
80. Летягина, Т.Ю. Опыт применения метода литьевого прессования при изготовлении съёмных протезов / Т.Ю. Летягина, А.В. Рева, В.В. Брежнева // Вести стоматологии. – 2010. - №1. – С. 62-63.
81. Леус, П.А. Европейские индикаторы стоматологического здоровья населения / П.А. Леус // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2012. - №3(38). – С. 47-53.
82. Леус, П.А. Профилактическая коммунальная стоматология / П.А. Леус. – М.: Мед. Книга, 2008. – 444с.
83. Лихошерстов, А.В. Разработка и изучение свойств нового эластичного акрилового полимера для базисов съёмных протезов : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / А.В. Лихошерстов. – Воронеж, 2005. – 21с.
84. Любенко, О.Г. Опыт оказания стоматологической помощи инвалидам в условиях специализированной поликлиники / О.Г. Любенко, И.Ю. Лебеденко // Стоматология для всех. – 2010. - №2.- С. 40-45.
85. Максюков, С.Ю. Результаты ортопедического лечения зубов съёмными зубочелюстными конструкциями в городских и сельских клиниках Ростовской области / С.Ю. Максюков // Клиническая стоматология. – 2010. - №3(55). – С. 86-88.
86. Малый, А.Ю. Результаты ортопедического лечения частичного отсутствия зубов у пожилых пациентов / А.Ю. Малый, Ю.В. Кресникова, В.В. Бровка и др. // Российская стоматология. - 2009. - №1. - С. 55-59.

87. Манриkyан, М.Е. Оценка стоматологического здоровья у взрослого и пожилого населения Республики Армения / М.Е. Манриkyан // Институт стоматологии. – 2012. - №3. – С. 24-26.
88. Маренкова, М.Л. Дисбаланс микробной флоры в полости рта у лиц, пользующихся зубными протезами / М.Л. Маренкова, С.Е. Жолудев, Е.Ю. Панина // Пробл. стоматологии. – 2007. – № 4. – С. 41-45.
89. Миняев, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Миняев, Н.И. Вишняков. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 522с.
90. Михайлова, Е.С. Полиморбидность как отягощающий фактор стоматологических проблем у пациентов пожилого и старческого возраста / Е.С. Михайлова, А.Л. Арьев, А.В. Цимбалистов и др. // Клиническая геронтология. - 2008. - №7. - С.12-21.
91. Невская, А.А. Обоснование алгоритма ведения пациентов, пользующихся съёмными протезами при частичном отсутствии зубов / А.А. Невская, А.Ю. Малый // Стоматология. – 2011. - №2. – С. 53-56.
92. Недостойный, А. Нейлоновый микропротез / А. Недостойный // Зубной техник. – 2009. - №2. – С. 104-107.
93. Неустроев, Г.В. Исследование токсичности при непереносимости материалов зубных протезов. Состояние проблемы, предварительные исследования и гипотезы / Г.В. Неустроев, А.Ю. Малый, И.Ю. Малышев, и др. // Хирург. - 2012. - №8. - С. 48-53.
94. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик: под ред. Ю. Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2010. - 320с.
95. Образцов, Ю. Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки / Ю. Л. Образцов // Стоматология. - 2006. - №4. - С. 41-43.

96. Овсянников, В.А. Стоматологический статус и потребность в лечении у лиц пожилого и старческого возраста с различными социально-экономическими условиями жизни и степенью мобильности: дис. ...канд. мед наук: 14.01.03, 14.02.03 / В.А. Овсянников. – М., 2010. – 119с.
97. Ольховская, Е.Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии / Е.Б. Ольховская // Стоматология для всех. – 2003. - №1. – С. 75-94.
98. Онуфриев, А.Б. Изучение клинико-эпидемиологических показателей применения съёмных ортопедических конструкций при частичном отсутствии зубов: : автореф. дис... кан. мед. наук: 14.01.14 / А.Б. Онуфриев. – М., 2009. – 23с.
99. Организация стоматологической помощи в России. Основные нормативные документы. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.e-stomatology.ru/director/prikaz/ostpom.html>.
100. О реализации мер, направленных на развитие трудовой занятости инвалидов. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/migration/12>.
101. Осколкова, Д.А. Качество жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжёлой степени и дефектами зубных рядов / Д.А. Осколкова и др. // Проблемы стоматологии. – 2013. - №2. – С.38-40.
102. Парахонский, А.П. Здоровье как основной компонент качества жизни и его оценка / А.П. Парахонский // Паллиативная медицина и реабилитация. 2004. - № 4. - С. 39-40.
103. Петерсен, П. Е. Улучшение стоматологического здоровья пожилых людей — подход глобальной стоматологической программы ВОЗ / П. Е. Петерсен, П. А. Леус, Л. Н. Борисенко // Dental Forum. - 2005. - №3. - С. 5-15.

104. Поюровская, И.Я. Специализированный базисный материал для микроволновой полимеризации АКР-МВ / И.Я. Поюровская, Т.Ф. Сутугина, К.Н. Руденко // Стоматология. – 2002. – №6. – С. 45-47.
105. Поюровская, И.Я. Физико-механические характеристики эластичных материалов для съёмных зубных протезов / И.Я. Поюровская, Т.Ф. Сутугина, Б.Н. Корехов, А.Н. Ряховский // Стоматология. - 2009. - №6. - С. 55-59.
106. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 7 декабря 2011 г. N 1496н г. Москва "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях". [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/03/21/stomatologia-dok.html>
107. Психическое здоровье и пожилые люди. [Электронный ресурс] / ВОЗ. Информационный бюллетень N°381. - 2013.- Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/ru/>.
108. Пузин, С.Н. Предоставление медицинской помощи и медико-социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации / С.Н. Пузин, Л.П. Храпылина, В.В. Кудрявцев и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2012. - №1. - С. 3-5.
109. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 года № 2181-р утверждена новая редакция государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2015 годы. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://minobr.government-npov.ru/?id=21152>.
110. Ронь, Г.И. Эстетическая стоматология и качество жизни пациентов / Г.И. Ронь, Г.М. Акмалова // Проблемы стоматологии. – 2010. - №1. – С. 28-30.
111. Рубинко, С.С. Особенности протезирования при частичной потере зубов / С.С. Рубинко и др. // Проблемы стоматологии. – 2012. - №4. – С. 40-42.

112. Рузуддинов, С.Р. Стоматологический статус пожилых людей республики Казахстан / С.Р. Рузуддинов // Сборник научных трудов XI Конгресса стоматологов СНГ. – Республика Казахстан. – 2013. – С. 202-205.
113. Рыбко, В.О. Особенности клиники и лечения пародонтита у пациентов с последствиями позвоночно-спинальной травмы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / В.О. Рыбко. – М., 2011. – 24с.
114. Рыжова, И.П. Диагностические возможности определения биоинертности конструкционных материалов в ортопедической стоматологии / И.П. Рыжова, В.Ю. Денисова // Современная ортопедическая стоматология. – 2012. - №17. – С. 70-71.
115. Рыжова, И.П. Опыт лечения больных с частичным отсутствием зубов съёмными конструкциями зубных протезов из термопластических материалов / И.П. Рыжова, В.Ю. Денисова // Современная ортопедическая стоматология. – 2009. - №11. – С. 30-32.
116. Рыжова, И.П. Подготовительный этап к ортопедическому лечению с использованием съёмных конструкций зубных протезов, изготовленных из безакриловых термопластических полимеров / И.П. Рыжова, А.В. Винокур // Российский стоматологический журнал – 2008. – № 4. – С. 35-37.
117. Саверский, А.В. Что такое здоровье? / А.В. Саверский // Дентал Форум. – 2009. - №4. – С. 59-62.
118. Сагина, О.В. Основы профилактики стоматологических заболеваний: учебное пособие / О.В. Сагина, Ю.М. Максимовский. – М., 2005. – 379с.
119. Салеев, Р.А. Маркетинговые исследования в стоматологии / Р.А. Салеев, М.Ю. Киреев // Российский стоматологический журнал. - 2010. - №6. - С. 46-48.
120. Сафарова, Г.Л. Старение населения Санкт-Петербурга: социально-демографические аспекты / Ред. Г.Л.Сафарова. СПб., 2006.

121. Симановская, О. Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни / О. Е. Симановская // Стоматология. - 2008. - №5. — С. 75-77.
122. Славичек, Р. Жевательный орган / Р. Славичек. – М., 2008. – 543с.
123. Стационарные учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
124. Тарико, О.С. Оценка уровня качества жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, осложненным концевыми дефектами зубного ряда нижней челюсти / О.С. Тарико, С.Е. Жолудев // Институт стоматологии. - 2011. - №3.- С. 18-20.
125. Тимофеев, М. Эластичные зубные протезы, изготавливаемые на основе современных безмономерных термопластических материалов / М. Тимофеев // Медицинский бизнес. – 2007. - №14. – С. 22-23.
126. Трегубов, И.Д. Применение термопластических материалов в стоматологии / И.Д. Трегубов и др. // М.Медицинская пресса. – 2007. – 140с.
127. Трезубов, В.В. Система оценки качества ортопедической стоматологической помощи / В.В. Трезубов, С.М. Михайлов // Стоматология. – 2012. - №6. – С. 69-71.
128. Тупикова, Л.Н. Проблемы и возможности улучшения или сохранения стоматологического здоровья в условиях реформирования экономики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Л.Н. Тупикова. – СПб., 2002. – 46с.
129. Улитовский, С.Б. Повышенная чувствительность зубов и качество жизни / С.Б. Улитовский // Новое в стоматологии. - 2010. - №2. - С. 14-15.
130. Фабрикант, Е.Г. Возможности применения критериев качества жизни при экспертизе результатов стоматологического лечения / Е.Г. Фабрикант, К.Г. Гуревич // Медицинское право. – 2008. - №2. – С. 19-22.

131. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <http://base.garant.ru/10164504/>.
132. Хадыкин, И.М. Оценка нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи пожилого сельского населения Алтайского края / И.М. Хадыкин // Организация в стоматологии. – 2008. - №2. – С. 28-29.
133. Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам. Глобальное резюме для Всемирного дня здоровья 2012 г. - Женева: ВОЗ, 2012. – 28с.
134. Цимбалистов, А.В. Проблема адаптации больных в клинике ортопедической стоматологии / А.В. Цимбалистов, И.В. Войтяцкая, Т.А. Лопушанская и др. / Пародонтология. - 2010. - №2. - С. 67-69.
135. Чижов, Ю.В. Микробная обсеменённость полости рта у лиц пожилого возраста при наличии акриловых и нейлоновых протезов / Ю.В. Чижов, С.С. Рубленко, С.В. Кунгуров // Клиническая геронтология. - 2012. - №11. - С.71-74.
136. Чижов, Ю.В. Сравнительная характеристика неспецифической резистентности слизистой оболочки полости рта при пользовании нейлоновыми и акриловыми зубными протезами / Ю.В. Чижов и др. // Институт стоматологии. - 2012. - №1. - С. 100-101.
137. Шарагин, Н.В. О целесообразности применения перекрывающих протезов при комплексном лечении генерализованного пародонтита / Н.В. Шарагин и др. // Дентал Юг. – 2010. - №8. - С. 45-47.
138. Шварцзайд, Е.Е. Особенности психологии больных пожилого и старческого возраста и их учет в процессе изготовления зубных протезов / Е.Е. Шварцзайд // Стоматология. – 1993. – № 3. – С.7 8-71.
139. Шварцзайд, Е.Е. Практические проблемы ортопедического лечения больных пожилого и старческого возраста с психическими заболеваниями / Е.Е. Шварцзайд // Стоматология. – 1996. – № 4. – С. 48-53.

140. Йолов, Цв.Й. Самооценка стоматологического здоровья людьми пожилого возраста. Функциональные и психосоциальные проблемы / Цв.Й. Йолов // Стоматология. – 2002. - №3. – С. 59-61.
141. Acharya, S. Oral health-related quality of life and its relationship with health locus of control among Indian dental university students / S. Acharya, D.K. Sangam // Eur. J. Dental Educat. 2008. - Vol. 12, N 4. - P. 208-212.
142. Andrade, FB. Relationship between oral health and frailty in community-dwelling elderly individuals in Brazil / FB. Andrade, ML. Lebrão, JL. Santos et al. // Geriatr. Soc. – 2013. - N61(5). - P. 9-14.
143. Baba, K. Feasibility of oral health-related quality of life assessment in prosthodontic patients using abbreviated Oral Health Impact Profile questionnaires / K. Baba, M. Inukai, M.T. John // Oral Rehabil. -2008. - Vol. 35, N 3. - P. 224-228.
144. Bessadet, M. Impact of removable partial denture prosthesis on chewing efficiency / M. Bessadet, E. Nicolas, M. Sochat et al. // Oral Sci. – 2013. - N21. – P. 92-96.
145. Blaizot, A. Oral health-related quality of life among outpatients with rheumatoid arthritis / A. Blaizot, P. Monsarrat, A. Constantin et al. // Int. Dent. – 2013. - N63(3). – P. 145-153.
146. Blanco-Aguilera, A. Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders / A. Blanco-Aguilera, A. Blanco-Hungría, L. Biedma-Velázquez et al. // Med. Oral. Patol. - 2013. – Oct.13.
147. Bramanti, E. Oral health-related quality of life in partially edentulous patients before and after implant therapy: a 2-year longitudinal study / E. Bramant, G. Maticena, F. Cecchetti et al. // Oral Implantol. (Rome). – 2013. - N6(2). – P. 37-42.

148. Brennan, D. Oral Health Impact Profile, EuroQol, and Assessment of Quality of Life instruments as quality of life and health-utility measures of oral health / D. Brennan // Oral Sci. – 2013. - N121(3Pt.1). – P. 188-193.
149. Brennan, D. Dental visiting by insurance and oral health impact / D. Brennan, O. Anikeeva, D. Teusner // Aust. Dent. J. – 2013. - N58(3). – P. 344-349.
150. Cicciù, M. Relationship between oral health and its impact on the quality life of Alzheimer's disease patients: a supportive care trial / M. Cicciù, G. Maticena, F. Signorino et al. // Exp. Med. – 2013. - N6. – P. 66-72.
151. Chen , X. Dental caries in older adults in the last year of life / X. Chen, J. Clark, J. Preisser, et. al. // Geriatr. Soc. – 2013. - N61(8). – P.345-50.
152. Cohen-Carneiro, F. Avaliação das propriedades psicométricas do OHIP-14 e da prevalência dos impactos da saúde bucal, em população rural ribeirinha no Amazonas, Brasil / Flávia Cohen-Carneiro et al. // Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. – 2010. - N26(6) P.22-30.
153. Corcuera-Flores, J.R. Dental treatment for handicapped patients; sedation vs general anesthesia and update of dental treatment in patients with different disease / J.R. Corcuera-Flores, J.M. Delgado-Muñoz, J.C. Ruiz-Villandiego et al. // Med. Oral Patol. – 2013. - Oct 13.
154. Genderson, M. An Overview of Children's Oral Health-Related Quality of Life Assessment: From Scale Development to Measuring Outcomes / M. Genderson, L. Sischo, K. Markowitz et al. // Caries Res. – 2013. – N1. – P. 13-21.
155. Gibson, G. Dental treatment improves self-rated oral health in homeless veterans--a brief communication / G. Gibson, E. Reifensahl, C. Wehler et al. // Public Health Dentistry. 2008. - N 2. - P. 11-15.
156. Lee, K.H. Cognitive function and oral health-related quality of life in older adults / K.H. Lee, B. Wu, B.L. Plassman // Geriatr. Soc. – 2013. – N61(9). – P. 160-167.

157. Hsu, K.J. Masticatory factors as predictors of oral health-related quality of life among elderly people in Kaohsiung City, Taiwan / K.J. Hsu, H.E. Lee, Y.M. Wu et al. // *Qual. Life Res.* - 2013. – Nov.16.
158. John, MT. No significant retest effects in oral health-related quality of life assessment using the Oral Health Impact Profile / M.T. John, D.R. Reissmann, O. Schierz, F. Allen // *Act. Odontol. Scand.* 2008. - N3. - P. 135-138.
159. Kadanakuppe, S. Oral health status and treatment needs of Iruligas at Ramanagara District, Karnataka, India / S. Kadanakuppe, PK. Bhat // *West Indian Med.* – 2013. – N62(1). – P. 73-80.
160. Kende, D. Impact of prosthetic care on oral health related quality of life / D. Kende, G. Szabo, G. Marada, A. Szentpetery // *Fogorvosi Szemle.* - 2008. - N2. - P. 49-57.
161. Kossioni, AE. Current Status and Trends in Oral Health in Communitydwelling Older Adults: A Global Perspective / AE. Kossioni // *Oral Health Prev. Dent.* – 2013. – Jul. 18.
162. Kossioni, A. Variation in oral health parameters between older people with and without mental disorders / A. Kossioni, GE. Kossionis, A. Polychronopoulou // *Spec. Care Dentist.* – 2013. - N33(5). – P. 232-238.
163. Leles, CR. Assessing perceived potential outcomes of prosthodontic treatment in partial and fully edentulous patients / CR. Leles, WJ. Morandini, ET. da Silva et al. // *Oral Rehabil.* 2008. - Vol. 35, N 9. - P. 682-689.
164. Locker, D. Developing short-form measures of oral health-related quality of life / D. Locker, PF. Allen // *Public Health Dentistry.* - 2002. - N1. - P. 13-20.
165. Locker, D. Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health / D. Locker // *Public Health Dentistry.* - 2009.- N1.-P. 1-8.
166. Lopez-Jornet, P. Salivary biomarkers of oxidative stress and quality of life in patients with oral lichen planus / P. Lopez-Jornet, A. Martinez-Canovas, A. Pons-Fuster // *Geriatr. Gerontol Int.* – 2013. –Nov.11.

167. Massad, JJ. Focus on: Removable prosthodontics / JJ. Massad // Dent. Today. – 2013. - N32(9). – P.14-17.
168. Oliveira Sierra, S. Effect of low-level laser therapy on the post-surgical inflammatory process after third molar removal: study protocol for a double-blind randomized controlled trial / S. Oliveira Sierra, A. Melo Deana, R. Agnelli Mesquita Ferrari et. al. // Trials. – 2013. - N14(1). – P. 373- 375.
169. Ozhayat, EB. Influence of negative affectivity and self-esteem on the oral health related quality of life in patients receiving oral rehabilitation / EB. Ozhayat // Health Qual. Life Outcomes. – 2013. - N11(1). – P.178- 181.
170. Pallegedara, C. Effect of tooth loss and denture status on oral health-related quality of life of older individuals from Sri Lanka / C. Pallegedara, L. Ekanayake // Commun. Dental Health. 2008. - Vol. 25, N 4.-P. 196-200.
171. Papagiannopoulou, V. Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults / V. Papagiannopoulou et al. // Health and Quality of Life Outcomes. 2012. – N10.
172. Pearson, PG. Robinson / PG. Pearson // Commun. Dent. Oral Epidemiol. - 2008. - N3.- P. 237-248.
173. Petersen, P.E. Priorities for research for oral health in the 21st century-the approach of the WHO global oral health programme / P.E. Petersen // Community Dentistry Health. - 2009. - Vol. 22. - P. 71-74.
174. Petersen, P.E. The global burden of oral diseases and risks to oral health / P.E. Petersen, D. Bourgeois, H. Ogawa et al. // Bulletin of the World Health Organization. - 2009. - V.83. –P. 661-669.
175. Qasim Al Rifali, Mohammed. Evaluation of some of the clinical variables affecting patients' satisfaction with removable partial dentures / Mohammed Qasim Al Rifali // Smile DJ. - 2009. - N4. - P. 8-11.

176. Ravaghi, V. Validation of the Persian short version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) / V. Ravaghi, N. Farrahi-Avval, D. Locker, M. Underwood // *Oral Health Prev. Dent.* - 2010. - N8. – P. 229-235.
177. Somkotra, T. Inequality in oral health-care utilisation exists among older Thais despite a universal coverage policy / T. Somkotra, J. Australas // *Ageing.* - 2013. –N32(2). – P. 110-114.
178. Stančić, I. Srpska verzija indeksa „Oral Health Impact Profile” (OHIP-14) usklonu merenja kvaliteta života bolesnika starijeg životnog doba / Stančić, Ljiljana Tihacek Šojić, Aleksandra Jelenković // *Vojnosanit Pregl.* - 2009. - N66(7). – P. 511–515.
179. Takeuchi, K. Social participation and dental health status among older Japanese adults: a population-based cross-sectional study / K. Takeuchi, J. Aida , K. Kondo et al. // *PLoS One.* – 2013. - N8(4). P. 71-74.
180. Towjmsend-White, C. A systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities andchallenging behaviours / C. Townsend-White, A. N.T. Pham, M.V. Vassos // *Journal of Intellectual Disability Research.* 2012. – Vol. 56, N3. - P. 270–284.
181. Volker, DL. Advance Directives, Control, and Quality of Life for Persons with Disabilities / DL. Volker, C. Divin-Cosgrove , T. Harrison // *Palliat. Med.* – 2013. - Jun. 25.
182. Wöstmann, B. Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients / B. Wöstmann, K. Michel, B. Brinkert et al. // *Dentistry.* - 2008. - N 10. - P. 816-821.
183. Yoshioka, M. Relationship between Subjective Oral Health Status and Lifestyle in Elderly People: A Cross-Sectional Study in Japan / M. Yoshioka, D. Hinode, M. Yokoyama et al. // *ISRN Dent.* – 2013. - PMC3666304.

Приложение 1**Протокол медицинского стоматологического обследования**

ФИО _____

Возраст 45-59 лет ____ 60-74 года ____ 75-89 лет ____ 90 лет и старше ____

Пол М__ Ж__

Место проживания: село _____ город _____

Материальное положение: обеспеченны материально _____ малообеспеченны _____

Наличие транспортных проблем: да _____ нет _____

Общие заболевания (по системам органов):системы кровообращения опорно-двигательной системы пищеварения органов дыхания нервной системы мочеполовой психические эндокринной системы

и другие _____

Наличие инвалидности: _____ (с какого возраста _____)

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Индекс SPITN:

--	--	--	--

0-нет признаков заболевания; 1-кровоточивость после зондирования; 2- над и поддесневой зубной камень, клинический карман до 3 мм; 3- клинический карман 4-5 мм; 4- клинический карман более 6 мм.

Индекс гигиены полости рта:

Индекс 1- 1,3 низкий, хорошая гигиена полости рта;

1,4 – 1,9 средний, удовлетворительная гигиена полости рта;

2,0 – 3,0 высокий, неудовлетворительная гигиена полости рта. _____

Приложение 2

Протокол № _____
ведения пациентов с частичными съёмными протезами
 ЧСП «Фторакс» _____ Гибкий ЧСП «Pro-Flex» _____ Временный ЧСП _____
 « ____ » _____ 20 ____ г.

ФИО _____
 Возраст 45-59 лет _____ 60-74 года _____ 75-89 лет _____ Пол М__ Ж__
 Инвалидность _____
 Жалобы _____

Анамнез заболевания _____

Диагноз _____

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Состояние СОПР

нормальная атрофичная гипертрофированная болтающийся гребень

Прикус _____

Выраженность экватора опорных зубов: выражен недостаточная
 выраженность

Форма беззубой альвеолярной части нижней челюсти:

отлогая узкий тонкий гребень трапециевидная с выемкой экзостозы

Параметры исследования:

	До лечения	После лечения (после адаптации к протезам)
1.ВРЕМЯ ЖЕВАНИЯ		
2. ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ		
3.КАЧЕСТВО ЖИЗНИ (ОНП-14)		
4.ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ		

Согласие пациента _____

Приложение 3

АНКЕТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ (ОНП-14)

ИНСТРУКЦИЯ: «Отвечая на вопрос, пожалуйста, пометьте галочкой соответствующую клетку».

Вопрос	Очень часто	Часто	Редко	Почти никогда	Никогда
1. Вы потеряли вкус к пище из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					
2. Испытываете ли Вы болевые ощущения в полости рта?					
3. Вызывает ли у Вас затруднение приём пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					
4. Питаетесь ли Вы неудовлетворительно из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					
5. Приходится ли Вам прерывать приём пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					
6. Испытываете ли Вы неудобства из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					
7. Испытываете ли Вы затруднения при произношении слов из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					
8. Чувствуете ли Вы себя стеснённым в общении с людьми из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой					

полости рта или протезами?					
9.Ставят ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вас в неловкое положение?					
10.Приводят ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вас к повышенной раздражительности при общении с людьми?					
11.Испытываете ли Вы затруднения в обычной работе из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					
12.Мешают ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вам отдыхать/расслабляться?					
13.Становится ли Ваша жизнь менее интересной из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					
14.Приходится ли Вам полностью «выпадать из жизни» из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?					

Приложение 4

АНКЕТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ (ОНП-14) (модифицированная)

ИНСТРУКЦИЯ: «ОТВЕЧАЯ НА ВОПРОС, ПОЖАЛУЙСТА, ПОМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ КЛЕТКУ».

Ф.И.О. _____

ВОЗРАСТ _____ ПОЛ М Ж МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА город село

Вопрос	Очень часто	Часто	Редко	Почти никогда	Никогда
1. Из-за проблем с зубами или полостью рта вкус пищи изменился ...					
2. Болевые ощущения в полости рта испытываются ...					
3. Затруднения в приёме пищи случаются ...					
4. Из-за проблем с зубами качество питания бывает плохим ...					
5. Прием пищи приходится прерывать ...					
6. Неудобства из-за проблем с зубами случаются..					
7. Проблемы с произношением слов случаются ...					
8. Проблемы с зубами влияют на качество общения ...					
9. Из-за проблем с зубами вы оказываетесь в неловком положении ...					
10. Проблемы с зубами делают вас раздражительным ...					
11. Проблемы с зубами мешают выполнять работу ...					
12. Качество отдыха стало хуже ...					
13. Жизнь становится менее интересной					
14. Из-за проблем с зубами работу или отдых приходится прерывать ...					

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2486877

СПОСОБ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ДЛЯ
ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННОЙ МОБИЛЬНОСТЬЮ

Патентообладатель(ли): *Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Алтайский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (RU)*

Автор(ы): *см. на обороте*

Заявка № 2012104678

Приоритет изобретения 09 февраля 2012 г.

Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 10 июля 2013 г.

Срок действия патента истекает 09 февраля 2032 г.

Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Б.П. Симонов



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2479279

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРЕМЕЩЕНИЙ
ЗУБОВ

Патентообладатель(ли): *Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Алтайский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (RU)*

Автор(ы): *см. на обороте*

Заявка № 2011151924

Приоритет изобретения 19 декабря 2011 г.

Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 20 апреля 2013 г.

Срок действия патента истекает 19 декабря 2031 г.

Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Б.П. Симонов

