

На правах рукописи

ШЕВЧЕНКО СВЕТЛАНА СЕРГЕЕВНА

**РОЛЬ ГИГИЕНИСТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ
В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ**

14.01.14 - Стоматология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук



Москва – 2010

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Авраамова Ольга Георгиевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Леус Петр Андреевич

доктор медицинских наук, профессор

Кисельникова Лариса Петровна

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрава».

Защита состоится «19» мая 2010 г. в 10 час. на заседании Диссертационного совета Д.208.111.01. в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий» по адресу: 119991, г.Москва, ул.Тимура Фрунзе, д.16.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий» по адресу: 119991, г.Москва, ул.Тимура Фрунзе, д.16.

Автореферат разослан «16» апреля 2010 г.

Ученый секретарь

Диссертационного совета

Кандидат медицинских наук



И.Е. Гусева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Реализация комплекса мер, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, актуализировала вопросы развития профилактического направления в медицине в целом и в стоматологии в частности.

Доказано, что профилактика стоматологических заболеваний является одним из эффективных методов, позволяющим снизить уровень распространенности основных стоматологических заболеваний (Хамадеева А.М., 2000; Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н., 2006; Кузьмина Э.М., 2006; Леус П.А., 2008). Во всех развитых странах мира профилактическая работа осуществляется силами специального персонала со средним медицинским образованием – гигиениста стоматологического (Шевченко О.В., 2004). 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 (Axelsson P., 2004). Однако, в России с переходом на рыночные отношения реализация профилактических программ, полностью зависящих от государственного финансирования, оказалась невозможной (Клюева Л.П. и соавт., 2000; Морозова Н.В., 2002; Кузьмина Э.М., 2002; Маслак Е.Е. и соавт., 2004; Кисельникова Л.П., 2005; Кулаков А.А., Колесник А.Г., Шестаков В.Т. и соавт., 2006; Авраамова О.Г., 2008).

В России в 2001 г. была введена в номенклатуру медицинских специальностей новая специальность «Стоматология профилактическая» с квалификацией специалиста «гигиенист стоматологический». Местом работы гигиениста являются: стоматологические амбулаторно-поликлинические учреждения для детей и взрослых; стоматологические отделения и кабинеты лечебно-профилактических учреждений; учреждения социальной защиты населения и образования; санаторно-курортные учреждения (приказ МЗ РФ №33, 2001).

Максимально эффективной является работа гигиениста стоматологического в организованных детских коллективах, так как проводимые им групповые методы профилактики стоматологических заболеваний наиболее широко охватывают детское население.

Однако до настоящего времени конкретные функциональные обязанности для гигиениста стоматологического, работающего в организованных детских коллективах, и его взаимодействие с врачом-стоматологом не разработаны. Определены вероятная эффективность работы гигиениста, круг его обязанностей и ответственности в школьном стоматологическом кабинете (ШСК) (Кисельникова Л.П., Хоцевская И.А. и соавт., 2003; Западаева С.В., 2009).

Анализ доступных источников литературы и действительное положение организации стоматологической службы России в современных условиях показывают, что проблема внедрения и роль специальности гигиенист стоматологический в реализации профилактических программ в организованных детских коллективах актуальна и нуждается в разработке.

Цель исследования - обосновать функциональные обязанности гигиениста стоматологического как основного исполнителя при реализации программ профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах на основе клинической доказательности их эффективности.

Задачи исследования:

1. Определить роль гигиениста стоматологического в реализации профилактического направления стоматологической помощи в системе детских образовательных учреждений.
2. Оценить эффективность программ профилактики стоматологических заболеваний с участием гигиениста стоматологического, реализуемых в организованных детских коллективах.

3. На основе квалификационной характеристики специалиста «гигиенист стоматологический» определить его функциональные обязанности и возможный объём профилактической помощи при реализации программ профилактики в организованных детских коллективах.
4. Разработать таблицу материально-технического оснащения, учетно-отчетную документацию для школьных стоматологических кабинетов и медицинских кабинетов детских садов для реализации программ профилактики стоматологических заболеваний.
5. Разработать и внедрить образовательную программу профессиональной переподготовки зубных врачей и медицинских сестер по специальности «Стоматология профилактическая» для работы в организованных детских коллективах.

Научная новизна

Впервые установлена эффективность программы профилактики в школе с участием гигиениста стоматологического, при 5-летней реализации которой увеличивается частота здоровых 12-летних детей в 5 раз и редукция прироста кариеса достигает 75%.

Впервые установлено, что эффективная работа гигиениста стоматологического в программах профилактики стоматологических заболеваний в школе снижает распространенность дентофобии у школьников и распространенность вредных привычек, нарушений функций дыхания, глотания, жевания и речи у дошкольников в ДДУ.

Впервые определены функциональные обязанности гигиениста стоматологического при работе в организованных детских коллективах, которые приводят к снижению лечебной нагрузки врача-стоматолога.

Впервые предложена и внедрена программа профессиональной переподготовки зубных врачей и медицинских сестер по специальности «Стоматология профилактическая» для работы в организованных детских коллективах.

Научные положения, выносимые на защиту:

1. По данным обследования детей дошкольного и школьного возраста распространенность кариеса составляет 50-90%, которая сопровождается удовлетворительной гигиеной полости рта, активно действующими факторами развития заболеваний (вредные привычки, нарушение функций дыхания, глотания, жевания и речи), что свидетельствует о необходимости широкого внедрения программ профилактики с участием гигиениста стоматологического в систему оказания стоматологической помощи детям в организованных детских коллективах.
2. Введение гигиениста стоматологического главным исполнителем программы профилактики в школе свидетельствует об эффективности программы, что подтверждается 75% редукцией прироста кариеса и увеличением в 5 раз (с 10 до 47,22%) числа здоровых 12-летних детей (с интактными зубами).
3. Реализация программы профилактики в ДДУ приводит к формированию знаний и умений по уходу за полостью рта у 95% детей, устранению вредных привычек, нормализации функций глотания, жевания и дыхания в 90% случаев в течение 1 года, что подтверждает эффективность работы гигиениста по контролю факторов риска стоматологических заболеваний у детей.

Практическая значимость

Впервые определены функциональные обязанности гигиениста стоматологического как основного исполнителя программ профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах в соответствии с клинически доказанной их эффективностью.

Впервые разработан табель оснащения ШСК в зависимости от вида и объема оказываемой профилактической стоматологической помощи, представленный на утверждение в Минздравсоцразвития России.

Полученные данные могут быть использованы для разработки и реализации программ профилактики стоматологических заболеваний в детских дошкольных учреждениях и школах.

Рекомендованная программа профессиональной переподготовки зубных врачей и медицинских сестер по специальности «Стоматология профилактическая» для работы в организованных детских коллективах может быть использована в образовательных учреждениях, занимающихся обучением гигиенистов стоматологических.

Апробация диссертации

Материалы диссертации доложены и обсуждены: на Международной конференции «Профессиональное образование гигиениста стоматологического и его медико-социальная роль» (Москва, 2007); на XX Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология XXI века», на симпозиуме «Организация стоматологической помощи детям в образовательных учреждениях» (Москва, 2008); на III Съезде гигиенистов стоматологических России (Новосибирск, 2008); на Российской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии. Медико-социальная роль гигиениста стоматологического в обществе» (Челябинск, 2008); на Уральской региональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактической стоматологии. Гигиенист стоматологический» (Челябинск, 2009); на Международной научно-практической конференции «Приоритеты реализации программы профилактики стоматологических заболеваний у детей» (Алматы, 2009); на XI ежегодном форуме «Стоматология 2009» (Москва, 2009).

Апробация диссертации проведена 16 марта 2010 г. на совместном заседании сотрудников отделов детской и терапевтической стоматологии, научно-организационного отдела и отдела профилактики стоматологических заболеваний ФГУ «ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологий».

Внедрение результатов исследования

Предложенные модели программ профилактики внедрены в ШСК в ГОУ СОШ №137 (г.Москва), в ДДУ №1825 ЦАО (г.Москва), в Ханты-Мансийском автономном округе Югры в «Программе профилактики стоматологических заболеваний в деятельности образовательных учреждений» в рамках реализации мероприятий программы ХМАО–Югры на 2008-2010 гг. подпрограммы «Сокращение смертности и рост продолжительности жизни населения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры». Разработанная программа профессиональной переподготовки зубных врачей и медицинских сестер по специальности «Стоматология профилактическая» внедрена в НОУ-ОЦ «Стоматологический колледж №1» (г.Москва).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, в том числе 1 в центральной печати.

Объем и структура диссертации

Диссертация представлена на 130 стр. машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, 1 главы результатов исследования, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, приложений и списка литературы, включающего 140 источников: 110 отечественных и 30 иностранных авторов. Работа содержит 23 таблиц и 19 рисунков.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели было проведено исследование, состоящее из разработки и внедрения 2 программ профилактики стоматологических заболеваний у детей с участием гигиениста стоматологического для разных форм организованных детских коллективов.

Программа профилактики (ПП1) в ГОУ СОШ №137 г.Москвы реализовывалась в течение 5 лет и программа профилактики (ПП2) в ДДУ №1825 г.Москвы проводилась в течение 1 года. Программами профилактики в организованных детских коллективах было охвачено 608 детей, из них 540 школьников 7-17 лет и 68 дошкольников 3-6 лет. Включение пациентов в исследование проводилось на основе информированного добровольного согласия, подписанного родителями. К реализации ПП1 и ПП2 были привлечены специалисты стоматологического профиля (врач-стоматолог, гигиенист стоматологический, медицинская сестра), а также внештатные участники – педагоги, воспитатели и родители.

Для исследования были выделены группы наблюдения (рис. 1). В ПП1 группа 1 состояла из учеников школы - 257 чел., в ПП2 группа 2 состояла из дошкольников - 68 человек.

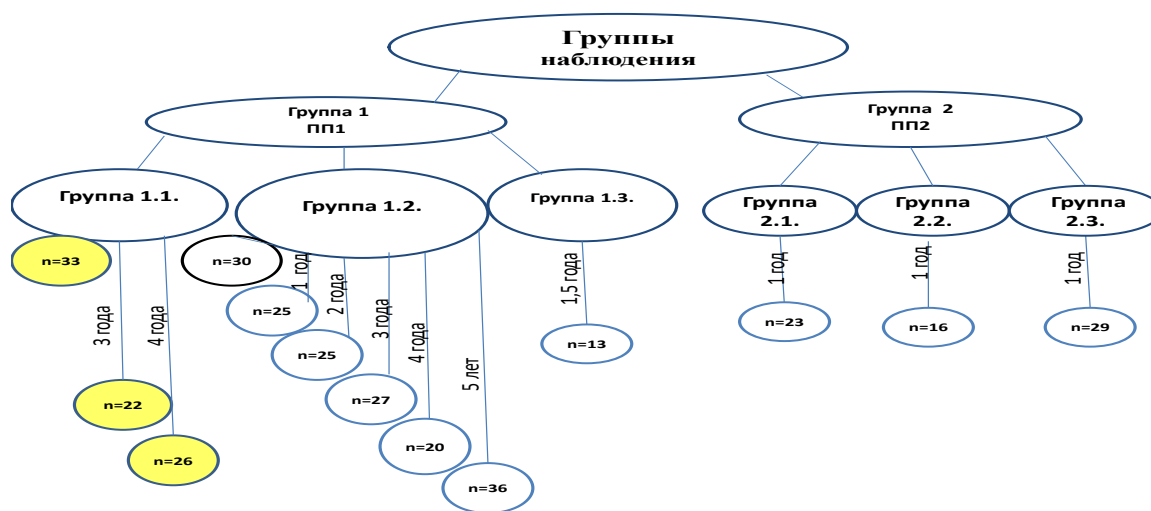


Рис. 1. Распределение детей по группам наблюдения в ПП1 и ПП2.

Для оценки эффективности ПП1 в группе 1 были выделены подгруппы, в зависимости от возраста на различных этапах реализации программы: подгруппа 1.1. - школьники 7 лет (81 чел.); подгруппа 1.2. – школьники 12 лет (163 чел.). Подгруппа 1.1. состояла из 7-летних детей, поступивших в школу: до начала программы (2004 г.) – 33 чел., через 3 года (2007 г.) – 22 чел., через 4 года (2008 г.) – 26 чел. Подгруппа 1.2. состояла из

12-летних детей, принимавших различное время участия в программе: до программы – 30 чел., 1 год участия – 25 чел., 2 года участия – 25 чел., 3 года участия – 27 чел., 4 года участия – 20 чел., 5 лет участия - 36 чел.

Для оценки действия профилактических мероприятий на твердые ткани зуба была выделена подгруппа 1.3., состоящая из 10-летних детей с очаговой деминерализацией (13 чел.).

Для оценки эффективности ПП2 в группе 2 были выделены 3 подгруппы: подгруппа 2.1. - младший дошкольный возраст 3–4 года (23 чел.), подгруппа 2.2. - средний дошкольный возраст 4–5 лет (16 чел.) и подгруппа 2.3. - старший дошкольный возраст 5–6 лет (29 чел.).

Для изучения привычек по гигиеническому уходу за полостью рта детей дошкольного возраста, а также уровня гигиенических знаний родителей проводилось анкетирование родителей - 68 чел.

В качестве контроля использовались исходные показатели обследования детей до начала программ.

ПП1 состояла из образовательного и медицинского компонентов. Образовательный компонент программы (стоматологическое просвещение и санитарно-гигиеническое воспитание школьников) осуществлялся на основании принципов педагогики с учетом психо-соматического развития детей: для 1 классов (7 лет) – 6 уроков в год; для 2-3 классов (8-9 лет) – 4 урока в год; для 4–7 классов (10-13 лет) - 3 урока в год, для 8-11 классов (14-17 лет) – 2 урока в год.

Медицинский компонент ПП1 состоял из следующих профилактических мероприятий: контролируемой чистки зубов с предварительной гигиеной носа (1-3 классы - ежемесячно; 4-11 классы – 2 раза в год); профессиональной гигиены полости рта и покрытия зубов фторидсодержащим лаком - 2 раза в год; герметизации фиссур первых и вторых постоянных моляров по показаниям (1-7 классы) - сразу после прорезывания зубов; подбора средств гигиены – 1 раз в год. Врач-стоматолог

проводил лечебные мероприятия: инвазивная герметизация фиссур, лечение кариеса зубов - по плану работы; оказание неотложной стоматологической помощи - по обращаемости. Проведение профилактических мероприятий в ПП1 проводилось гигиенистом стоматологическим по разработанному врачом-стоматологом плану для всех возрастных групп.

Для медицинской части программы ПП1 был разработан табель оснащения ШСК. Для профилактических мероприятий использовались современные стоматологические материалы фирмы VOKO (Германия): полировочный гель «Клинт», фторидсодержащий лак «Бифлюорид 12», фторидсодержащий гель «Профлюоридин», герметики для фиссур «Фиссурит» и «Фиссурит Ф», для лечения кариеса - стеклоиономерный цемент «Ионофил моляр», компомер «Твинки Стар». Для диагностики состояния твердых тканей зубов применяли аппарат для электрометрии «ДентЭст» (фирма Геософт, Россия).

Всем детям ПП1 проводилось клиническое обследование с определением состояния твердых тканей зубов, интенсивности кариеса (КПУ, кп), распространенности кариеса, уровня гигиены с определением упрощенного индекса гигиены ИГР-У (ОНИ-S, Green J.C., Vermillion J.K., 1964), пародонтального индекса (СРІ), распространенности заболеваний пародонта. Определяли частоту здоровых детей (с интактными зубами) в группах. При осмотре и сборе анамнеза у детей определяли уровень и распространенность дентофобии в группах с использованием критериев оценки по А.В.Севбитову и И.М.Макеевой (2009). Эффективность ПП1 оценивали по динамике показателей при обследовании на различных этапах программы, проводя сравнения с контрольными показателями и по редукции прироста кариеса зубов.

В подгруппе 10-летних детей с очаговой деминерализацией определяли состояние твердых тканей зубов методами электрометрии эмали (Леонтьев В.К., Иванова Г.Г., Жорова Т.Н., 1998) и проведения пробы на нарушение

проницаемости эмали с метиленовым синим (Боровский Е.В., Аксамит Л.А., 1978). Эффективность определяли для индивидуумов (13 чел.) и для количества наблюдаемых пятен (17 шт.) по динамике электропроводности, а также проницаемости эмали в очагах деминерализации эмали у детей 1 раз в 6 мес на фоне обработки фторидсодержащим лаком 2 раза в год в течение 1,5 лет.

ПП2 для дошкольников состояла только из образовательного компонента, включающего для подгрупп 2.1, 2.2 и 2.3 обучение детей, воспитателей, родителей основным правилам по уходу за полостью рта и носом, информирование о вредных привычках. В подгруппе 2.1. дополнительно проводили миогимнастику и мероприятия по устранению вредных привычек, нормализации функций дыхания, глотания, жевания, речи.

В ПП2 всем детям было проведено клиническое обследование по определению вредных привычек (сосание пальца или пустышки, прикусывание нижней губы, положение языка между зубами), определение нарушений функций (дыхание, глотание, жевание, речь), состояние твердых тканей зубов с определением интенсивности (кп) и распространенности кариеса, гигиенического индекса Федорова-Володкиной (ГИ). Эффективность ПП2 при участии гигиениста стоматологического определялась по динамике интенсивности кариеса, ГИ Федорова-Володкиной, снижению распространенности вредных привычек, нормализации функций у детей и по результатам анкетирования родителей до и после программы через 1 год. Медицинский компонент программы не разрабатывался ввиду отсутствия стоматологического кабинета.

Критериями формирования функциональных обязанностей специалистов в ПП1 и ПП2 стали оценки работы стоматологической команды по эффективности, согласованности, последовательности и

профилактической направленности действий врача-стоматолога, гигиениста стоматологического, медицинской сестры и внештатных сотрудников.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MS Excel».

Результаты собственных исследований и их обсуждение

При разработке программ профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах руководствовались принципами современной профилактической стоматологии и возможностью участия гигиениста стоматологического как основного исполнителя программы под руководством врача-стоматолога.

Оказание лечебно-профилактической помощи в ПП1 имело своей целью повышение уровня знаний и умений учеников по уходу за полостью рта, снижение заболеваемости основными стоматологическими заболеваниями, увеличение количества здоровых детей, уменьшение объема лечебных манипуляций, проводимых в ШСК при постоянной реализации программы, что подтвердилось результатами исследования.

Взаимодействие врача-стоматолога, гигиениста стоматологического и медсестры, работающих в школе на протяжении 5-лет в различных вариантах формирования стоматологической команды, в результате позволило определить конкретные функциональные обязанности ее членов и время занятости. В ПП1 функциональными обязанностями врача-стоматолога стали следующие мероприятия: проведение ситуационного анализа, включая осмотры детей; разработка, руководство, мониторинг программы; проведение инвазивной герметизации фиссур; лечение кариеса; оказание неотложной стоматологической и первой медицинской помощи.

Функциональные обязанности гигиениста стоматологического при работе в ШСК включали следующие мероприятия: проведение осмотров детей; ведение учетно-отчетной документации; расчет количества

необходимых средств для реализации программы профилактики: санитарно-просветительных материалов, медикаментов, средств гигиены полости рта; проведение санитарно-просветительской работы с детьми, родителями и педагогами; проведение контролируемой чистки зубов (с предварительной гигиеной носа); индивидуальный подбор средств гигиены; определение и контроль факторов риска стоматологических заболеваний; проведение профессиональной гигиены полости рта; покрытие зубов фторидсодержащими лаками, гелями; полоскание рта реминерализующими или фторидсодержащими растворами; проведение неинвазивной герметизации фиссур постоянных зубов; выполнение обязанностей медсестры стоматологического кабинета*; взаимодействие с медицинским персоналом школы, врачами-педиатрами участковыми и врачами-специалистами учреждений здравоохранения, а также администрацией школы; мониторинг программы, информирование врача об изменениях; оказание неотложной медицинской доврачебной помощи повышение своей квалификации по специальности и прохождение усовершенствования по вопросам медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях.

При наличии ставки медицинской сестры в формировании стоматологической команды ШСК в ее функциональные обязанности входили стандартные мероприятия. В результате был выработан определенный подход к динамике и последовательности работы специалистов. Введение гигиениста в стоматологическую команду врача-стоматолога и медсестры ШСК привело к уменьшению врачебной занятости через 5 лет программы в 16 раз (табл. 1).

В условиях работы при ограничении количества персонала* объем и скорость реализуемых профилактических мероприятий снижалась на 30%, что уменьшало эффективность программы профилактики, так как гигиенист выполнял обязанности медицинской сестры при работе с врачом.

* в условиях отсутствия должности медсестры

Таблица 1

Занятость медицинского персонала в течение 1 мес в ШСК в зависимости от длительности реализации программы профилактики

Этап реализации программы профилактики в школе	Врач-стоматолог (рабочие смены)	Гигиенист стоматологический (рабочие смены)		Медсестра (рабочие смены)
		Образовательный компонент программы	Медицинский компонент программы	
1-й год	8	6-8	14-12	20
2-й год	4	4	16	20
3-й год	2	3	17	20
4-й год	2	3	17	20
5-й год	1	3	17	20
Коррекция программы по итогам эпидобследования				
6-й год	0,5	3	17	20

При работе только врача-стоматолога в ШСК в стандартном режиме санации по участковому принципу (4 смены в месяц), его занятость составила 20% времени в месяц, из которых 15% занимала лечебная работа и 5% - профилактические мероприятия, в результате этого невыполненная профилактическая работа составила 80% (рис. 2).

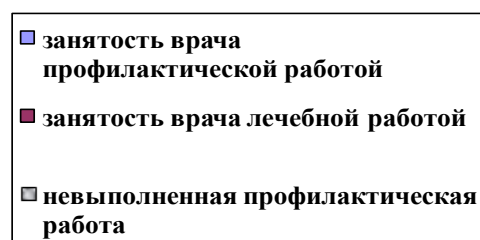
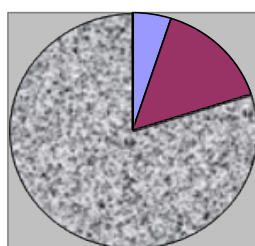


Рис. 2. Занятость врача-стоматолога при отсутствии ставок гигиениста и медсестры.

Обследование в группе 1.1. 7-летних детей, поступивших в первый класс до начала программы и в последующие годы реализации ПП1, выявило примерно одинаковый уровень стоматологического здоровья, т.е. интенсивность кариеса по индексу КПУ составила $0,8 \pm 0,17$, интенсивность кариеса временных зубов (кп) составила от $2,95 \pm 0,53$ до $3,52 \pm 0,41$ при

распространенности 75,8%. Показатель индекса гигиены (ИГР-У) в среднем составил менее 1.

Обследование детей подгруппы 1.2., достигших 12-летнего возраста до программы и на этапах ее реализации через 1 год, 2 года, 3 года, 4 года и 5 лет продемонстрировало положительную динамику показателей интенсивности кариеса (индекс КПУ), а также его компонентов К, П и У. Так до начала программы у 12-летних детей интенсивность кариеса по индексу КПУ составила $3,47 \pm 0,45$, что соответствует среднему уровню интенсивности кариеса (ВОЗ, 1997). Через 1 год проведения программы индекс КПУ составил $2,84 \pm 0,47$ (средний уровень), через 2 года – $1,96 \pm 0,86$ (низкий уровень), через 3 года - $1,74 \pm 0,45$ (низкий уровень), через 4 года – $2,35 \pm 0,45$ (низкий уровень), через 5 лет - $1,27 \pm 0,25$ (низкий уровень), что подтверждает эффективность лечебно-профилактических мероприятий ППП. Уменьшение индекса гигиены ИГР-У произошло за 5 лет в 2,4 раза (с $0,87 \pm 0,10$ до $0,37 \pm 0,09$), что показывает эффективность образовательного компонента программы. Редукция прироста кариеса через 1 год составила 28,2%, через 2 года – 40,8%, через 3 года - 64,8%, через 4 года – 34%, а через 5 лет - 75% (рис. 3).

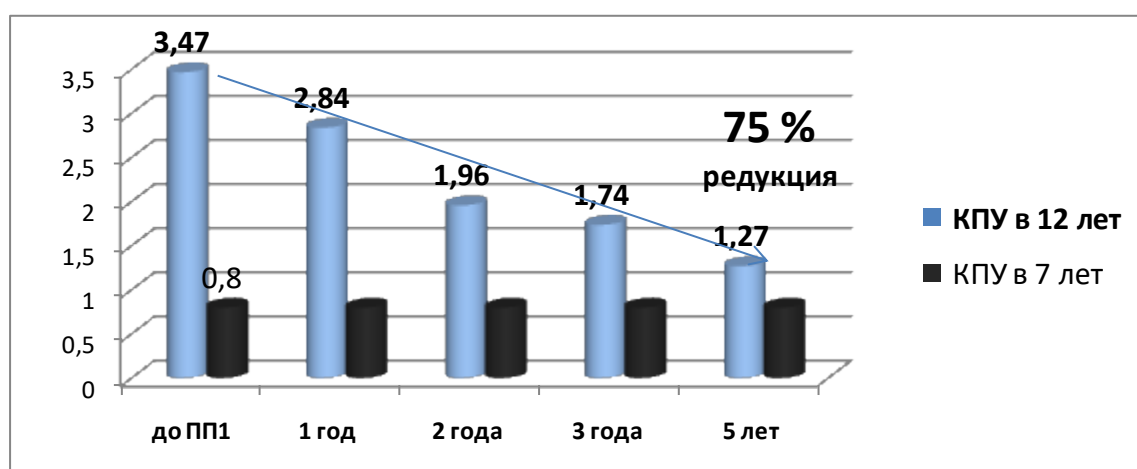


Рис. 3. Динамика интенсивности кариеса и редукция прироста кариеса у 12-летних детей в зависимости от длительности участия в программе профилактики.

Анализ индекса КПУ по его составляющим показал значительное снижение и изменение долей компонентов К и П в структуре индекса у 12-летних детей в зависимости от длительности участия в программе ПП1. Положительная динамика компонента К за 5 лет, т.е. его снижение в 3,8 раза (от $2,14 \pm 0,35$ до $0,56 \pm 0,15$) демонстрирует высокую эффективность профилактических мероприятий, проводимых гигиенистом стоматологическим. Снижение значений П в 1,8 раза (от $1,33 \pm 0,33$ до $0,72 \pm 0,17$) демонстрирует снижение потребности в лечебных мероприятиях, значение показателя У в структуре КПУ до программы, через 1 год, через 2 года, через 3 года и через 5 лет равно 0, только через 4 года - $0,05 \pm 0,05$ (рис. 4).

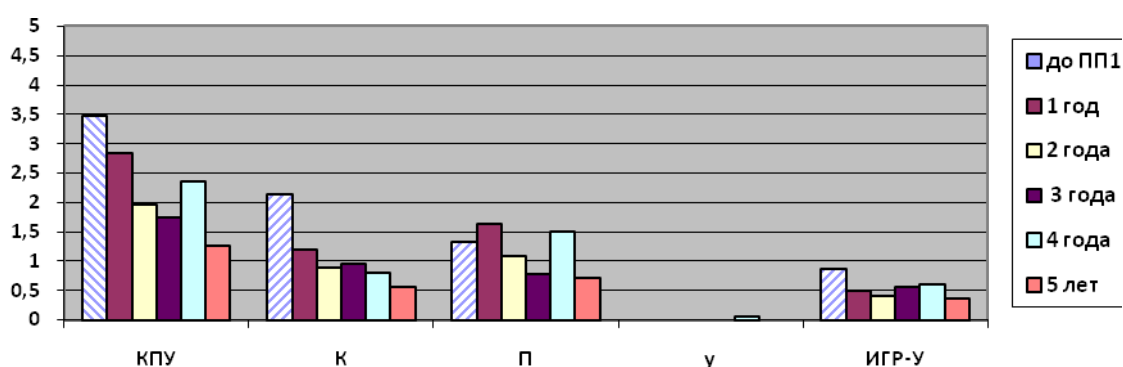


Рис.4. Динамика показателей индекса КПУ, компонентов К, П, У и индекса гигиены ИГР-У среди 12-летних детей в зависимости от длительности участия в программе ПП1.

Анализ частоты здоровых (с интактными зубами) 7-летних детей выявил, что до начала ПП1 частота таковых составляла 24% и при поступлении в школу на различных этапах программы была: через 3 года – 23%, через 4 года - 27%. Это показало примерно одинаковую частоту здоровых детей (с интактными зубами) при поступлении в школу. Среди 12-летних учеников до начала реализации программы был выявлен очень низкий процент здоровых детей (10%). При анализе динамики частоты здоровых 12-летних детей на этапах реализации программы произошло увеличение частоты здоровых детей с интактными зубами за 1 год участия в

программе в 1,6 раз (с 10 до 16%), за 2 года – в 2 раза (с 10 до 20%), за 3 года – в 5,2 раза (с 10 до 51,85%), за 4 года – в 4,5 раза (с 10 до 45%) и за 5 лет в 4,7 раза (с 10 до 47,22%).

Изменение количества здоровых детей (с интактными зубами), участвующих в программе, влияет на загруженность врача-стоматолога лечебной работой. Нуждаемость в лечебных мероприятиях через 5 лет снижается в 5 раз. Это подтверждает роль гигиениста, как главного исполнителя программы профилактики и необходимость переориентации работы ШСК на профилактическое направление при оказании стоматологической помощи детям. Реализация программы проходила с использованием оборудования и материалов, описанных в таблице оснащения ШСК, составленном для переориентации работы на профилактическое направление.

При проведении программы у детей 12-летнего возраста менялась интенсивность кариеса. Через 5 лет при обследовании вообще не было выявлено детей с очень высоким уровнем кариеса (КПУ более 6,6) (рис. 5).

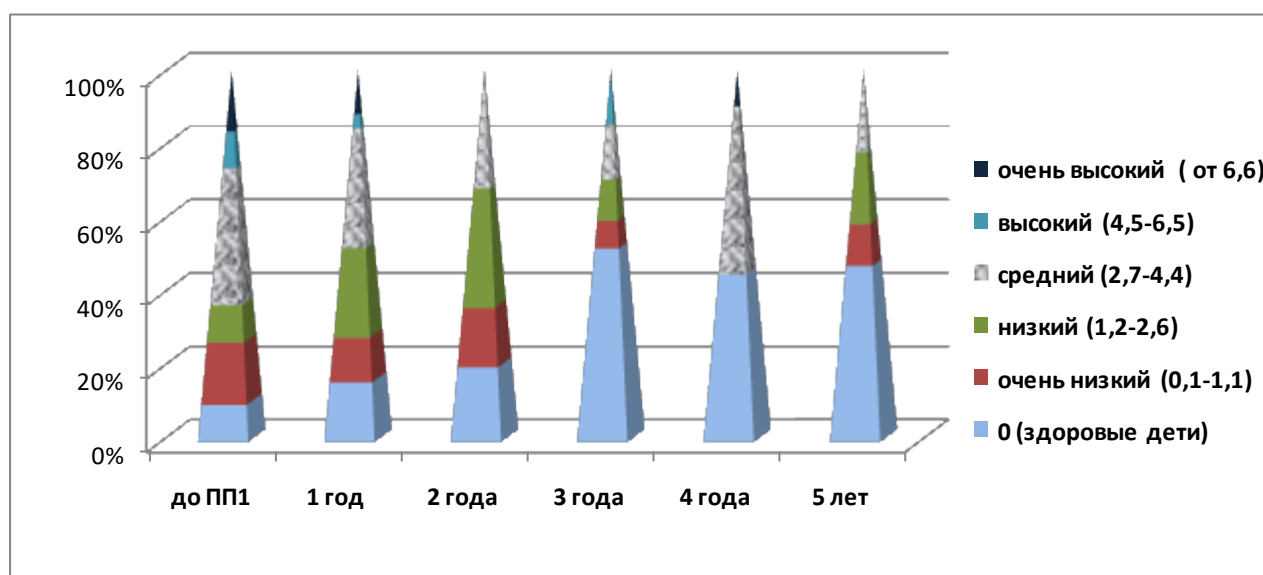


Рис. 5. Распределение по уровням интенсивности кариеса зубов и частота здоровых детей в группах 12-летних детей при разной длительности участия в программе профилактики в школе.

По данным анализа индекса СРІ выявлено, что частота 12-летних детей со здоровым пародонтом до начала программы составляла 52%. При реализации ПП1 частота 12-летних детей со здоровым пародонтом увеличилась через 1 год на 20% (с 52 до 72%) и на 44% (с 52 до 96%) через 2 года.

Оценка эффективности профилактических мероприятий на очаги деминерализации эмали, которую проводили по динамике электропроводности и проницаемости эмали в очагах деминерализации у детей 10-11 лет до программы профилактики, показала, что все пятна обладали выраженным нарушением электропроводности со значением $2,01 \pm 0,28$ мкА и повышением проницаемости - до $4,81 \pm 0,6$. Однако проведенные через 6 мес, 1 год и 1,5 года наблюдения показали общую тенденцию нормализации электропроводности. Через 1,5 года она снизилась практически в 1,8 раза (с $2,01 \pm 0,18$ до $1,13 \pm 0,15$ мкА). Изменения проницаемости эмали произошли в положительную сторону в 1,5 раза (с $4,81 \pm 0,61$ до $3,15 \pm 0,43$), что подтверждает эффективность профилактических мероприятий для детей с начальной стадией кариеса.

До начала проведения программы определяли дентофобию у 12-летних детей, распространенность которой составила 60%. По результатам проведения программы с участием гигиениста стоматологического через 1, 2, 3, 4 и 5 лет происходила нормализация психологического состояния детей в отношении к стоматологическому вмешательству и у 100% детей дентофобия отсутствовала. Это снижает фактор стресса для ребенка при нахождении в школе. Эти результаты ярко иллюстрируют роль гигиениста в формировании психологического восприятия детей при стоматологическом вмешательстве и устранении дентофобии у детей, полученной ранее.

Социальная эффективность определялась, прежде всего, сохранением здоровья полости рта и снижением стоматологической заболеваемости у

детей. Происходило влияние на формирование полноценного здоровья детей, улучшающее качество жизни детей и их потенциальные возможности.

Программа профилактики стоматологических заболеваний у детей в ДДУ проводилась гигиенистом стоматологическим, чья роль и функциональные обязанности определились опытным путем при исследовании. Результатом ПП2 в детском саду стало достижение взаимодействия между стоматологическим персоналом, педагогами и родителями, распространение знаний среди родителей и воспитателей по уходу за полостью рта детей, о вредных привычках детей и их последствиях, оздоровление детей путем исключения вредных привычек и нормализации функций дыхания, глотания, жевания, речи.

Отличие ПП2 от ПП1 было в том, что ПП2 содержала только образовательный компонент. Функциональными обязанностями врача-стоматолога стали следующие мероприятия: проведение ситуационного анализа, включая осмотры детей; разработка, руководство, мониторинг программы; консультирование родителей; оказание первой неотложной медицинской помощи. Функциональные обязанности *гигиениста стоматологического* при работе в ПП2 включили следующие мероприятия: проведение осмотров детей; определение и контроль факторов риска стоматологических заболеваний; ведение учетно-отчетной документации; проведение санитарно-просветительской работы с детьми, родителями и педагогами; обучение воспитателей принципам миогимнастики для детей, гигиены носа и полоскания рта водой после еды; контроль занятий по миогимнастике; проведение контролируемой чистки зубов (с предварительной гигиеной носа); индивидуальный подбор средств гигиены; контроль назначений врача; мониторинг программы, информирование врача об изменениях; взаимодействие с медицинским персоналом, врачами-педиатрами участковыми и врачами-специалистами учреждений

здравоохранения, а также администрацией ДДУ; оказание неотложной медицинской доврачебной помощи (табл. 2).

Таблица 2
Структура программы профилактики стоматологических заболеваний в ДДУ

№	Мероприятие	Частота проведения за 1 год	Ответственное лицо
1	Проведение собрания с педагогическим коллективом	4	Врач, гигиенист
2	Проведение гигиенического обучения воспитателей	2	Гигиенист
3	Предварительный осмотр детей во время завтрака, обеда, ужина, сна	2	Гигиенист, воспитатель
4	Осмотр каждого ребенка группы с заполнением карты	2	Врач, гигиенист
5	Индивидуальный подбор средств гигиены и рекомендации	2	Гигиенист
6	Проведение санпросвет работы с родителями, информирование для согласия на участие детей	4	Гигиенист
7	Индивидуальная беседа с родителями по проведенному осмотру и назначениям	4	Гигиенист
8	Оформление уголка гигиены для родителей, обновление информации	9	Гигиенист
9	Проведение обучения воспитателей миогимнастике для детей	2	Гигиенист
10	Проведение уроков гигиены, миогимнастики с детьми (первый урок, закрепляющий, контрольный)	4	Гигиенист
11	Проведение миогимнастики с детьми, контроль вредных привычек	Ежедневно 3 месяца	Воспитатель
12	Контроль выполнения назначений и мониторинг	4	Врач, гигиенист, воспитатель

При организации работы программы мы выявили проблемы низкой мотивации воспитателей к проведению профилактических мероприятий с детьми, несмотря на то, что в их функциональные обязанности входит проведение оздоровительных мероприятий с детьми. Распределение объема

работы, соответственно функциональным обязанностям врача-стоматолога и гигиениста стоматологического, выделило главную роль гигиениста стоматологического в реализации программы профилактики в ДДУ и необходимость активного сотрудничества с воспитателями.

По данным анкетирования родителей до внедрения программы 57,35% детей не чистили зубы вообще и 10,30% делали это нерегулярно. Через 1 год программы 100% родителей знали о необходимости чистить зубы 2 раза в день, 95% детей стали это делать.

При проведении осмотров детей до начала ПП2 была определена распространенность кариеса, которая у детей в группе 2.1. составила 56,52%, в группе 2.2. – 31,25%, а в группе 2.3. – 51,72%. При оценке частоты вредных привычек (сосание пальца и пустышки, прикусывание нижней губы, положение языка между зубами) у детей в группе 2.1. она составила от 11 до 33%; в группе 2.2. – от 12,5 до 37,5%; в группе 2.3. – от 3 до 17%. Частота нарушений функций (ротовое дыхание, инфантильное глотание, вялое жевание, нарушение речи) у детей в группе 2.1. составила от 7 до 67%; в группе 2.2. – от 12,5 до 31,25%; в группе 2.3. – от 28 до 62%. Через 1 год реализации ПП2 в группе 2.1. стало возможным устранение различных вредных привычек в 90-100% случаев при работе гигиениста стоматологического и активном сотрудничестве воспитателей и родителей.

В результате наблюдения за работой гигиенистов стоматологических в программах профилактики, анализа компетенций при реализации образовательных и медицинских компонентов программ были определены потребности в знаниях психологии детского возраста, педагогики, духовно-нравственных основ воспитания детей. Это указывает на необходимость повышения профессионального уровня путем получения таких знаний в рамках непрерывного профессионального образования и является функциональной обязанностью гигиениста.

Анализ данных, полученных от Ассоциации гигиенистов стоматологических России на данный момент (через 9 лет после введения специальности в России Приказ МЗ РФ №33 от 06.02.2001 г.) показал, что существует 3000 сертифицированных гигиенистов стоматологических. Подготовка в России этих специалистов была начата только в 16% областях России: с 1998 по 2000 гг. в Мурманске, позже в Санкт-Петербурге, Москве, Волгограде, Омске, Владивостоке, Екатеринбурге, в период с 2005 по 2009 гг. в Перми, Самаре, Краснодаре, Рязани, Новосибирске, Смоленске и Твери. По разработанной программе профессиональной переподготовки в 2007- 2008 г.г. в НОУ-ОЦ «Стоматологический колледж №1» подготовлено 170 гигиенистов стоматологических. Однако в настоящее время в основном эти специалисты успешно работают в системе частной стоматологической помощи. Результаты анализа возможности внедрения результатов проведения ПП1 и ПП2 в России показали низкий уровень готовности стоматологической службы к реализации программ профилактики в целом.

Введение гигиенистов стоматологических в школьную стоматологию в государственном масштабе стоматологической помощи ограничено ввиду нерешенности ряда проблем: недостаточное количество специалистов для системы школьной стоматологии, недостаток финансирования работы гигиениста, ограничения введения его в штатное расписание детских стоматологических поликлиник.

ВЫВОДЫ

1. По данным обследования до начала программ профилактики установлено: у 3-6- летних детей средний уровень распространенности кариеса (46,5%), высокая частота вредных привычек и нарушений функций дыхания, глотания, жевания, речи (до 78%), отсутствие привычки по уходу за полостью рта у большинства детей (57,35%); у 7-летних детей - средний уровень распространенности кариеса (76%), средний уровень интенсивности кариеса (индекс КПУ

0,67±0,17, кп 3,52±0,41), удовлетворительная гигиена полости рта (индекс ИГР-У 0,69±0,17); у 12-летних детей – высокий уровень распространенности кариеса (90%); средний уровень интенсивности кариеса (индекс КПУ 3,47±0,45), удовлетворительная гигиена полости рта (индекс ИГР-У 0,87±0,10); распространенность заболеваний пародонта 48%, распространенность дентофобии 60%.

2. На основе квалификационной характеристики определены функциональные обязанности гигиениста стоматологического для работы в программах профилактики в организованных детских коллективах.
3. В результате участия гигиениста стоматологического в программе профилактики в школе в группе 12-летних детей через 5 лет редукция прироста кариеса составила 75%, число здоровых детей (с интактными зубами) увеличилось в 5 раз (с 10 до 47,22%), улучшение уровня гигиены произошло в 2,4 раза (ИГР-У с 0,87±0,10 до 0,37±0,09), число детей со здоровым пародонтом в течение 2 лет увеличилось на 44% (с 52 до 96%), распространенность дентофобии снизилась с 60 до 0%, что свидетельствует о высокой эффективности программы.
4. В результате работы гигиениста стоматологического в детском дошкольном учреждении приобрели привычку чистить зубы 95% детей 3-6-летнего возраста, снизилась частота вредных привычек и нарушений функций дыхания, глотания, жевания на 90-100%.
5. Введение гигиениста стоматологического, как основного исполнителя программы профилактики в школе позволило внедрить профилактическое направление в работу школьного стоматологического кабинета и уменьшить потребность в лечебных мероприятиях у детей.
6. Разработан табель материально-технического оснащения школьных стоматологических кабинетов для реализации программы

профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах.

7. Разработана и предложена для практики программа профессиональной переподготовки для зубных врачей и медицинских сестер по специальности «Стоматология профилактическая», позволяющая в короткие сроки решить кадровые проблемы в школьной стоматологии.

Практические рекомендации

1. Предложенные модели профилактических программ для ШСК и ДДУ с участием гигиениста стоматологического как основного исполнителя могут быть рекомендованы для планирования оказания стоматологической помощи в организованных детских коллективах.
2. Приоритет профилактических мероприятий в работе ШСК обеспечивает медицинскую, социальную эффективность программы профилактики в школе.
3. При организации школьного стоматологического кабинета рекомендуем разработанный табель оснащения для обеспечения высокой эффективности лечебно-профилактических мероприятий.
4. Для оценки эффективности программы профилактики в школе рекомендуем следующие критерии: увеличение числа детей с интактными зубами (снижение распространенности кариеса); снижение интенсивности кариеса постоянных зубов; сокращение числа удаленных постоянных зубов; снижение распространенности заболеваний пародонта; снижение значения гигиенического индекса; повышение санитарной грамотности школьников.
5. Для оценки эффективности программы профилактики в ДДУ рекомендуем следующие критерии: увеличение числа детей с интактными зубами (снижение распространенности кариеса); снижение интенсивности кариеса, снижение значения гигиенического индекса; уменьшение вредных привычек и нормализация функций дыхания,

глотания, жевания, речи; повышение санитарной грамотности родителей, воспитателей, детей.

6. Для решения кадрового вопроса при организации эффективной профилактической стоматологической помощи детям целесообразно ввести профессиональную переподготовку зубных врачей и медицинских сестер по специальности «Стоматология профилактическая» по разработанной программе.
7. Руководителям школ, где организуется работа ШСК с приоритетным профилактическим направлением, рекомендуем использовать результаты программы для обоснования заявки на присвоение школе статуса «Школа здоровья» и для мотивации родителей к поступлению ребенка для обучения в школе, имеющей программу профилактики.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Аврамова О.Г., Шевченко С.С. Фторсодержащий лак Бифлюорид 12 и индивидуальная профилактика заболеваний полости рта // Dental-Market.- 2005.- №2.- С.45-48.
2. Аврамова О.Г., Шевченко С.С. Перспективы школьной стоматологии в современных условиях // Материалы Всероссийской научно-практической конференции.- Светлогорск,- 2005.- С.82-84.
3. Аврамова О.Г., Шевченко С.С. Участие гигиениста стоматологического в школьной профилактической программе по стоматологии «Цепростом» - VOСO // Стоматологический колледж.- 2005.- №4.- С.15.
4. Аврамова О.Г., Шевченко С.С. Опыт организации комплексной школьной программы по профилактике стоматологических заболеваний у детей // Материалы XVI Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы в стоматологии».- М.,2006.- С.4-7.

5. Авраамова 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. Авраамова О.Г., Шевченко С.С. Новые возможности снижения дентофобии у детей при использовании Твинки Стар при лечении неосложненных форм кариеса молочных зубов // Дентал Юг.- 2007. - №6.- С.30-32.
7. Авраамова О.Г., Западаева С.В., Шевченко С.С. Организация и реализация профилактического направления в системе школьной стоматологии в организованных детских коллективах // Материалы XX Всероссийских научно-практических конференции «Стоматология XXI века».-М.,2008.-С.245-247.
8. Шестаков В.Т., Авраамова О.Г., Колесник А.Г., Алимский А.В., Кулаженко Т.В., Короленкова М.В., Западаева С.В., Степанова И.А., Журочко Е.И., Шевченко О.В., Шевченко С.С., Спивак Г.А., Волкова Л.В. Школьный стоматологический кабинет (проект положения)// Медицинский алфавит. Стоматология.- 2009.- (IV) №14.- С.4-6.

Для заметок

Для заметок

Для заметок