

9

$\frac{10 - 1}{3140}$

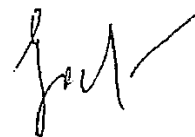
На правах рукописи

ЗАПАДАЕВА СВЕТЛАНА ВАСИЛЬЕВНА

**ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
НАПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

14.00.21 – Стоматология

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**



Москва - 2009

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

Кисельникова Лариса Петровна,

доктор медицинских наук,
профессор

Морозова Наталья Викторовна

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

Защита состоится « 16 » декабря 2009 г. в 10⁰⁰ 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 « » ноября 2009 г.

Ученый секретарь

Диссертационного совета

кандидат медицинских наук



И.Е.Гусева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Успешная реализация долгосрочных профилактических программ возможна лишь при предоставлении профилактической помощи детям на протяжении длительного времени, начиная с антенатального периода развития, и далее в младенческом, дошкольном, школьном, подростковом и юношеском возрастах (Морозова Н.В., 2005; Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н., 2006). Одним из наиболее весомых звеньев этой цепи является школьная стоматология, которая позволяет ребенку в течение 9-11 лет получать комплексную профилактическую помощь. Организация системы школьной стоматологии была одним из достижений советского здравоохранения. В этом заслуга профессора Т.В.Виноградовой и ее школы. Однако в настоящее время эта система требует реформирования ввиду того, что появились новые возможности для ее развития (Аврамова О.Г., 2006).

С переходом на рыночные отношения детская стоматология, которая полностью зависела от государственного обеспечения, оказалась в трудных условиях (Кузьмина Э.М., 2002г). Произошел массовый отток кадров из детской стоматологии в связи с резким ухудшением материальной базы и низкой оплатой труда, прекратили выполняться приказы по программам профилактики стоматологических заболеваний (Кулаков А.А., Шестаков В.Т. и соавт., 2006). В особо сложном положении оказались школьные стоматологические кабинеты (ШСК), значительная часть которых закрыта, сдана в аренду или переоборудована. По-прежнему остаются нерешенными вопросы имущественного характера, лицензирования ШСК, взаимодействия администрации школ и персонала детских стоматологических поликлиник.

Преимущества работы ШСК заключаются в возможности оказания лечебно-профилактической помощи, максимального уровня ее доступности, проведения санитарно-просветительской работы с детьми, родителями и педагогами, постоянного длительного наблюдения за детьми

(Клюева Л.П. и соавт., 2000). Однако, как в советский период, так и в постсоветское время профилактическое направление в школах по многим причинам обеспечить не удалось. Новые возможности при оказании лечебно-профилактической помощи в ШСК открыло введение в 2001 г. специальности «гигиенист стоматологический» (приказ МЗРФ №33 о введении специальности «Стоматология профилактическая» от 6 февраля 2001 г.) (Шевченко О.В., 2004). Однако до настоящего времени не решены проблемы организации и работы ШСК в новых условиях с разграничением функциональных обязанностей школьных врача-стоматолога и гигиениста стоматологического (Мчелидзе Т.Ш., Кисельникова Л.П., Хощевская И.А., 2003).

Таким образом, в сложившихся экономических условиях при введении структуру школьной стоматологии гигиениста стоматологического появляется возможность сделать приоритетным в деятельности ШСК профилактическое направление. При этом необходимо решить проблему разделения функциональных обязанностей врача-стоматолога и гигиениста стоматологического при их совместной работе в ШСК, что обусловило необходимость разработки новой модели работы ШСК с приоритетным профилактическим направлением.

Цель исследования – повысить эффективность деятельности школьного стоматологического кабинета путем реализации профилактического направления в системе школьной стоматологии в современных условиях.

Задачи исследования:

- 1) Изучить фактическое состояние системы школьной стоматологии в ряде регионов России.
- 2) Определить функциональные обязанности врача-стоматолога и гигиениста стоматологического и их взаимодействие при совместной работе в ШСК.
- 3) Разработать новую модель работы школьного стоматологического кабинета с приоритетным профилактическим направлением.
- 4) Оценить эффективность работы предлагаемой модели функционирования школьного кабинета.

Научная новизна исследования:

Впервые на основании проведенных исследований выявлено фактическое состояние школьной стоматологии в некоторых регионах России в настоящее время. В рамках проводимого исследования были определены основные причины не функционирования ШСК в разных регионах России, изучен кадровый состав школьной стоматологии.

Впервые было установлено и доказано, что прежняя система школьной стоматологии функционирует слабо и не имеет условий к дальнейшему ее развитию.

Впервые была разработана и применена модель работы ШСК с переориентацией его деятельности на профилактическое направление, в работе ШСК помимо врача-стоматолога (зубного врача) принимал участие гигиенист стоматологический, который являлся основным исполнителем программы.

Впервые были распределены функциональные обязанности врача-стоматолога и гигиениста стоматологического при их совместной работе в школьном стоматологическом кабинете, переориентированной на профилактическое направление.

Научные положения, выносимые на защиту:

1. Школьная стоматологическая служба России в настоящее время остро нуждается в сохранении и реорганизации ее деятельности. Для этого необходима разработка новых нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность школьных стоматологических кабинетов.
2. Профилактическое направление в системе школьной стоматологии должно стать приоритетным, что возможно с введением гигиениста стоматологического в школьные стоматологические кабинеты с разграничением функциональных обязанностей врача-стоматолога и гигиениста стоматологического.
3. Внедрение профилактической направленности в работу школьного

стоматологического кабинета приводит к значительному улучшению стоматологического здоровья школьников.

Практическая значимость

Проведенный статистический анализ состояния школьной стоматологии в некоторых регионах России может быть использован для разработки государственной или региональных программ профилактики по школьной стоматологии с детализацией расходов (кадры, оборудование, инструменты, материалы, затраты на лицензирование, структура деятельности кабинетов).

Совместная работа в ШСК врача-стоматолога и гигиениста стоматологического с четким разграничением их функциональных обязанностей позволит оптимизировать работу ШСК, сделать приоритетным в деятельности ШСК – профилактическое направление.

Внедрение предлагаемой модели работы ШСК в современных условиях с приоритетным профилактическим направлением даст возможность качественно изменить стоматологическое здоровье детей, снизить заболеваемость основными стоматологическими заболеваниями, увеличить количество детей с интактными зубами.

Апробация работы

Результаты исследования доложены и обсуждены: на международной конференции «Профилактика кариеса у детей» (г. Псков, 2007); на симпозиуме «Профилактика и эпидемиология основных стоматологических заболеваний» юбилейной конференции, посвященной 45-летию ЦНИИС (г. Москва, 2007); на симпозиуме «Организация стоматологической помощи детям в образовательных учреждениях» (г. Москва, 2008).

Предзащитное обсуждение диссертационной работы проведено на совместном заседании отдела организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации, отделения детской стоматологии, отдела профилактики, отделения терапевтической стоматологии ФГУ «ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологий».

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования – предложенная модель работы ШСК – внедрены на региональном уровне в Ханты-Мансийском автономном округе Югры в Программе профилактики стоматологических заболеваний для внедрения в деятельность образовательных учреждений в рамках реализации мероприятий программы ХМАО-Югры «Демографическое развитие Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» на 2008-2010 гг. подпрограммы «Сокращение смертности и рост продолжительности жизни населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

Публикации

По теме диссертации опубликовано 4 печатные работы, в том числе 1 в центральной печати.

Структура и объем работы

Диссертация представлена на 113 стр. машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, 2 глав результатов исследования, заключения, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, приложений и списка литературы, включающего 171 источник: 114 отечественных и 57 иностранных авторов. Работа содержит 20 таблиц и 27 рисунков.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Для решения поставленных задач исследование проводилось в 2 этапа.

Первым этапом исследования было изучение фактического состояния школьной стоматологии в ряде регионов России для обоснования мер, необходимых для ее восстановления и развития. Было проведено анкетирование региональных главных детских стоматологов по специально разработанной анкете с указанием количества школ в регионе, количества детского населения школьного возраста и количества детского населения, обучающегося в начальной школе, количества функционирующих и не

функционирующих ШСК, причин, по которым ШСК не функционируют, кадрового состава школьной стоматологии в регионе.



Рис.1. Карта России. Выделены регионы, в которых проводился анализ состояния школьной стоматологии.

На основе полученных данных был проведен анализ состояния школьной стоматологии в *Кировской, Воронежской, Пермской, Ростовской, Ульяновской, Амурской, Самарской, Волгоградской и Нижегородской* областях России. Были получены данные по **7 165** школам этих регионов, где обучается **1 606 138** детей (данные без численности учеников в Самарской области в связи с отсутствием данных), из которых **528 747** человек – ученики начальной школы (1-4 класс) (данные без численности учеников 1-4 классов Самарской и Воронежской областей в связи с отсутствием данных).

Вторым этапом исследования стало определение эффективности предлагаемой модели работы ШСК с приоритетным профилактическим направлением в рамках реализуемой программы профилактики основных стоматологических заболеваний, проводимой в школе №137 ЮЗАО г. Москвы.

В 2003 г. в школе ГОУ Средней общеобразовательной школы №137 ЮЗАО совместно с Детской стоматологической поликлиникой (ДСП) №44 г. Москвы была организована и внедрена программа профилактики основных

стоматологических заболеваний, разработанная Центром профилактической стоматологии. Для реализации программы в школе был оборудован школьный стоматологический кабинет с уголком гигиены, в котором оказывалась лечебная и комплексная профилактическая стоматологическая помощь детям. Кабинет соответствовал требованиям лицензирующих органов и имел соответствующее материальное обеспечение, его деятельность соответствовала приказу МЗ и СР РФ №289 от 14.04.2006 г.

Для разработки модели работы ШСК с приоритетным профилактическим направлением были определены два режима работы ШСК, разграничены функциональные обязанности врача-стоматолога и гигиениста стоматологического.

До проведения данной программы ученики школы №137 не участвовали в других программах профилактики, лечебная стоматологическая помощь оказывалась им в детских стоматологических учреждениях по обращаемости или врачом-стоматологом из ДСП №44.

В 2004 г. началась реализация программы профилактики основных стоматологических заболеваний в ГОУ СОШ «Школа здоровья» №137. Лечебно-профилактической помощью были охвачены ученики всех классов школы № 137, мальчики и девочки, проживающие в ЮЗАО.

Для изучения эффективности первых 5 лет внедрения программы профилактики основных стоматологических заболеваний в ГОУ СОШ «Школа здоровья» №137 были изучены 4 группы 12-летних детей и 3 группы 7-летних детей (первоклассников), всего 194 ученика.

В изучаемые группы были включены ученики, проживающие в данном регионе продолжительное время. Среди детей не были выявлены тяжелые соматические заболевания, а также другие факторы, которые могли бы способствовать увеличению частоты кариеса зубов. Результаты обследования показали отсутствие статистически значимой разницы между мальчиками и девочками, поэтому в дальнейших исследованиях данные по полу были объединены.

Таблица 1

Распределение обследованных детей по возрастным группам и по годам обследования

	Год обследования	Количество обследованных детей по возрастным группам	
		7-летние ученики	12-летние ученики
Контрольные группы	2004	33	30
Основные группы	2007	22	27
	2008	26	20
	2009	-	36

Сравнительный анализ проводился в группах 7-летних и в группах 12-летних детей до и через 3,4 и 5 лет после начала внедрения программы.

До начала внедрения программы были обследованы такие же 2 группы детей (группа 7-летних и группа 12-летних детей), которые и сформировали контрольные группы.

Контрольную группу 7-летних детей составили школьники 7-летнего возраста, поступившие на учебу в 2004 г. – 33 человека. *Контрольную группу 12-летних* детей составили ученики 1992 года рождения, достигшие 12-летнего возраста к моменту начала внедрения программы – 30 человек.

Основные группы 7-летних детей составили первоклассники, поступившие на учебу в 2007 г. – 22 человека и в 2008 г. – 26 человек. Они, так же как и дети группы сравнения, до обследования еще не были охвачены лечебно-профилактическими мероприятиями. Определялся исходный стоматологический статус детей, поступающих в школу.

Основные группы 12-летних детей составили ученики, достигшие 12-летнего возраста к 2007 г. (3 года внедрения программы) – 27 человек, к 2008 г. (4 года внедрения программы) – 20 человек, к 2009 г. (5 лет внедрения программы) – 36 человек. На момент обследования дети основных групп 12-

летних участвовали в программе и получали лечебную и комплексную профилактическую помощь в течение 3, 4 и 5 лет соответственно.

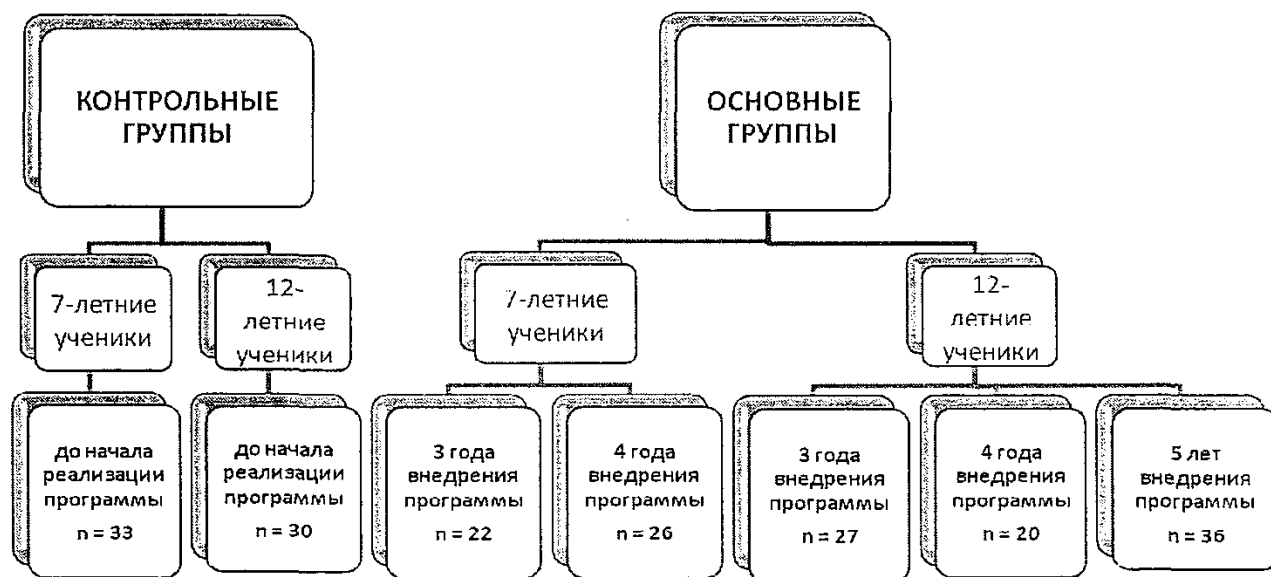


Рис. 2. Распределение детей по группам исследования.

У обследуемых школьников определяли распространенность кариеса, интенсивность кариеса зубов (по индексу КПУ), индекс гигиены ИГР-У.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ показал различный процент школ с кабинетами в регионах России – от 4,4 % (Воронежская область) до 100% (Ростов-на-Дону) (табл. 2). В большинстве случаев в областных центрах и городах ШСК больше, чем в области. Исключение составила Кировская область. Различен процент функционирующих стоматологических кабинетов от числа существующих ШСК и он составил от 34,4 до 100% в различных регионах.

В ряде областей все или почти все стоматологические кабинеты являются функционирующими (Киров, Воронеж, Пермь, Дзержинск), хотя есть ряд регионов, где функционирующих ШСК менее 50% (Кировская область, Нижний Новгород, Ростов-на-Дону).

Таблица 2

Данные о количестве школ, наличии в них стоматологических кабинетов (СК) и функционирующих стоматологических кабинетов (ФСК) в регионах России

Исследуемые регионы	Количество во школ	Количество СК		Количество ФСК		
		абс	% от числа школ	абс	% от числа школ	% от числа СК
Киров	64	10	15,6	10	15,6%	100%
Кировская область	109	32	29,4	12	11,0%	34,4
Воронеж	100	88	88,0%	88	88,0%	100
Воронежская область	802	36	4,4%	35	4,4%	97,2
Пермь	131	68	51,9%	56	42,8%	82,4
Пермская область	194	66	34,0%	38	19,6%	57,6
Ростов-на-Дону	110	110	100%	47	42,8%	42,8
Города Ростовской области	237	13	5,5%	8	3,4%	61,5
Районы Ростовской области	916	38	4,1%	34	3,7%	89,5
Ульяновск	84	67	79,8%	41	48,8%	61,2
Ульяновская область	60	26	43,3%	21	35%	80,8
Города Амурской области	69	18	26,1%	16	23,2%	88,8%
Амурская область	18	5	27,8%	3	16,7%	60,0%
Самара	170	-	-	16	9,4	-
Самарская область	187	-	-	33	17,6	-
Волгоград	150	-	-	111	74,0	-
Города Волгоградской области	64	-	-	62	96,9	-
Районы Волгоградской области	11	-	-	6	54,5	-
Нижний Новгород	140	60	42,8%	20	14,3	33,3%
Дзержинск	42	24	57,1%	22	52,4	91,7%
Районы Нижегородской области	277	64	23,1%	37	13,4	57,8%

Во многих регионах ШСК первоначально не было в проектах школ (Киров, Пермская область, города и районы Ростовской области, города и районы Амурской области) (табл. 3).

Имеется ряд регионов, в которых почти во всех школах первоначально проектировались ШСК (Воронеж, Ульяновск, Волгоград).

Таблица 3

Количество школ в регионах России, в которых стоматологические кабинеты не планировались изначально

Регионы	Количество школ	Количество в них СК	Школы изначально без СК	% школ изначально без СК
Киров	64	10	54	84,4
Кировская область	109	32	64	58,7
Воронеж	100	88	10	10
Воронежская область	802	36	766	95,5
Пермь	131	68	55	41,9
Пермская область	194	66	123	63,4
Ростов-на-Дону	110	47	61	55,5
Города Ростовской области	237	13	221	93,2
Районы Ростовской области	916	38	878	95,9
Ульяновск	84	67	13	15,5
Ульяновская область	60	26	28	46,7
Города Амурская область	69	18	46	66,7
Амурская область	18	3	15	83,3
Самара	170	16	-	
Самарская область	187	33	-	
Волгоград	150	111	-	
Города Волгоградской области	64	62	-	
Районы Волгоградской области	11	-	-	
Нижний Новгород	140	60	68	48,6
Дзержинск	42	24	14	33,3
Нижегородская область	277	64	193	69,7

В ШСК работают преимущественно зубные врачи (табл. 4). Лишь в Воронеже, Воронежской области, Перми, Пермской области и Волгограде в ШСК больше стоматологов, чем зубных врачей. Гигиенисты в настоящее время в школах не работают. Почти во всех школах есть медицинские сестры. Во многих регионах их меньше, чем стоматологов.

Таблица 4

Кадровое обеспечение СК школ медперсоналом

Регион	Количество ФСК	Врач-стоматолог/ Зубной врач	Медсестра	Гигиенист
Киров	10	0/10	10	0
Кировская область	12	3/9	7	0
Воронеж	88	77/8	56	0
Воронежская область	35	30/5	30	0
Пермь	56	47/9	12	0
Пермская область	38	22/17	37	0
Ростов-на-Дону	47	4/43	27	0
Города Ростовской области	8	4/7	2	0
Районы Ростовской области	34	3/32	0	0
Ульяновск	41	2/39	0	0
Ульяновская область	21	0/19	12	0
Города Амурская область	16	0/16	5	0
Амурская область	3	0/3	2	
Самара	16	-	-	0
Самарская область	33	-	-	0
Волгоград	111	106/5	-	0
Города Волгоградской области	62	19/43	-	0
Волгоградская область	6	1/5	-	0
Нижний Новгород	20	2/18	11	0
Дзержинск	22	9/13	22	0
Нижегородская область	37	5/32	23	1

В 11 регионах из 16 подавших сведения причиной отсутствия работающих ШСК является нерабочее состояние оборудования (табл. 5). Из-за отсутствия лицензии не работают школьные стоматологические кабинеты

в 11 административных единицах из 16 подавших сведения. При этом только в Кирове, Воронеже, Ростове-на-Дону и Ростовской области не указано наличия проблем с лицензированием ШСК.

На необходимость реорганизации ШСК указали все территории за исключением Кирова, Воронежской области, Ростова и Ростовской области. Характерно, что это те же регионы, где нет проблем с неработающим оборудованием и отсутствием лицензии.

Таблица 5
Основные причины отсутствия работы ШСК в регионах России

	Нерабочее оборудование	Отсутствие лицензии	Необходимость реорганизации
Киров	0	0	0
Кировская область	30	31	13
Воронеж	0	0	2
Воронежская область	0	1	0
Пермь	3	4	8
Пермская область	8	12	5
Ростов-на-Дону	0	0	2
Города Ростовской области	5	4	3
Районы Ростовской области	3	0	0
Ульяновск	18	5	4
Ульяновская область	3	2	6
Города Амурской области	5	5	5
Амурская область	1	3	1
Нижний Новгород	14	13	12
Дзержинск	0	2	4
Нижегородская область	11	24	19

На проблемы с лицензированием ШСК указывают практически все регионы страны. Они полностью преодолены лишь в Ростове, Волгограде и Нижегородской области. Многие регионы лишь частично решают проблему лицензирования ШСК. В ряде регионов ШСК работают без лицензии (Киров и Кировская область, Пермь и Пермская область) (табл. 6).

Таблица 6

Состояние лицензирования ШСК в регионах России

Регион	Количество лицензированных ФСК
Киров	0
Кировская область	0
Воронеж	83
Воронежская область	5
Пермь	0
Пермская область	0
Ростов-на-Дону	47
Города Ростовской области	3
Районы Ростовской области	14
Ульяновск	5
Ульяновская область	9
Города Амурской области	11
Амурская область	1
Волгоград	111
Города Волгоградской области	44
Волгоградская область	2
Нижний Новгород	20
Дзержинск	22
Нижегородская область	29

Средние результаты охвата стоматологической помощью в ШСК школьников слабы – 33,2% (табл. 7). В ряде регионов они очень хороши – более 60% (Воронеж, Дзержинск). В некоторых очень слабы (города Ростовской области и районы, Нижний Новгород) – менее 20%.

Практически во всех регионах стоматологической помощью в ШСК охвачены школьники 1-4 классов (более 90%).

Изучение состояния школьной стоматологии в ряде регионов России показало ряд проблем:

- 1) нет единой системы лицензирования;
- 2) нехватка кадров;
- 3) реорганизация ранее существующих ШСК для других целей по инициативе администрации школ;
- 4) отсутствие ШСК в новых школах;
- 5) не введен в штат новый специалист гигиенист стоматологический.

Таблица 7

Некоторые результаты работы ШСК в регионах России в современных условиях

Регион	Охват стоматологической помощью детей 1-11 классы (%)	Охват стоматологической помощью детей 1-4 классы (%)
Киров	24,1	21,4
Кировская область	16,4	16,1
Воронеж	93,3	94,0
Воронежская область	19,8	-
Пермь	54,2	56,9
Пермская область	33,4	30,5
Ростов-на-Дону	39,4	37,8
Города Ростовской области	4,5	4,5
Районы Ростовской области	11,4	11,3
Нижний Новгород	16,5	17,4
Дзержинск	62,6	61,0
Нижегородская область	22,8	22,7

Для разработки модели программы ШСК были определены два режима работы: лечебный и профилактический. Лечебные мероприятия проводились в школьном стоматологическом кабинете врачом стоматологом. В рамках ШСК возможно проводить лечение неосложненных форм кариеса, обследование детей, исходя из результатов которого, врач направляет на консультацию в детскую стоматологическую поликлинику, к смежным специалистам. Профилактические мероприятия включали в себя санитарно-просветительскую работу, проводимую на групповом уровне в классе, в уголке гигиены и индивидуально в ШСК. Главная роль в реализации Программы принадлежала гигиенистам стоматологическим, выполнявших свои обязанности под контролем врача-стоматолога. Основным специалистом в работе ШСК а был стоматолог или зубной врач.

В объем работы *врача-стоматолога* в рамках Программы входили следующие мероприятия:

- проведение эпидемиологического осмотра и обследования детей;
- составление плана лечебно-профилактических мероприятий для

класса и индивидуально для каждого ребенка;

- осуществление контроля своевременности и объема выполнения гигиенистом стоматологическим запланированных профилактических мероприятий;
- направление детей в ДСП (по показаниям) для оказания стоматологической помощи;
- направление на консультации к смежным специалистам (при необходимости);
- проведение лечения неосложненных форм кариеса;
- проведение инвазивной герметизации фиссур;
- обеспечение контроля за работой гигиениста стоматологического (выполнение назначений врача и ведения медицинской документации).

В рамках внедряемой программы профилактики стоматологических заболеваний в условиях школьной стоматологии *гигиенист стоматологический* выполняет следующие мероприятия:

- участие в проведении эпидемиологических осмотров;
- регистрация данных обследования, заполнение медицинской документации, промежуточная обработка данных;
- проведение санитарно - просветительской работы с детьми, родителями и педагогами;
- информирование родителей о состоянии стоматологического здоровья их ребенка, а также осуществление контроля выполнения рекомендаций врача-стоматолога;
- проведение уроков здоровья;
- индивидуальное и групповое обучение гигиене полости рта;
- проведение контролируемой гигиены полости рта с определением гигиенических индексов;
- проведение профессиональной гигиены полости рта;
- покрытие зубов фторидсодержащими лаком или гелем; полоскания рта реминерализующими или фторидсодержащими растворами;

- проведение герметизации фиссур постоянных зубов неинвазивным методом;
- выполнение обязанностей ассистента врача-стоматолога и медсестры;
- согласование работы ШСК с руководством школы.

К выполнению Программы были также активно привлечены внештатные участники Программы, прежде всего педагоги и родители. В обязанности учителей входила организация детей для участия в профилактической Программе, присутствие на уроке по профилактике, закрепление полученных на уроке знаний в течение всего учебного года, используя стоматологическую тематику. Родители после получения инструктажа от гигиенистов стоматологических и врачей-стоматологов осуществляли помощь в закреплении навыков гигиены путем постоянного контроля.

При изучении эффективности программы нами было проведено сравнение интенсивности, распространенности кариеса и индекса гигиены в контрольных и основных группах.



Рис. 3 Распространенность кариеса детей контрольных и основных групп первоклассников и 12-летних.

Данные 2004 г. демонстрируют распространенность кариеса в контрольных группах до начала участия детей в программе. Показатели основных групп 7-летних учеников демонстрируют распространенность кариеса у детей, поступивших на учебу в школу в 2007 и 2008 гг., также до участия в программе.

Полученные данные демонстрируют, что показатели уровня распространенности кариеса среди первоклассников, только поступивших в школу и не получавших комплексную профилактическую помощь примерно одинаковые, в то время, как среди 12-летних произошло снижение показателя распространенности кариеса с 90% у детей, не получавших комплексную профилактическую помощь в ШСК, до 48–55% среди детей, участвующих в программе.

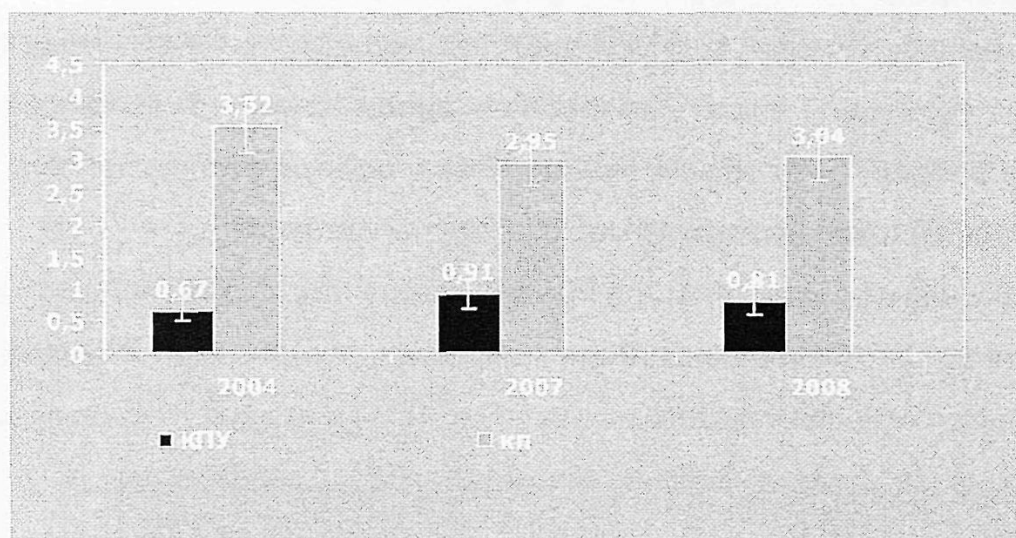


Рис. 4. Интенсивность кариеса среди 7-летних учеников в разные годы внедрения программы.

Примерно одинаков и уровень интенсивности кариеса среди 7-летних учеников в разные годы обследования. Индекс КПУ во все годы обследования меньше 1, индекс кп колеблется от 2,95 до 3,52. Схожая картина наблюдается и с индексом гигиены. Индекс гигиены полости рта, во всех 3 группах среднее значение ниже единицы, что является показателем хорошей гигиены полости рта. В большинстве случаев это обусловлено тем, что в столь раннем возрасте большинство детей чистят зубы в присутствии и с помощью родителей.

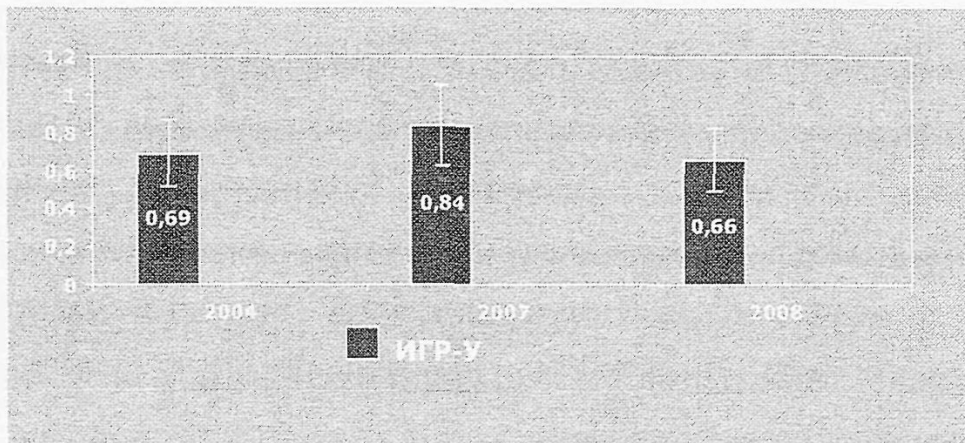


Рис. 5. Индекс гигиены полости рта ИГР-У у 7-летних учеников в разные годы внедрения программы.

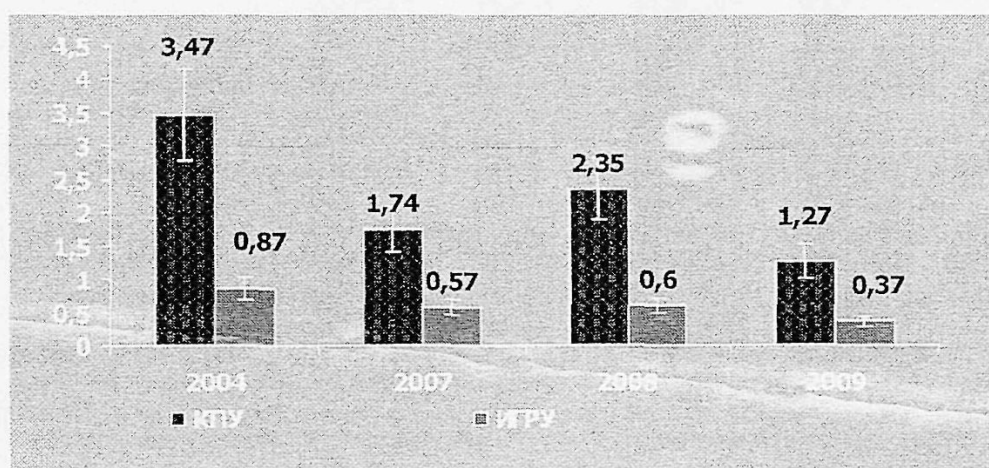


Рис. 6. Интенсивность кариеса (КПУ) и индекс гигиены полости рта (ИГР-У) у 12-летних детей.

В контрольной группе 12-летних детей интенсивность кариеса по индексу КПУ составила $3,47 \pm 0,45$ в диапазоне от 0,00 до 8,00. Этот показатель характеризует средний уровень интенсивности кариеса по данным ВОЗ для 12-летних детей. Зубов, пораженных кариесом, у детей этой группы значительно больше, чем пломбированных зубов. Удаленных постоянных зубов у детей этой группы нет. Индекс гигиены составил в среднем 0,87.

Показатель интенсивности кариеса среди 12-летних детей контрольной группы незначительно отличается от результатов стоматологического обследования 12-летних детей, проживающих в г. Москве, опубликованных Э.М.Кузьминой (1999).

В группах 12-летних детей после 3, 4 и 5 лет внедрения Программы определялись более низкие показатели интенсивность кариеса, они составили $1,74 \pm 0,45$, $2,35 \pm 0,56$ и $1,27 \pm 0,25$ соответственно. В 2007 г. у 12-летних детей количество кариозных и пломбированных зубов примерно сравнялось, а в 2008 и 2009 гг. количество пломбированных зубов превысило количество зубов, пораженных кариесом. Индекс гигиены снизился на 0,30, на 0,27 и на 0,50 по сравнению с группой сравнения.

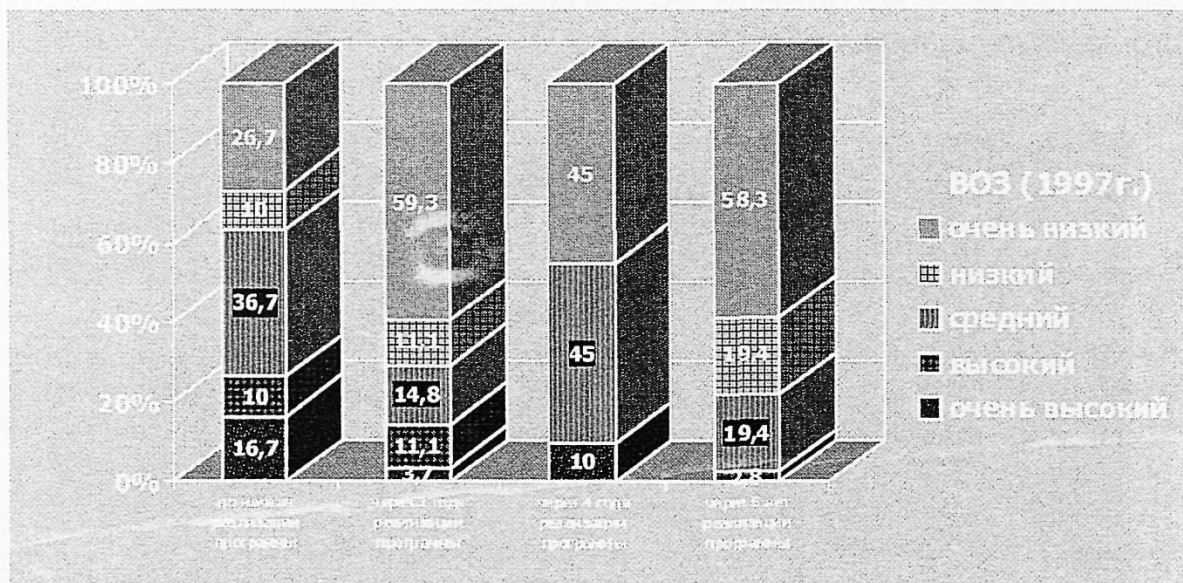


Рис.7. Распределение 12-летних учеников по уровням интенсивности кариеса зубов.

Так, среди детей не участвующих в программе большинство детей было с средней интенсивностью кариеса 36,7%, с очень высокой степенью интенсивности кариеса было 16,7% детей. С очень низкой степенью интенсивности всего 26,7%.

В группах детей участвующих в программе количество учеников с очень низкой степенью интенсивности кариеса возросло до 59,3% – в 2007, 45% – в 2008, 58,3% – в 2009 г. Следует отметить, что через 5 лет внедрения программы детей с очень высоким уровнем кариеса не было.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ состояния школьной стоматологической службы в регионах России показал, что в различных регионах в настоящее время функционирует от 34,4 до 100% ШСК. Преимущественно стоматологический прием осуществляется зубными врачами. Лишь в 3 из 9 обследованных регионов в большинстве школ работают стоматологи. В большинстве территорий в ШСК недостаточно медицинских сестер. В разной степени не хватает стоматологического персонала в большинстве регионов.
2. Выявлены основные причины не функционирования ШСК: оборудование не в рабочем состоянии, необходимость реорганизации (обновления) ШСК, отсутствие лицензии на работу, недостаток кадров. Все эти сложности встречаются в 70% территорий.
3. Средний охват стоматологической помощью детей в школах в настоящее время составляет 33,2%. Эта помощь оказывается преимущественно школьникам 1-4 классов. Школьники старших классов остаются практически без стоматологической помощи, что приводит к высокому уровню стоматологической заболеваемости среди подростков, в том числе и призывников.
4. Определены функциональные обязанности врача-стоматолога и гигиениста стоматологического при их совместной работе в школьном стоматологическом кабинете. Врач-стоматолог осуществляет осмотры, планирование лечебной и профилактической работы, лечение неосложненных форм кариеса, определяет эффективность работы гигиениста стоматологического. Гигиенист стоматологический проводит весь комплекс профилактических мероприятий на индивидуальном и групповом уровне.
5. Разработана новая модель деятельности ШСК с приоритетным профилактическим направлением. Определены рекомендации по разделению функций работы школьного кабинета для режима профилактики и лечения.
6. Показана высокая эффективность предложенной модели работы школьного стоматологического кабинета с приоритетным профилактическим

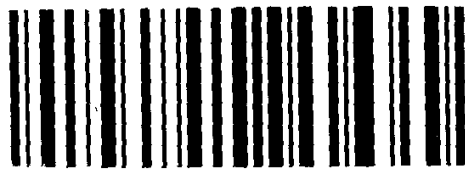
направлением. Показатели распространенности кариеса за 5 лет внедрения программы у 12-летних учеников снизились с 90 до 48-53%, а средние показатели интенсивности кариеса по КПУ снизились с 3,47 до 2,35-1,27.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Роль гигиениста стоматологического в профилактике стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах в современных условиях//Стоматология для всех.-2007.-№4.-С.48-49. (В соавт. с Авраамовой О.Г.)
2. 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. (в соавт. с Авраамовой О.Г., Шевченко С.С.)
3. Пути реализации профилактического направления в стоматологии России в современных условиях//Материалы X ежегодного научного форума «Стоматология 2008» и научно-практической конференции «Современные технологии в стоматологии».-М.-2008.-С. 41-43 (в соавт. с Авраамовой О.Г., Колесником А.Г., Кулаженко Т.В.)
4. Возможности и пути реализации профилактики в современной российской стоматологии.// Материалы Международного конгресса стоматологов стран Балтийского региона «Актуальные проблемы, пути сотрудничества стран Балтии в области стоматологии».-Калининград.-2009.-С.36-39. (в соавт. с Авраамовой О.Г., Степановой И.А.)

P-3168

127



2008152346