

УДК 616.314.17:614.2

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Ю.Г. Тарасова, В.Ю. Кузнецова

Ижевская государственная медицинская академия (426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281)

**Ключевые слова:** хронический генерализованный пародонтит, уровень качества лечения, качество жизни, Удмуртская Республика.

### THE RESULTS OF USE OF THE CRITERIA OF THE EFFICIENCY ESTIMATION OF THE INFLAMMATORY PARODONT DISEASES TREATMENT IN STOMATOLOGIC CLINICS

Yu.G. Tarasova, V.Yu. Kuznetsova  
Izhevsk State Medical Academy (281 Kommunarov St. Izhevsk 426034 Russian Federation)

**Background.** One of the important problems in stomatology is introduction in practice of the objective criteria of the estimation of the treatment quality developed on the basis of the systematization of the modern tactics approaches to the treatment and unification of the optimum modes of the treatment-and-prophylactic care.

**Methods.** In the Udmurt Republic algorithms of diagnostics and treatment of inflammatory parodont diseases are developed and introduced in practice. The dynamics of clinical indicators by the results of the analysis of 370 medical cards (the form № 043/u) of the patients who underwent the treatment for chronic generalized parodontitis in municipal stomatologic clinics of different level was estimated. The dynamic evaluation of quality of life was done by the questionnaire OHIP-14-RU "Profile of influence of stomatologic health".

**Results.** The use of the algorithms at parodontitis treatment has allowed improving the index of oral cavity hygiene on the average on 57.2%, the papillary-marginal-alveolar index – on 85.9%, the bleeding index – on 95.5%. The most expressed clinical effect was reached at providing the specialized stomatologic care. In the clinics of the qualified stomatologic care the use of algorithms has allowed to improve the results of treatment of all parodontitis forms whereas in the specialized clinics the introduction of algorithms has allowed to improve clinical indicators only at moderate and severe parodontitis. In high-specialized medical institutions the introduction of algorithms has more essentially affected the results of treatment of the severe parodontitis.

**Conclusions.** The introduction in municipal clinics of the Udmurt Republic of algorithms of diagnostics and treatment, techniques and criteria of the estimation of efficiency of treatment at patients with parodont inflammatory diseases has allowed to systematize the volume of diagnostic and medical manipulations, to find the objective indicators of the parodontal care, to improve the quality of treatment of chronic generalized parodontitis and to raise the quality of life of patients.

**Keywords:** chronic generalized parodontitis, degree of quality of treatment, quality of life, the Udmurt Republic.

Pacific Medical Journal, 2014, No. 3, p. 82–86.

Одной из наиболее важных задач в стоматологии на современном этапе является внедрение в практику объективных критериев оценки качества лечения, разработанных на основе систематизации современных подходов к тактике ведения пациентов и унификации оптимальных режимов лечебно-профилактической помощи [1]. Экспертиза качества медицинской помощи предусматривает сопоставление со стандартами,

которые содержат набор и регламентируют объем диагностических и лечебных мероприятий при конкретных нозологических единицах [2, 3]. Использование подробных алгоритмов диагностики и лечения, разработанных с учетом уровня лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), его оснащенности и квалификации специалистов, позволяет определить гарантированный объем диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий для пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП), а также требования к срокам и результатам лечения [4]. Современный подход к оценке эффективности лечения различных заболеваний, в том числе и ВЗП, предусматривает врачебную оценку динамики клинических данных и экспертизу качества лечения, проводимую руководителями ЛПУ, а также учет мнения пациента о динамике его состояния, которое анализируется путем анкетирования [5, 6].

Цель исследования: разработка и внедрение в ЛПУ Удмуртской Республики алгоритмов диагностики и лечения пациентов с ВЗП, а также оценка качества лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) разной степени тяжести с применением критериев уровня качества лечения и стоматологических показателей качества жизни (КЖ).

**Материал и методы.** Были разработаны и внедрены в практику алгоритмы диагностики и лечения ВЗП, в которых в зависимости от категории ЛПУ последовательно рассмотрены этапы диагностических и лечебных мероприятий (рис.). Алгоритмы оформлены в виде методических указаний, в которых также определено количество посещений, кратность обследований и курсов поддерживающей терапии.

Оценка динамики клинических показателей проводилась по результатам анализа 370 медицинских карт стоматологических больных (форма № 043/у), прошедших курс лечения ХГП в муниципальных стоматологических ЛПУ разного уровня.

Пациенты условно были разделены на две группы: основную и сравнения. Основную группу составили 179 человек с ХГП, проходившие лечение в учреждениях, где были внедрены алгоритмы диагностики и лечения ВЗП; из них 54 проходили лечение в ЛПУ 1-го уровня (квалифицированная помощь), 64 – в ЛПУ 2-го уровня (специализированная помощь) и 61 – в ЛПУ 3-го уровня (высококвалифицированная помощь). В группу сравнения вошли пациенты в составе 191 человека, проходившие курс лечения ХГП в стоматологических поликлиниках г. Ижевска, где не были внедрены указанные алгоритмы:



Рис. Алгоритмы оказания лечебно-диагностической помощи пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта.

1-го уровня – 64, 2-го уровня – 65 и 3-го уровня – 62 пациента. До лечения клинические показатели в обеих группах достоверно не различались.

Динамическая оценка стоматологических показателей КЖ проводилась при анкетировании с помощью опросника ONIP-14-RU «Профиль влияния стоматологического здоровья» [7] и сопоставлении интегральных и пошкаловых индексов в двух точках отсчета – до и после лечения. Эффективность лечения оценивалась с помощью индекса Effect Size (величина клинического эффекта) и интерпретировалась по Cohen [8]: менее 0,2 балла – малозначимый эффект, 0,2–0,8 балла – умеренный эффект, более 0,8 балла – выраженный эффект. До лечения у пациентов обеих групп показатели КЖ существенно не различались.

Для экспертизы была разработана «Карта оценки качества лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта». В ней определены качественные показатели, на основании которых предложена методика расчета интегрального значения – уровня качества лечения, состоящего из различных блоков. Блок «оценка набора диагностических мероприятий» включал анализ трех параметров: жалоб, анамнеза и данных обследования. Второй блок – «оценка диагноза». Третий блок – «оценка набора лечебных мероприятий» – включал анализ четырех параметров: 1) выполнение гигиенических процедур, 2) выполнение лечебных процедур, 3) соблюдение количества посещений и кратности обследования, 4) поддерживающая терапия. Последний блок – «оценка конечного результата лечения». Таким образом, по всем блокам проводился анализ девяти параметров диагностики и лечения заболеваний пародонта.

Экспертиза качества лечения выполнялась ведущими отделений ЛПУ. Полученные данные

сопоставлялись с данными первичной экспертизы, проведенной в тех же учреждениях до внедрения алгоритмов. Для экспертной оценки было выбрано по десять медицинских карт стоматологического больного (форма № 043/у) на каждого врача-стоматолога, что составило 20 карт в учреждениях 1-го уровня, 20 карт – в учреждениях 2-го уровня и 60 карт – в учреждениях 3-го уровня. Расчет уровня качества лечения проводился с учетом оценки выполнения (согласно алгоритму) блоков диагностических и лечебных мероприятий. Оценка каждого параметра в блоке при наличии замечаний осуществлялась путем вычитания оценочного коэффициента из единицы. Уровень качества лечения (УКЛ) определялся отношением суммы полученных баллов по каждому блоку к числу оцениваемых параметров по формуле:

$$УКЛ = (ОНДМ + ОД + ОНЛМ + ОК) : 9,$$

где ОНДМ – оценка набора диагностических мероприятий, ОД – оценка диагноза, ОНЛМ – оценка набора лечебных мероприятий и ОК – оценка конечная (результата лечения).

Уровень качества лечения ВЗП оценивали по следующей шкале: 1,0–0,76 – хорошее, 0,75–0,55 – удовлетворительное, 0,54–0,25 – неудовлетворительное, менее 0,25 – плохое. Полученные данные обрабатывали методами вариационной статистики с вычислением средней арифметической и ее ошибки и сравнением групп на основе критерия Стьюдента.

**Результаты исследования.** Использование алгоритмов при лечении ХГП позволило улучшить индекс гигиены полости рта в среднем на 57,2% (с 2,78±0,05 до 1,19±0,03 балла), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс – на 85,9% (с 50,49±1,40 до 7,09±0,97%), индекс кровоточивости – на 95,5% (с 0,90±0,02 до

0,14±0,02 балла). После же курса лечения без использования алгоритмов индекс гигиены полости рта улучшился в среднем только на 34 % (с 2,82±0,05 до 1,86±0,05 балла), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс – на 67,8 % (с 53,55±1,23 до 17,24±1,13 %), а индекс кровоточивости – на 62 % (с 0,92±0,02 до 0,35±0,02 балла).

После лечения с применением алгоритмов в ЛПУ 3-го уровня, индексы папиллярно-маргинально-альвеолярный и кровоточивости снизились на 100 %, тогда как в ЛПУ 1-го и 2-го уровней – на 76–86 %.

Улучшение клинических показателей после лечения ХГП легкой степени в ЛПУ 1-го уровня в основной группе было значительнее, чем в группе сравнения, по индексу гигиены полости рта на 20 %, по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу – на 33 %, по индексу кровоточивости – на 43,4 %; при ХГП средней тяжести – на 37,5, 13,2 и 38,8 % и при тяжелом ХГП – на 20,9, 12,9 и 16,4 %, соответственно.

В ЛПУ 2-го уровня клинические показатели при ХГП средней степени тяжести после лечения отличались в лучшую сторону по индексу гигиены полости рта на 36 %, по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу – на 35,5 %, а по индексу кровоточивости – на 45 % от значений, полученных в группе сравнения, а после лечения тяжелого ХГП – на 27,8, 21,1 и 15,3 %, соответственно.

В ЛПУ 3-го уровня после курса лечения клинические индексы при тяжелой форме заболевания отличались в лучшую сторону от группы сравнения на 36,4 % по индексу гигиены полости рта, на 45 % – по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу и на 31,2 % – по индексу кровоточивости, тогда как при ХГП средней степени тяжести – на 17,8, 20,5 и 2,1 %, а при легком ХГП – лишь на 8,2, 11,3 и 11,4 %, соответственно.

Снижение интегрального показателя ОНП-14-RU после лечения ХГП в основной группе было более значимо, чем в группе сравнения, что объективизировало здесь ощущения улучшения КЖ на 11 % после лечения в ЛПУ 1-го уровня (группа сравнения – 6,6 %), на 19,4 % – после лечения в ЛПУ 2-го уровня (группа сравнения – 6,2 %) и на 13,7 % – после лечения в ЛПУ 3-го уровня (группа сравнения – 7,7 %).

По шкалам ОНП-14-RU «физический дискомфорт», «физические нарушения», «психологический дискомфорт» и «психологические расстройства» улучшение КЖ после лечения по алгоритмам в ЛПУ 1-го и 2-го уровней варьировал от 11 до 21 %, а в ЛПУ 3-го уровня – от 13 до 22 %. В группе сравнения данные показатели были в два раза ниже и составили по упомянутым шкалам в медучреждениях 1-го и 2-го уровней от 5 до 11 %, а в медучреждениях 3-го уровня – от 11 до 13 %.

По шкале «физический дискомфорт», пациентами, лечение которых проводилось с применением алгоритмов, в учреждениях 1-го уровня отмечено улучшение КЖ на 21,4 %, 2-го уровня – на 20,6 %, 3-го уровня – на 22,2 %, тогда как в группе сравнения – на 11, 9,8 и 13,2 %, соответственно. В основной группе по данной шкале

КЖ улучшилось при всех клинических формах ХГП: средней степени тяжести – на 24 %, тяжелом – на 18 % и при легком – на 16 %. В группе сравнения улучшение показателей КЖ по данной шкале оказалось менее значимо: при легком течении – на 12 %, при течении средней степени тяжести – на 10 % и при тяжелом – на 9 %.

Установлено, что наиболее выраженного клинического эффекта в основной группе удалось достичь в ЛПУ 3-го уровня (1,04 балла) по сравнению с медучреждениями 2-го (0,91 балла) и 1-го (0,83 балла) уровней. В группе сравнения выраженный клинический эффект был получен только в ЛПУ 3-го уровня (0,84 балла), в медучреждениях 1-го и 2-го уровней эта величина соответствовала умеренной клинической эффективности (0,45 и 0,41 балла, соответственно).

Зафиксированный в основной группе клинический эффект в ЛПУ 3-го уровня был максимальным и составил по ОНП-14-RU: 1,64 балла – при ХГП средней степени тяжести, 1,37 балла – при легком и 0,95 балла – при тяжелом ХГП, тогда как в ЛПУ 2-го уровня – 0,97, 1,00 и 0,80 балла, а 1-го уровня – 0,75, 0,94 и 0,85 балла, соответственно. В группе сравнения клинический эффект при всех формах ХГП в медучреждениях всех уровней укладывался в рамки умеренного: от 0,38 до 0,79 балла.

После внедрения алгоритмов повторная экспертиза показала улучшение уровня качества лечения в учреждениях квалифицированной стоматологической помощи на 72 %, а в ЛПУ специализированной помощи – на 92 %, что соответствовало удовлетворительному и хорошему результатам. В учреждениях высококвалифицированной стоматологической помощи уровень качества лечения вырос на 37 %, что соответствовало хорошему результату.

Сравнительная оценка качества диагностики и лечения ВЗП в ЛПУ разных уровней до и после внедрения алгоритмов продемонстрировала, что если ранее полный объем диагностических мероприятий не был проведен ни в одном учреждении, то после внедрения алгоритмов жалобы врачами выяснялись уже у всех пациентов, независимо от уровня медучреждения, а полный анамнез заболевания был собран у каждого второго пациента в ЛПУ 1-го (45 %) и 2-го (65 %) уровней и у всех пациентов в ЛПУ 3-го уровня, тогда как ранее этот показатель составлял только 5, 15 и 63 % в медучреждениях 1-го, 2-го и 3-го уровней, соответственно.

Полное клиническое обследование после внедрения в практику алгоритмов прошли уже у 80 % больных ХГП в ЛПУ 1-го уровня и 100 % больных – в ЛПУ 2-го и 3-го уровней. Кроме этого, в ЛПУ 3-го уровня каждому второму пациенту (47 %) было проведено не только клиническое, но и параклиническое обследование. Если ранее развернутый диагноз заболевания не был поставлен ни в одном случае, то после внедрения алгоритмов он имелся в 67 % медицинских карт в ЛПУ 1-го уровня, в 80 % карт – в ЛПУ 2-го и в 92 % карт – в ЛПУ 3-го уровня.

В учреждениях высококвалифицированной помощи после внедрения алгоритмов лечебные процедуры в полном объеме выполнялись 85 % пациентам с ВЗП (против 60 % ранее), а 15 % больных лечение было выполнено почти в полном объеме, за исключением некоторых упущений, не приведших к удлинению сроков и осложнениям. В ЛПУ квалифицированной и специализированной помощи (1-й и 2-й уровни) после внедрения алгоритмов лечебные мероприятия в полном объеме выполнялись уже у каждого второго пациента (55 и 60 %), тогда как ранее были проведены только в одном случае!

После внедрения алгоритмов количество посещений и кратность обследования соответствовали стандарту в ЛПУ 3-го уровня в 93 % случаев, в ЛПУ 2-го и 3-го уровней – в 65 и 55 % случаев, соответственно (против 63, 20 и 30 % ранее), а поддерживающее лечение назначалось 35 % пациентов в учреждениях 1-го уровня и 65 и 100 % пациентов – в ЛПУ 2-го и 3-го уровней. Законченные случаи лечения ВЗП зарегистрированы у 60, 65 и 100 % пациентов, соответственно уровню ЛПУ (против 40, 45 и 67 % ранее).

**Обсуждение полученных данных.** Сравнительный анализ показал выраженное улучшение всех клинических индексов у пациентов с ХГП в учреждениях, где были внедрены алгоритмы диагностики и лечения ВЗП. В ЛПУ 3-го уровня после курса лечения с применением алгоритмов удалось полностью устранить признаки воспаления в тканях пародонта, оцененные по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу и индексу кровоточивости, по сравнению с ЛПУ 1-го и 2-го уровней. Это можно объяснить тем, что в условиях высококвалифицированной помощи лечение пародонтологических больных включало более широкий спектр мероприятий, которые позволяли быстрее снять воспаление и добиться ремиссии заболевания. Кроме этого, данные ЛПУ достаточно хорошо оснащены, на прием одного пациента в них выделяется больше времени, и они имеют в своем штате врача-пародонтолога и хирурга, оперирующего на поврежденном пародонте.

В учреждениях квалифицированной стоматологической помощи (1-й уровень) применение алгоритмов позволило улучшить результаты лечения ХГП, тогда как в ЛПУ специализированной стоматологической помощи введение алгоритмов позволило повысить клинические показатели лишь при ХГП средней и тяжелой степени. В ЛПУ высококвалифицированной помощи введение алгоритмов существенно сказалось на результатах лечения тяжелого пародонтита.

Внедрение алгоритмов в различных ЛПУ Удмуртской Республики также позволило значительно улучшить результаты лечения ХГП, оцениваемые по показателям КЖ. Наиболее выраженный прогресс КЖ регистрировался по шкалам ОНП-14-RU, отвечающим за физические и психологические составляющие. Ощутимый вклад в улучшение КЖ пациентов, проходивших лечение в учреждениях всех трех уровней, внесли

составляющие шкалы «физический дискомфорт». Поскольку эта шкала оказалась наиболее чувствительной, мы применили ее для оценки динамики показателей КЖ после курса лечения ХГП в учреждениях разных уровней в зависимости от тяжести заболевания.

Обсуждая результаты данного исследования, можно сказать, что введение алгоритмов в стоматологических учреждениях позволило улучшить показатели КЖ по шкале «физический дискомфорт» при всех клинических формах ХГП, но наиболее выраженное улучшение выявлено у пациентов с ХГП средней степени тяжести, и в меньшей степени – при тяжелом и легком пародонтите. Это можно объяснить тем, что у лиц, страдавших ХГП средней степени тяжести, снижение КЖ по показателям физического дискомфорта (боль и затруднения при приеме пищи) было выражено сильнее, чем при легком пародонтите. В результате того, что большинство признаков воспаления исчезло или уменьшилось, эти пациенты чаще фиксировали изменения в ощущении КЖ, чем пациенты с легкой степенью заболевания. Поскольку у пациентов с тяжелым ХГП нельзя ожидать быстрого и полного восстановления всех тканей пародонта, то после лечения их ощущения в улучшении физических составляющих КЖ фиксировались в меньшей степени. В группе сравнения тоже наблюдалось улучшение показателей КЖ по шкале «физический дискомфорт» при всех формах ХГП, но данные изменения были выделены гораздо в меньшей степени.

Следует отметить, что после курса лечения ХГП с применением алгоритмов в ЛПУ всех уровней показатель клинического эффекта соответствовал максимально выраженной величине эффекта по Cohen ( $\geq 0,8$  балла), тогда как в группе сравнения в рамки выраженного клинического эффекта укладывались только показатели, полученные после лечения в ЛПУ 3-го уровня.

Результаты исследования показали, что внедрение алгоритмов лечения ХГП в ЛПУ 1-го и 2-го уровней позволило добиться максимального клинического эффекта при легком течении заболевания, тогда как в ЛПУ 3-го уровня – при ХГП средней степени тяжести. В группе сравнения эффект от лечения всех форм ХГП был умеренным.

Анализируя результаты повторной экспертизы качества лечения пародонтологических больных, следует заметить, что наибольшей эффективности по уровню качества лечения удалось достичь в ЛПУ 3-го уровня. Меньшая эффективность диагностических и лечебных мероприятий в учреждениях квалифицированной и специализированной помощи объясняется тем, что пародонтологическими больными в них занимаются стоматологи-терапевты в условиях общего приема, когда на одного пациента выделяется ограниченное время. А врачу необходимо также выполнять санацию полости рта с лечением кариеса зубов и его осложнений.

Таким образом, внедрение в муниципальные лечебно-профилактические учреждения Удмуртской

Республики алгоритмов диагностики и лечения, методик и критериев оценки эффективности лечения у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта позволило систематизировать объем диагностических и лечебных манипуляций, объективизировать показатели пародонтологической помощи, улучшить качество лечения хронического генерализованного пародонтита и повысить КЖ пациентов.

#### References:

1. Alimskiy A.V. Алимский А.В. Organizational aspects of periodontal dental care // Economics and Management in Dentistry. 2011. No. 3. P. 20–21.
2. Borovskiy E.V., Suvorov K.A. Standards in dentistry - it is reasonable // Dentistry. 2012. No. 4. P. 63–65.
3. Butova V.G., Bychkova V.I., Umarova K.V. Examination of quality of dental care // Dentistry Institution. 2011. No. 3. P. 14–16.
4. Grudyanov A.I., Aleksandrovskaia I.Yu. Planning of medical measures in periodont diseases. M.: MIA, 2010. P. 56.
5. On approval of the guidelines "Organizing and conducting a poll (survey) population of the satisfaction of the availability and quality of medical assistance in the implementation of the CMI": order FFCMI dated 29.05.2009. No. 118. M., 2009. P. 12.
6. On approval of the "Procedure for organizing and conducting monitoring of volumes, terms, conditions, and quality of health care provision for compulsory medical insurance": order FFCMI

dated 01.12.2010. No. 230. M., 2010. P. 12.

7. Tarasova Yu.G. The validity of the use of the Russian version of the questionnaire quality of life of OHIP-14-RU in patients with chronic generalized periodontitis in the Udmurt Republic // The doctor-graduate student. 2011. No. 24. P. 564–568.
8. Cohen L.K. Toward formulation of socio-dental indicators // Int. J. Health Services. 1976. Vol. 6, No. 3. P. 689–698.

Поступила в редакцию 20.01.2014.

#### Результаты внедрения в стоматологические учреждения критериев оценки эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта

Ю.Г. Тарасова, В.Ю. Кузнецова  
Ижевская государственная медицинская академия (426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281)

**Резюме.** Внедрение в муниципальные лечебно-профилактические учреждения Удмуртской Республики алгоритмов диагностики и лечения, методик и критериев оценки эффективности лечения у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта позволило систематизировать объем диагностических и лечебных манипуляций, объективизировать показатели пародонтологической помощи, улучшить качество лечения хронического генерализованного пародонтита и повысить качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** хронический генерализованный пародонтит, уровень качества лечения, качество жизни, Удмуртская Республика.

УДК 616.314-089.23:614.2(571.62)

## ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

А.В. Чабан

Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

**Ключевые слова:** концепция совершенствования организации ортодонтической помощи, стоматологические медицинские организации.

### THE ORGANIZATION OF THE STOMATOLOGIC ORTHODONTIC HELP TO THE POPULATION OF FAR EASTERN FEDERAL REGION

A.V. Chaban

Far Eastern State Medical University (35 Murav'yova-Amurskogo St. Khabarovsk 680000 Russian Federation)

**Summary.** The author suggests for discussion the concept of the organization of the orthodontic help to the population of the Far Eastern federal region which main goal is the increase of the efficiency of orthodontic services at rational use of resources of public health services. The basic priorities of the concept are the creation of organizational structure of the orthodontic help according to the levels of its providing, resource, technological and normative legal maintenance as well as the monitoring and efficiency audit.

**Keywords:** concept of perfection of the organization of the orthodontic help, stomatologic medical organizations.

Pacific Medical Journal, 2014, No. 3, p. 86–87.

Предлагаемая для обсуждения концепция совершенствования организации ортодонтической помощи населению содержит предпосылки, приоритеты, принципы,

Чабан Александр Владимирович – канд. мед. наук, доцент, главный врач стоматологической клиники ДВГМУ; e-mail: unistom@mail.fesmu.ru

цели, задачи и основные направления развития данного вида помощи в условиях Дальневосточного федерального округа.

Предпосылки совершенствования организации ортодонтической помощи населению в условиях ДВФО:

1. Высокий уровень распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций.
2. Недостаточная сеть и ресурсное обеспечение стоматологических медицинских организаций.
3. Слабое нормативное правовое обеспечение деятельности стоматологических медицинских организаций.

Основными приоритетами совершенствования организации ортодонтической помощи населению в условиях ДВФО являются:

1. Создание организационной структуры ортодонтической помощи населению в соответствии с уровнями ее оказания (территориально-участковый комплекс первичной стоматологической помощи, территориальная стоматологическая поликлиника, региональный