

## ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Л.В. Сухачева<sup>1</sup>, В.В. Мадьянова

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова*

*Проанализированы сведения о состоянии стоматологического здоровья детей на основании проводившихся в Российской Федерации исследований. Представлены данные по существующим программам стоматологической профилактики на федеральном и региональном уровне, а также по оригинальным «малым» программам, действующим вне рамок государственных программ. Показаны перспективы развития детской профилактической стоматологии и трудности, стоящие на пути решения задачи по ее организации.*

*Ключевые слова: стоматологическая профилактика, профилактика кариеса, организация стоматологической помощи, детская стоматология*

Высокая стоматологическая заболеваемость детского населения остается одной из актуальных проблем отечественного здравоохранения. Целенаправленное снижение стоматологической заболеваемости детского населения возможно путем реализации комплексной программы, включающей вопросы организации стоматологической помощи, профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний [1].

Существующая Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России, разработанная в соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., учитывает накопленный в России опыт профилактической работы и построена на основе рекомендаций ВОЗ по профилактике стоматологических заболеваний [2].

Программа по укреплению здоровья полости рта включена в План действий по профилактике

и борьбе с неинфекционными заболеваниями в европейском регионе ВОЗ на 2016—2025 гг. Борьба с болезнями полости рта требует доступных систем охраны здоровья полости рта, при этом необходимо ориентироваться на первичное звено медико-санитарной помощи и на меры профилактики, способные снизить риск заболеваний [3]. Осуществление данных мероприятий предусматривает совместную работу Министерства здравоохранения РФ, органов здравоохранения регионов и Министерства образования и науки РФ. Вместе с тем, конкретные результаты реализации этой программы до настоящего момента трудно признать окончательно удовлетворительными, что связано с рядом организационных и административных особенностей и отсутствием мультисекторального подхода к решению проблемы.

### **Структура детской стоматологической заболеваемости в РФ за период 1996—2008 гг.**

Анализ стоматологической заболеваемости у детей в различных регионах России, по данным эпидемиологического обследования населения,

<sup>1</sup> Сухачева Лилия Викторовна — ординатор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел 8-909-919-72-50; e-mail: Lilia7807@mail.ru.

проведенного в 1996—1998 г. в соответствии с приказом Минздрава России от 06.05.1996 г. № 181 показал, что 78% детей в возрасте 12 лет имеют пораженные кариесом постоянные зубы (интенсивность кариеса по индексу КПУ равна 2,91). В 15-летнем возрасте средняя распространенность кариеса достигает 88% (средняя величина КПУ — 4,37). Более половины 15-летних подростков имеют признаки поражения тканей пародонта.

Результаты второго национального эпидемиологического стоматологического обследования по критериям ВОЗ, проведенное в 2007—2008 гг., показали следующие данные, представленные в табл. 1—4.

Средние показатели распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний — кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта среди детского населения РФ в 2008 г. представлены в табл. 2—4.

Полученные результаты свидетельствуют, что распространенность кариеса зубов у детей остается высокой: кариес временных зубов выявлен у 84% 6-летних детей, кариозное поражение постоянных зубов регистрируется у 72% 12-летних детей. Признаки воспаления тканей пародонта выявлены более, чем у 40% 15-летних подростков.

Таблица 3  
Распространенность признаков поражения тканей пародонта (%)

Возраст, годы	Здоровый	Кровоточивость десен	Зубной камень	Карман 4—5 мм	Карман 6 мм и больше	Исключенные
12	66	23	11	0	0	0
15	59	22	19	0	0	0

Таблица 4  
Среднее количество секстантов с признаками поражения тканей пародонта

Возраст, годы	Секстанты					исключенные
	здоровые	с кровоточивостью десен	с зубным камнем	с пародонтальным карманом		
				4—5 мм	6 мм и больше	
12	4,86	0,90	0,24	0,00	0,00	0,00
15	4,58	0,92	0,50	0,00	0,00	0,00

донта выявлены более, чем у 40% 15-летних подростков.

Анализ динамики заболеваемости у детского населения продемонстрировал стабильность средних показателей интенсивности кариеса временных зубов у 6-летних детей за 10-летний период. У 12-, 15-летних — снизились на 13,7 и 12,8% соответственно. Так же у детского населения отмечается тенденция к снижению распространенности признаков поражения тканей пародонта. В возрастных группах 12 и 15 лет количество детей со здоровыми тканями пародонта стало соответственно на 14% и 16% больше, чем в 1998 г.

Динамика основных показателей стоматологического статуса за период с 1998—2008 гг. свидетельствует о некотором улучшении состояния твердых тканей постоянных зубов и тканей пародонта у детского населения. Это можно объяснить осуществлением в регионах программ профилактики стоматологических заболеваний [2].

Таблица 1  
Количество обследованного городского и сельского населения ключевых возрастных групп

Возраст, годы	Общее количество обследованных, абс.	Городское население		Сельское население	
		абс.	%	абс.	%
6	12 017	9568	79,6	2449	20,4
12	13 023	10 363	79,6	2660	20,4
15	12 231	9889	80,9	2342	19,1

Таблица 2  
Распространенность и интенсивность кариеса зубов в ключевых возрастных группах

Возраст, годы	Распространенность кариеса зубов, %	Интенсивность кариеса зубов			
		К	П	У	КПУ
Временные зубы					
6	84	2,94	1,48	0,36	4,78
Постоянные зубы					
6	13	0,20	0,10	0,00	0,30
12	72	1,17	1,30	0,04	2,51
15	82	1,57	2,15	0,09	3,81

Примечание. К — количество кариозных зубов; П — количество пломбированных зубов; У — количество удаленных зубов; Индекс КПУ — сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума.

### Реализация профилактических программ в общеобразовательных заведениях Российской Федерации

Основным форматом программ стоматологической профилактики были и остаются до настоящего момента программы в рамках средних общеобразовательных учреждений. Ниже приведен ряд примеров того, как реализуются на разных этапах меры профилактики.

В 1994 г. в России была разработана и успешно внедрена Школьная образовательная Программа профилактики стоматологических заболеваний. Планирование и реализация Программы осуществлялись на федеральном, региональном и учрежденческом уровнях. За 12 лет Программой охвачено около 7 млн первоклассников в 123 городах России и в ней приняли участие 6 тыс. стоматологов. 38 тыс. учителей в 14 тыс. школ. Клиническое изучение профилактической эффективности этой Программы за 2,5 года у 9-, 12-летних детей показало прекращение прироста кариеса на 57% на фоне контролируемой гигиены, которая осуществлялась в школах под контролем медперсонала.

Профилактическая программа «Ослепительная улыбка на всю жизнь» (санитарно-гигиеническое воспитание учеников 1—3 классов), проводившаяся во всех школах Волгограда с 1997 г. способствовала улучшению гигиены полости рта у 85,7% 9-летних детей, снижению распространенности воспалительных заболеваний пародонта в 1,7 раза, распространенности кариеса постоянных зубов в 1,4 раза, интенсивности кариеса, по КПУ, в 3,1 раза.

В Пскове на протяжении 10 лет внедрялась программа профилактики стоматологических заболеваний среди детей начальной школы с использованием фторидсодержащих полосканий для полости рта. Это привело к редукции прироста кариеса на 36%.

Профилактическая программа, разработанная на кафедре детской терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, начала реализовываться в 2006 г. в образовательных учреждениях Москвы. Через год после начала исполнения программы мотивация к проведению профилактических мероприятий с 39 до 72% увеличилось число школьников, которые осуществляют чистку зубов 2 раза в день.

Лечебно-профилактическая программа, реализованная в гимназии № 56 Санкт-Петербурга (2700 детей) с участием гигиенистов стоматологических в рамках благотворительного проекта, проводилась с 1999 г. Через 5 лет после реализации программы определено улучшение гигиенического состояния полости рта на 27,78% у 12-летних детей и на 52,17% у 17-летних. Интенсивность заболеваний пародонта снизилась на 40,85 и 68,47% соответственно. Интенсивность кариеса постоянных зубов на 57,6 и 32,40% со-

ответственно. Общее количество детей с осложненными формами кариеса уменьшилось на 82,32% [4].

В Москве — Центр профилактической стоматологии, при Стоматологической Ассоциации России при участии Московской торговой компании «ДЕНТЕКС» разработали и внедрили долгосрочную Программу Профилактики для детей на базе школы № 137 ЮАО Москвы в период 2004—2008 гг. Для реализации профилактических мероприятий было проанкетировано и с информированного согласия родителей обследовано 430 детей 6—17 лет учащиеся с 1 по 11 классы школы. На фоне постоянно проводимой профилактической работы и обучения детей гигиене полости рта под контролем медицинского персонала выявлено повышение уровня гигиены у детей 7—9 лет на 51,5%, 10—12 лет на 42,75%, 13—15 лет на 61,9% [5].

Организационные и профилактические мероприятия, предусмотренные региональными программами, наиболее эффективно проводятся в республиках Адыгея и Татарстан, а также в Самарской, Смоленской, Воронежской и Псковской областях. Следует признать, что негативными факторами во внедрении данных программ в большинстве других регионов страны являются необоснованные противодействия со стороны чиновников ряда региональных и муниципальных органов власти. Именно в их компетенции лежат права и обязанности за сохранение здоровья населения, и они определяют возможность выдачи разрешительных нормативно-правовых документов на проведение мероприятий по профилактике и снижению стоматологической заболеваемости [6].

Успешная реализация долгосрочных профилактических программ возможна лишь при предоставлении профилактической помощи детям на протяжении длительного времени, начиная с антенатального периода и продолжая до юношеского возраста [7]. Однако в целом программы стоматологической профилактики не имеют четкой организационной, правовой и финансовой основы, а на государственном уровне их регулирование является недостаточным. В будущем в стране необходимо разработать, утвердить и внедрить единую Программу профилактики стоматологических заболеваний с учетом особенностей России и ее регионов. В настоящее время наиболее важными и реальными разделами профилактики должны стать региональная, межре-

гиональные и местные программы стоматологической профилактики. Ведущую роль в них надо отвести коммунальным методам как наиболее эффективным и наименее зависимым от активности населения. Такие программы должны развивать регионы по мере создания экономических, политических и профессиональных возможностей для их разработки и претворения в жизнь. Реалистичными подходами для разработки и внедрения коммунальных методов должны быть политические и социальные аспекты работы с региональной властью, партиями, здравоохранением, населением, в которых бы ставились проблемы повышения стоматологического здоровья и снижения стоматологической заболеваемости населения [8].

**Роль школьного стоматологического кабинета, как ведущего звена в профилактике основных стоматологических заболеваний**

Одним из наиболее весомых звеньев профилактической стоматологической помощи является школьная стоматология. Это важнейший раздел детской стоматологии, направленный на сохранение и укрепление стоматологического здоровья детей дошкольного и школьного возрастов на основе диспансеризации. Школьная стоматология представляет собой систему организации стоматологической помощи детям в школах (в рамках первичной медико-санитарной помощи), преимущественно профилактического направления, на основе совместной работы учреждений здравоохранения и просвещения в целях оздоровления детей и профилактики осложненных форм заболеваний [4]. Присутствие стоматолога в школе имеет ряд преимуществ: постоянное длительное наблюдение за детьми, максимальная доступность, возможность работы с родителями и педагогами, проведение санитарно-просветительской работы. Развитие школьной стоматологии соответствует основным задачам, стоящим перед российским здравоохранением и обозначенным в национальном проекте «Здоровье» [4, 9]: развитие профилактической направленности здравоохранения, и первичной медико-санитарной помощи.

К сожалению, уровень подготовки специалистов и оснащение многих школьных стоматологических кабинетов не соответствует современным требованиям. Отсутствие эффективной системы администрирования и контроля качества работы

школьного врача-стоматолога, отсутствие внедрения программ профилактики стоматологических заболеваний на государственном уровне ведет к низкому уровню знаний у населения по гигиене полости рта, недостаточной мотивации к проведению профилактических мероприятий, и как следствие, к плохому стоматологическому здоровью.

**Влияние гигиениста стоматологического в работе школьного стоматологического кабинета**

Сегодня все усилия стоматологической общественности должны быть направлены на поиски возможностей для возобновления работы школьной стоматологии в новых условиях.

Важным событием в стоматологии стало появление в 2001 г. (приказа Минобразования России от 19 июня 2000 г. № 1809 и Минздрава России от 6 февраля 2001 г. № 33) специалиста «гигиенист стоматологический» [10]. В его обязанности входит проведение профилактической работы, что позволяет и расширить этот спектр деятельности, и освободить врача от не свойственных ему функций. Учитывая наибольшую эффективность профилактики именно в детском возрасте, он абсолютно необходим для детской стоматологии.

Во всех развитых странах мира профилактическая работа осуществляется силами специального персонала со средним медицинским образованием — гигиениста стоматологического. В странах, где осуществляются программы профилактики, стоматологическая заболеваемость снизилась в 2—4 раза, и дети в возрасте 12 лет имеют индекс КПУ, не превышающий 1,0—2,0 (табл. 5) [9, 11—14].

Таблица 5  
Средний индекс КПУ у 12-летних детей в странах Западной Европы (GODB, WHO, 12/95/2)

Страна	КПУ
Нидерланды	1,1
Финляндия	1,2
Дания	1,3
Англия	1,4
Швеция	1,5
Италия	1,8
Ирландия	1,9
Греция	1,9
Швейцария	2,0
Норвегия	2,1
Франция	2,1

Сегодня в России около 4000 квалифицированных специалистов-гигиенистов (1 гигиенист на 35 000 россиян). Для сравнения в США их около 150 000, и это количество растет. По общемировой статистике (ВОЗ) на каждые 3000 человек должно приходиться по одному гигиенисту стоматологическому. В Голландии соотношение составляет 1:7000, в Испании 1:9000, Швеции 1:3000, в США 1:1800. В Америке и Европе посещение гигиениста стоматологического — это норма, это забота о своем здоровье.

Введение в структуру школьной стоматологии гигиениста стоматологического даст возможность утвердить профилактическое направление в деятельности школьного стоматологического кабинета. Широкое привлечение специалистов среднего звена — гигиенистов стоматологических, позволит значительно снизить себестоимость реализации лечебно-профилактических программ; сокращение объема оказываемых лечебных мероприятий. Однако до сих пор гигиенисты стоматологические практически не привлекаются для работы в школах, не определены функциональные обязанности этих специалистов в реализации школьных лечебно-профилактических программ.

## ВЫВОДЫ

Единственным и доказанным методом снижения основных стоматологических заболеваний является профилактика.

Ни одна программа профилактики не может существовать без государственной поддержки.

Лишь одними усилиями врача-стоматолога невозможно добиться реализации программы по профилактике основных стоматологических заболеваний. Требуется межсекторальный подход (взаимодействие врачей-стоматологов и гигиенистов стоматологических, с руководством школ, с представителями системы здравоохранения и образования) позволит добиться существенных результатов в снижении заболеваемости основных стоматологических заболеваний.

Закрепить статус гигиениста стоматологического, как основного фигуранта в профилактическом направлении в общеобразовательных заведениях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 9.02.2004 г. № 2510/1094-04-32 «О типовой модели программы «Детская стоматология». URL: <http://rudoctor.net/medportal/eicos/ru20512.htm> (дата обращения: 02.04.2016).
2. Проект Федеральной государственной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России (Подготовлен в соответствии с решением совещательной рабочей группы Стоматологической Ассоциации России по разработке Федеральной государственной программы профилактики стоматологических заболеваний в России от 27.05.2010). URL: [http://www.e-stomatology.ru/star/work/2011/program\\_proflactic\\_project.doc](http://www.e-stomatology.ru/star/work/2011/program_proflactic_project.doc) (дата обращения: 02.04.2016).
3. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82134/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/) (дата обращения: 02.04.2016).
4. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. М. ГЭОТАР-Медиа, 2010.
5. Арамова О.Г., Шевченко С.С. Комплексная школьная программа профилактики стоматологических заболеваний «Цепростом» — ВОСО с участием гигиениста стоматологического // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. № 4. С. 63—67.
6. Шестаков В.Т., Янушевич О.О., Леонтьев В.К. Основные направления развития стоматологической службы России. Из-во «Медицинская книга», 2008.
7. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М.: Медицина, 1988.
8. Реформы в стоматологии. Интервью с Вице-Президентом СтАР В.К. Леонтьевым, 23 апреля 2013 г. // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2013. № 2 (40). URL: [http://www.e-stomatology.ru/prensa/periodika/ekonom\\_man/40/](http://www.e-stomatology.ru/prensa/periodika/ekonom_man/40/) (дата обращения: 15.03.2016).
9. Европейские цели стоматологического здоровья к 2020 г. (проект документа ВОЗ). URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> (дата обращения: 02.04.2016).
10. Приказ Минобразования России от 19.06.2000 № 1809 «О дополнении и изменении Классификатора специальностей среднего профессионального образования и закреплении специальностей за министерствами и ведомствами». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=291942> (дата обращения: 02.04.2016).
11. Шевченко С.С. Роль гигиениста стоматологического в реализации программ профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010.
12. Шевченко С.С. Будущее за профессиональной гигиеной // Вестник ассоциации гигиенистов стоматологических России «Стоматологический колледж». 2013. № 1. С. 2.
13. Приказ Минздрава России от 06.02.2001 № 33 «О введении специальности «Стоматология профилактическая». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=EXP&n=296204&req=doc> (дата обращения 02.04.2016).
14. Приказ Минздравмедпрома России от 06.05.1996 № 181 «О проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения Российской Федерации» (вместе с «Программой изучения интенсивности стоматологических заболеваний в Российской Федерации»). URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=301014> (дата обращения: 02.04.2016).