

Алгоритмы эндодонтического лечения как фактор адекватного выбора и соблюдения медицинских технологий

С.Д. АРУТЮНОВ, проф., зав. кафедрой
В.Г. ДИХАНОВА, асп.
И.Е. БРУСОВ, асп.

Кафедра стоматологии общей практики и подготовки зубных техников
ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»

Algorithms of endodontic treatment as the factor of an adequate choice and observance of medical technologies

S.D. ARUTYUNOV, V.G. DIKHANOVA, I.E. BRUSOV

Резюме

Приводятся результаты эффективности лечения хронического апикального периодонтита у пациентов на фоне системного остеопороза в краткосрочном и долгосрочном наблюдении с использованием пероральной антибиотикотерапии. Установлена максимальная эффективность применения остеотропных антибиотиков по сравнению с традиционной антибиотикотерапией или без нее.

Ключевые слова: хронический периодонтит, системный остеопороз.

Abstract

The results of efficiency of treatment of chronic apical periodontitis at the patients on a background of system osteoporosis in short-term and long-term supervision with use the peroral antibacterial therapy are resulted. The peak efficiency of application of osteotropic antibiotics is established in comparison with traditional antibacterial therapy or without it.

Key words: chronic parodontitis, systemic osteoporosis.

В системе обеспечения качества стоматологической помощи большое значение имеют факторы адекватного выбора и соблюдения технологий лечения заболевания. Это связано с тем, что в настоящее время рынок стоматологических материалов и инструментов располагает достаточно широким спектром и зачастую предлагает большое количество альтернативных технологий. Существенное влияние на выбор технологий оказывают и сложившиеся «школы», а также «авторские методики». Современное состояние вопроса использования медицинских технологий в правовом его смысле определяется четкими требованиями применения в стоматологической практике разрешенных и официально зарегистрированных технологий. Достаточно сложным и противоречивым в этом смысле направлением является эндодонтическое лечение по следующим причинам: наибольшее число дефектов регистрируется именно при лечении корневых каналов зу-

бов; различные способы obturation; появление новых эндодонтических инструментов и др. На этом фоне важным является не только правильный выбор технологии эндодонтического лечения, но и их соблюдение. Этому должно способствовать наличие нормативно-технических документов (алгоритмов, стандартов или правил).

Несмотря на то что каждый клинический случай индивидуален и не всегда представляется возможным соблюдение неких заранее заданных параметров, стандартизация и алгоритмизация процесса оказания стоматологических услуг является необходимой.

Нами предпринята попытка разработки алгоритмов эндодонтического лечения. При этом необходимым явилось провести отбор применяемых технологий лечения (на основании данных «медицины, основанной на доказательствах» и собственного клинического опыта), дающих максимально выраженный клинический эффект.

Согласно ISO/IEC GUIDE 2:1996 (ИСО/МЭК Руководство 2:1996) [1], деятельность по стандартизации должна быть направлена на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области посредством установления положений для всеобщего и многократного использования в отношении реально существующих или потенциальных задач. Это означает, что все процессы (технологии) эндодонтического лечения должны быть в максимальной степени универсальными, а эффективность их клинического применения должна быть доказана.

Сам по себе стандарт не является обязательным для исполнения, он лишь содержит в себе рекомендуемый (минимально необходимый) объем требований, который должен выполнять каждый врач-стоматолог. Минимальным уровнем требований являются технологии, которые могут выполняться не только в одной организации, но и в большинстве. Этим достигается универсальность

предлагаемых в исследовании методических подходов.

Иными словами, разработанные нами алгоритмы могут являться поддерживающим компонентом в системе управления качеством эндодонтического лечения.

При разработке алгоритмов нами использовались следующие принципы:

- согласия (консенсуальности) – взаимное стремление всех субъектов к достижению согласия при разработке и введении в действие нормативных документов системы стандартизации;

- значимости – социальная, научная и экономическая целесообразность разработки и применения нормативных документов в практическом здравоохранении;

- актуальности – соответствие современным достижениям стоматологии;

- комплексности – согласование предъявляемых к объектам стандартизации требований между собой;

- проверяемости – обеспечение возможности контроля заданных в нормативных документах требований объективным методом.

Следует отметить, что процессы стандартизации преимущественно происходят в сфере оказания медицинской помощи населению на базе государственных медицинских учреждений, что обусловлено функционированием системы обязательного медицинского страхования. Коммерческие медицинские

организации, к которым, в большинстве своем относятся структуры, оказывающие стоматологические услуги, в своей работе ограничиваются лишь соблюдением требований действующего законодательства в области медицины.

Однако стандартизация занимает особое место при проведении работ по оценке и управлению эндодонтического лечения, так как дает возможность разработать и внедрить методики, позволяющие не только качественно, но и количественно определять уровень качества оказываемых услуг.

Принципиальной основой формирования алгоритмов явились допущения того, что в условиях развития новых эндодонтических технологий и неизбежном появлении новых знаний в области диагностики и лечения зубов с осложненным кариесом и нередким воспалением периапикальных тканей, научно и статистически обосновывались минимальные требования к процессу терапии и результату (исходу). В этих условиях применение алгоритмов позволяет опираться на них как на методические пособия при осуществлении лечебно-диагностических мероприятий и оценке качества проведенного эндодонтического лечения. Кроме того, в исследовании учитывалась возможность использования в том или ином случае альтернативных технологий, нередко приводящих к одинаковому результату. Тем более что выбор той или иной техно-

логии эндодонтического лечения может быть обусловлен не только индивидуальными особенностями течения заболевания и состояния больного, но и конкретными условиями оказания стоматологической помощи, в частности материально-технической оснащенностью и кадровой обеспеченностью (профессиональной компетентностью врача-стоматолога) данной организации.

Учитывая тот факт, что мерой качества медицинской помощи является результат, одним из объектов стандартизации в данном исследовании явился исход (результат) полученной медицинской услуги или всего комплекса стоматологического лечения при данной нозологической форме. Достоверность полученных в исследовании показателей обеспечивалась большим числом статистических наблюдений. По существу разработанные являются эмпирическими стандартами, основанными на опыте, полученном в «типичных» ситуациях.

На начальном этапе разработки алгоритмов по эндодонтии были выделены две нозологические модели, подлежащие эндодонтическому лечению (табл. 1).

Формулировка диагноза осуществлялась на основании Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-го пересмотра) (МКБ-10). Информационной базой для разработки алгоритмов явились данные специальных стати-

Таблица 1. Основные нозологические формы заболеваний, требующих эндодонтического лечения

Шифр по МКБ-10	Наименование нозологической формы
K04	Болезни пульпы и периапикальных тканей
K04.0	Пульпит
K04.1	Некроз пульпы
K04.2	Дегенерация пульпы
K04.3	Неправильное формирование твердых тканей в пульпе
K04.4	Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения
K04.5	Хронический апикальный периодонтит
K04.6	Периапикальный абсцесс с полостью
K04.7	Периапикальный абсцесс без полости
K04.8	Корневая киста

стических наблюдений, охвативших период 2006-2009 годов, а также данные литературы, анализ которых осуществлялся на принципах доказательной медицины, данные экспертных оценок.

Также при разработке алгоритмов использовался классификатор простых и сложных стоматологических услуг.

При назначении сложной (комплексной) услуги в ряде случаев нет необходимости в выполнении всех входящих в ее состав простых услуг. Выбор технологии стоматологической услуги определяется конкретной клинической ситуацией и является функцией лечащего врача-стоматолога. При этом снижение качества диагностики и лечения недопустимо.

По существу алгоритм определяет требования к технологии выполнения медицинской, в данном случае стоматологической, услуги.

Обобщение массивов статистических данных, основанных на многочисленных наблюдениях за пациентами с осложненным кариесом, в настоящем исследовании осуществлялось с применением расчетов относительных величин и средних величин при нормальном распределении признака. Информация, связанная с методами диагностики и лечения заболеваний (отбор технологий) отбиралась с применением принципов «медицины, основанной на доказательствах».

На основании отобранных научно обоснованных методов диагностики и лечения осуществлялось лонгитудинальное исследование (отслеживание во времени). Данные наблюдения за пациентами при каждой нозологической форме предполагало выявление устойчивого результата лечения. Частота осмотров определялась экспертным путем на основании имеющихся в литературе данных и принятых в клинической практике подходов. При этом учитывались исходное об-

щесоматическое состояние и стоматологическое здоровье пациентов (стадия заболевания), возраст и пол. Формирование однородных совокупностей в конечном итоге позволяло отслеживать состояние пациентов в динамике после проведенного эндодонтического лечения для определения частоты исходов и возможных осложнений конкретного заболевания (расчета интенсивных коэффициентов) и рекомендуемых средних сроков амбулаторного лечения и частоты посещений периода лечения.

В ходе проведения лонгитудинального исследования (по отдельным нозологическим формам сроки наблюдения колебались от одного месяца до двух лет), учитывалась возможность выбытия части пациентов по тем или причинам (переезд, отказ и т.д.). В связи с этим выборочная совокупность (когорта) изначально увеличивалась на 20-30% (данные предварительных исследований), что обеспечивало достаточность числа наблюдений и репрезентативность результатов исследования.

Наблюдения когорты в настоящем исследовании производили, начиная с некоторого момента, называемого точкой отсчета. Опираясь на данные Флетчера Р. и соавт. [2], точка отсчета была одинаковой для всех пациентов и соответствовала четко определенному моменту в течение заболевания – установлению диагноза во избежание неточности в описании результатов наблюдения. При оценке исхода заболевания расчет частоты производился в том случае, когда эксперты оценивали наличие устойчивого результата лечения в ранние и отдаленные сроки. Таким образом, анализ значительного числа наблюдений пациентов с заболеваниями, требующими использование зубосохраняющих технологий, позволил в настоящем исследовании при формировании алгоритмов разработать частоты

(относительные величины) частоты посещения врача и длительности лечения. Данные расчетные величины и легли в основу разработки соответствующих рекомендуемых сроков лечения (табл. 2).

За основу принимался расчет средних арифметических величин, среднего квадратического отклонения и средних ошибок средней арифметической. Довольно часто в клинической практике возникают ситуации, когда сроки лечения будут зависеть от многих факторов (исходное состояние пациентов, стадия заболевания, пол, возраст и др.). В связи с этим в исследовании использовался подход формирования максимальных и минимальных сроков лечения. Достаточность числа наблюдений и однородность совокупности в конечном итоге укладывались в нормальное распределение признака. Расчет среднего квадратического отклонения позволил обосновать максимальные и минимальные сроки лечения. При этом крайние границы средних значений укладывались в пределах двух средних квадратических отклонений, что обеспечивало 95% результатов измерений.

Разработанные в исследовании алгоритмы ведения больных на практике позволяют решать две принципиальные задачи:

- установление единых (минимально необходимых) требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных с заболеваниями, требующими эндодонтического лечения, позволяющих получить достоверно положительный исход реабилитационных мероприятий;

- экспертиза объема, качества, доступности стоматологической помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации в конкретных организационно-технических условиях и на территории.

Разработанные нами алгоритмы представляют собой комплекс простых услуг, находящихся в причинно-

Таблица 2. Среднее число посещений врача-стоматолога и средние сроки эндодонтического лечения по нозологическим формам

Нозологическая форма	Число посещений врача	Средние сроки лечения (дни)
Пульпит	2	2-3
Периодонтит острый	3	6-7
Периодонтит хронический	3	от 7 до 21
Периапикальный абсцесс	4	от 9 до 30

следственных и временных взаимоотношениях. В связи с этим при разработке систем обеспечения качества чрезвычайно важным является последовательность выбора технологий, которая укладывается в общий алгоритм в зависимости от степени проходимости корневых каналов зубов. Пример алгоритма приведен на следующем рисунке (рис. 1).

В основе разработки алгоритмов лежал принцип процессного подхода, заимствованный из системного управления. По мнению авторов, наличие подобных алгоритмов должно способствовать повышению качества лечения корневых каналов зубов за счет адекватности выбора и соблюдения эндодонтических технологий.

Поступила 20.01.2011

Координаты для связи
с авторами:
sd.arutyunov@mail.ru
Арутюнову С. Д.

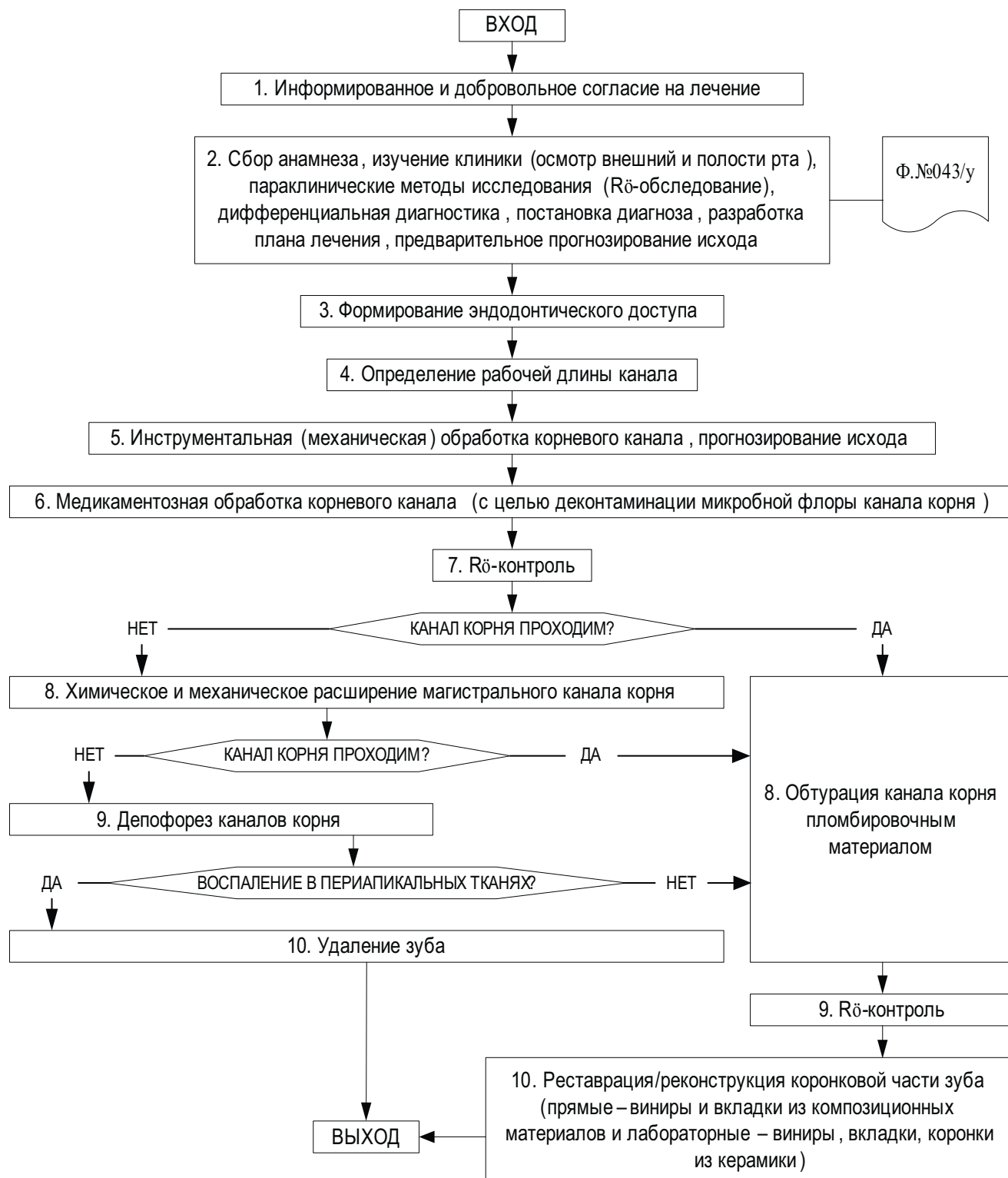


Рис. 1. Блок-схема «Алгоритм традиционного эндодонтического лечения»