

На правах рукописи

Колесникова Лариса Романовна

**Медико-организационные подходы к совершенствованию
стоматологической помощи воспитанникам детских
домов и школ-интернатов**

Специальность 14.00.33

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени к.м.н.

Хабаровск - 2004

кач

На правах рукописи

**КОЛЕСНИКОВА
Лариса Романовна**

**МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ
К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ВОСПИТАННИКАМ ДЕТСКИХ ДОМОВ
И ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ**

14.00.33 - общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Хабаровск - 2004

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Иркутский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Кицул Игорь Сергеевич

Научный консультант:

доктор медицинских наук,

профессор

Васильев Валерий Григорьевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,

профессор

Дьяченко Владимир Гаврилович

доктор медицинских наук

Завгорулько Валерий Николаевич

Ведущее учреждение:

Красноярская государственная медицинская академия МЗ РФ

Защита состоится «25» июня 2004 г. в 10⁰⁰ часов на заседании Диссертационного совета К 208.026.01 при Дальневосточном государственном медицинском университете по адресу: 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Дальневосточного государственного медицинского университета

Автореферат разослан «24» мая 2004 г.

*Ученый секретарь
Диссертационного совета
к.м.н., доцент*

Солохина Л.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Проблемы стоматологической заболеваемости и стоматологического обслуживания населения во все времена являлись актуальными. Социально-экономический кризис в стране негативно отразился на состоянии стоматологической помощи, в том числе и детской, следствием чего явилось повсеместное ухудшение стоматологического здоровья детей. Исследования последних лет отмечают существенный рост заболеваемости кариесом зубов и его осложнений. Однако, несмотря на это, объем профилактической работы, проводимой стоматологическими учреждениями, уменьшается. Высокий уровень патологии влечет за собой увеличение потребности населения во всех видах стоматологической помощи (Алимский А.В., 1998; Литовкина Л.С., 1998; Морозова Н.В., 1998; Сергеева Н.Д., 2002).

Возрастающая частота пораженности населения кариесом зубов, высокая интенсивность развития этого патологического процесса, а также увеличивающееся число заболеваний краевого пародонта и аномалий прикуса указывают на необходимость проведения плановой санации полости рта на основе разностороннего скоординированного подхода с учетом современных концепций стоматологии детского возраста (Анцинова К.К., Самойлова Г.А., 2003; Живанкова У.Ф. с соавт., 2003; Кисельникова Л.П. с соавт., 2003; Колпаков В.В. с соавт., 2003; Камерон А., Уидмер Р., 2003; Мак-Дональд Р.Е., Эйверид Д.Р., 2003; Brodeur J.M. et al., 1998).

Проблема охраны здоровья детей и подростков является чрезвычайно актуальной, поскольку от формирования здоровья в детском возрасте зависит здоровье взрослого населения (Шарапова О.В., 2000). В сложившихся в последние годы условиях резкой социально-экономической дифференциации особого внимания требуют дети из неблагополучной социальной среды, в частности воспитанники детских домов и школ-интернатов (Башляева З.А., 1981).

Кариес зубов, его осложнения и, как следствие, раннее удаление временных зубов являются причинами возникновения деформаций зубочелюстной системы (Леонтьев В.К., 1996, 2002; Алимский А.В., 2000; Тихонов В.Э., 2000; Дрожжина В.А. с соавт., 2001; Горохов М.Ю., 2002; Леус Л.И., 2002; Дрешер В.Л., 2003; Ripa W., 1995; Pereira A.C. et al., 2000).

Изучение распространенности зубочелюстных аномалий является актуальной проблемой стоматологии. В структуре стоматологической заболеваемости детей и подростков данная патология занимает третье место после кариеса зубов и заболеваний пародонта (Тураев Р.Г., 1998; Анохина А.В., 2003). В целом ортодонтическая помощь на сегодняшний день недостаточно развита и по показателям обеспеченности детского населения врачами-ортодонтами, и по применению новых технологий, и по доступности для населения, и по организации специализированного приема в органи-

зованных коллективах и в поликлиниках. Что же касается детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, то эта группа населения не охвачена данным видом помощи, что существенно влияет на дальнейший рост стоматологической заболеваемости (Образцов Ю.Л., 1994). Реальным путем повышения эффективности профилактики в ортодонтии является совершенствование ее организационной структуры (Дистель В.А. с соавт., 2000, 2001; Низамов И.Г. с соавт., 2003; Welbury R.R., 1997).

Важность совершенствования оказания стоматологической помощи детскому населению отмечена на коллегии МЗ РФ «О совершенствовании стоматологической помощи детскому населению в Российской Федерации», состоявшейся в октябре 2003 г., где указано, что среди первоочередных задач развития стоматологической помощи детям следует выделить повышение ее качества и развитие профилактической работы в тесном контакте со службой охраны материнства и детства и обеспечение преемственности между специальностями различных профилей. Также отмечено, что около 80 % детских стоматологических поликлиник работают в системе обязательного медицинского страхования, однако с учетом использования современных технологий стоимость лечения ребенка объективно столь высока, что существующие возможности оплаты в системе ОМС не могут в полной мере обеспечить реального покрытия стоимости лечения сложных форм патологии. Коллегия считает повышение качества оказания стоматологической помощи детям одной из важнейших задач деятельности службы охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов управления и учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации.

До настоящего времени научно не обоснованы и не определены объемы стоматологической помощи детскому и подростковому контингенту, нет взаимосвязи ее с уровнем распространенности стоматологической патологии, и лишь отдельные авторы предпринимали попытки проведения подобных исследований (Алимский А.В. с соавт., 1982; Авдеенко Е.П. с соавт., 1985; Ананьин С.А., 1987, 1988; Лившиц А.А., 1998; Кузьмина Э.М., 1998, 1999, 2001; Лукиных Л.М., 2001; Улитовский С.Б., 2000, 2002). В отношении детей, воспитывающихся вне семьи, таких работ в доступной литературе мы не встречали. В связи с этим актуальным является проведение исследований, направленных на изучение стоматологической заболеваемости среди данного контингента населения, обоснование потребности в стоматологической помощи, на разработку адекватных систем обслуживания.

Принципы организации стоматологической помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, разработанные ранее, на современном этапе неадекватны, соответственно, не обозначены и конечные цели (измеримые задачи) профилактики основных стоматологических заболеваний, отсутствуют критерии оценки ее эффективности. Так-

же нет критериев, стандартов и организационной технологии оказания, лечебной помощи данному контингенту населения. В доступной литературе мы не встретили работ, в которых бы освещались вопросы, характеризующие трудозатраты врача-стоматолога и врача-ортодонта при проведении профилактической работы среди этого контингента детей.

Следует отметить, что решение задачи должно сопрягаться с проблематикой социальной защиты населения, учитывая тот факт, что данный контингент находится на стыке взаимодействия двух систем: системы здравоохранения и системы социальной защиты населения.

Таким образом, все вышесказанное предопределило актуальность данного исследования и послужило основанием для его проведения. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана НИР ИГМУ (номер государственной регистрации 01.2.00304319).

Цель исследования

На основании комплексного клинического исследования разработать научно обоснованные подходы к совершенствованию оказания стоматологической помощи детям, воспитывающимся в детских домах и школах-интернатах (на примере Иркутской области).

Задачи исследования:

1. Изучить частоту встречаемости стоматологических заболеваний среди воспитанников детских домов и школ-интернатов и детей, воспитывающихся в семьях, и провести сравнительный анализ.

2. Определить по результатам клинического исследования объем стоматологической помощи, в котором нуждаются дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах.

3. Разработать научно обоснованные подходы к планированию стоматологической помощи детям, воспитывающимся в детских домах и школах-интернатах, дифференцированно по ее видам.

4. Разработать модель, позволяющую совершенствовать оказание стоматологической помощи детям, воспитывающимся в детских домах и школах-интернатах.

Научная новизна

Впервые изучена частота встречаемости стоматологических заболеваний у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Впервые изучены закономерности формирования стоматологической патологии в возрастном аспекте как основа для определения объема стоматологической помощи по ее видам, в котором нуждается данный контингент в зависимости от места проживания. Дано научное обоснование потребности в различных видах стоматологической помощи для воспитанников детских домов и школ-интернатов. Разработана и внедрена модель оказания стоматологической помощи детям, воспитывающимся в детских домах и

школах-интернатах, основанная на рациональном размещении врачебных должностей по специальностям и сети стоматологических кабинетов.

Практическая значимость исследования состоит в том, что выявленные особенности стоматологической патологии среди воспитанников детских домов и школ-интернатов г. Иркутска и Иркутской области позволяют определить первоочередные задачи при создании программ по профилактике основных стоматологических заболеваний и аномалий зубочелюстной системы и совершенствованию оказания им стоматологической помощи. Рассчитанные объемы стоматологической помощи (в среднем на одного ребенка), в которых нуждаются дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах, позволяют определить нормативы численности врачебных должностей стоматологов и ортодонтонтов, а также зубных техников при планировании стоматологической помощи.

Внедрение результатов исследования

Материалы диссертации внедрены в деятельность органов управления здравоохранением, общего и профессионального образования администрации Иркутской области, Иркутского Областного стоматологического центра для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, ГУЗ «Областная стоматологическая поликлиника» администрации Иркутской области как организационно-методического центра стоматологической службы региона, МЛПУ «Стоматологическая поликлиника» г.Усолье-Сибирское, МУЗ «Городская детская стоматологическая поликлиника» администрации Ангарского муниципального образования, МУЗ «Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 11» г. Кемерово; в учебный процесс на кафедре детской стоматологии Кемеровской государственной медицинской академии, на кафедре стоматологии детского возраста и на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного медицинского университета.

Апробация работы

Основные положения работы доложены на международной выставке «Сибздоровохранение-2001» (Иркутск, 2001); на научной конференции «Медико-биологические проблемы» (Кемерово, 2002, 2003); на конференций «Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии» (Томск, 2003); в трудах VIII съезда Стоматологической Ассоциации России (Москва, 2003); на межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения в современных условиях» (Иркутск, 2003); на совместном заседании кафедр стоматологического факультета и кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ (декабрь, 2003 г.).

По теме диссертации опубликовано 15 печатных работ, в которых изложены основные положения диссертации.

Положения, выносимые на защиту:

1. Частота встречаемости стоматологических заболеваний у воспитанников детских домов и школ-интернатов г. Иркутска и Иркутской области.
2. Необходимые объемы лечебной и профилактической стоматологической помощи воспитанникам детских домов и школ-интернатов.
3. Модель, позволяющая совершенствовать оказание стоматологической помощи воспитанникам детских домов и школ-интернатов.

Объем и структура диссертации

Диссертация имеет традиционную структуру и состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Текст диссертации изложен на 179 страницах машинописи, иллюстрирован 10 таблицами, 23 рисунками, 7 схемами. Список литературы содержит 272 источника, в том числе 201 на русском и 71 на иностранных языках.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе использована комплексная методика исследования, включающая следующие методы: клинический, сравнительного анализа, моделирования, статистический.

Объектом исследования явились дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах г. Иркутска и Иркутской области, и дети, воспитывающиеся в семьях г. Иркутска.

Предметом исследования явились: кариес зубов и активность его течения, аномалии зубочелюстной системы и их нозологические формы, заболевания тканей пародонта, гигиеническое состояние полости рта, раннее удаление зубов временного и постоянного прикуса.

Учетные признаки: возраст, место проживания, нозологическая форма заболевания.

В соответствии с программой исследование проводилось в несколько этапов и охватило период с 2001 по 2003 год (схема 1).

На первом этапе проводилось клиническое обследование детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, и детей, воспитывающихся в семьях. Изучение стоматологического здоровья позволило рассчитать следующие показатели:

- 1) частоту выявления и активность кариозного процесса;
- 2) частоту выявления аномалий зубочелюстной системы в целом и в зависимости от нозологической формы;
- 3) частоту выявления и степень заболеваемости тканей пародонта;
- 4) частоту выявления раннего удаления зубов;
- 5) гигиеническое состояние полости рта.

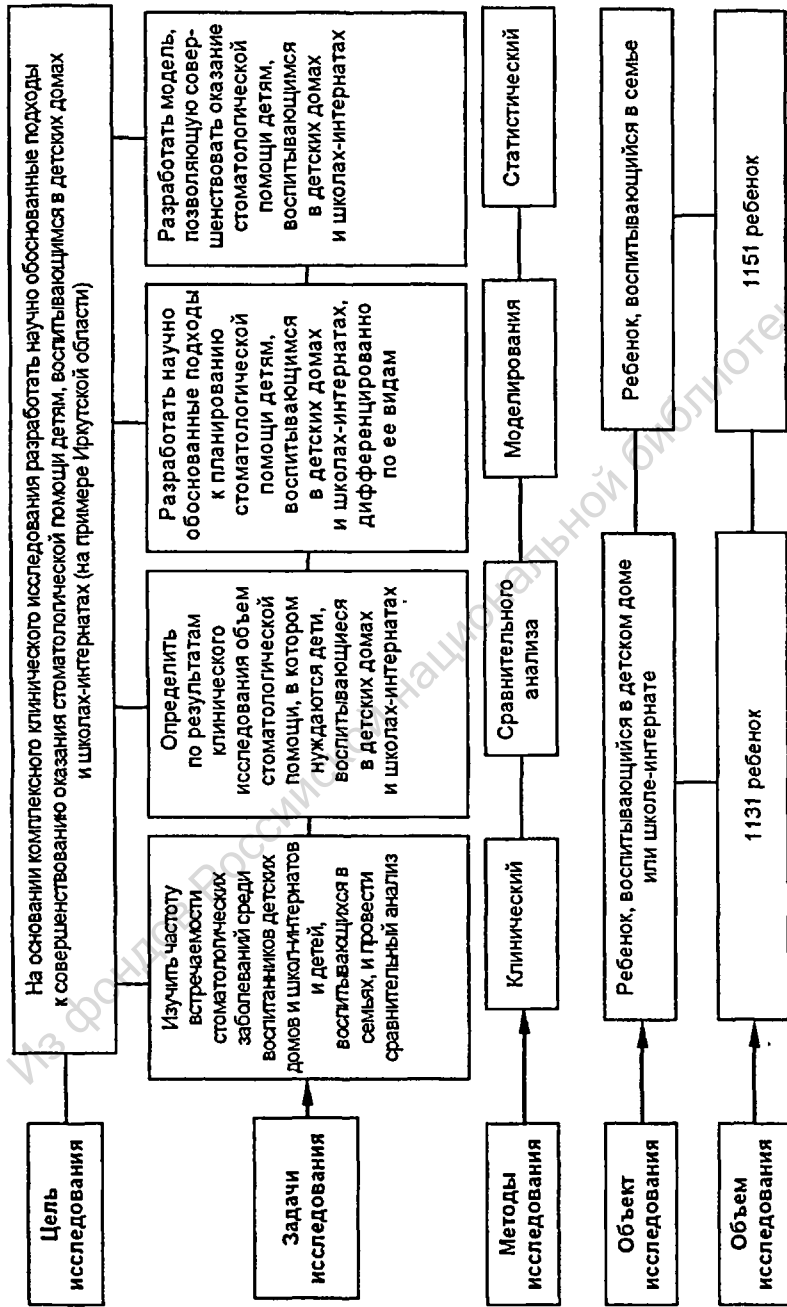


Схема 1. Программа исследования.

Для определения объема выборочной совокупности обследованного контингента была использована формула А.М. Меркова и Л.Е. Полякова (1974). По результатам пробного исследования было установлено, что число детей, имеющих стоматологические заболевания, составило 87 %. Для получения репрезентативных данных в ходе клинического обследования необходимо осмотреть 1131 человека. Для обеспечения надежности результатов с вероятностью 95 % доверительный коэффициент взят равным 2 ($t = 2$), что считается достаточным для медико-биологических исследований. Величина предельной ошибки составила 2 %.

Проведено обследование 2282 детей в возрасте от 6 до 14 лет. Первую группу обследованных (1131) составили дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Обследование проводилось в детских домах и школах-интернатах городов Иркутска, Шелехова, Ангарска, Черемхово. При обследовании выяснялись причины, в результате которых ребенок оказался в данном учреждении, а также проводился анализ первично-учетной документации. Установлено, что практически здоровые дети составили всего 4,98 %, остальные 95,02 % имеют по несколько соматических заболеваний.

Вторую группу обследованных (1151) составили дети, воспитывающиеся в семьях. Было обследовано 466 детей Правобережного административного округа (Куйбышевский район) и 685 детей Октябрьского административного округа г. Иркутска. Дети воспитывались в социально благополучных семьях.

Дети, воспитывающиеся в семьях, составили группу сравнения по выявлению стоматологической заболеваемости. При их обследовании не учитывались данные о течении антенатального периода, а также соматические заболевания.

Показатель распространенности кариеса зубов, характеризующий частоту встречаемости кариеса, определялся отношением числа лиц, у которых найдены те или иные проявления кариеса зубов (кроме очаговой деминерализации), к общему количеству обследованных и выражался в процентах. Для определения уровня распространенности кариеса зубов использовались критерии, предложенные ВОЗ для оценки этого показателя у детей 12 лет, так как эта группа является «ключевой».

Интенсивность кариеса зубов выражалась числом пораженных зубов кариесом. Для ее определения использовались индексы: временный прикус — кп (сумма кариозных и пломбированных зубов); сменный прикус — КПУ + кп; постоянный прикус — КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов). Степень активности кариеса зубов определялась по методике, предложенной Т.Ф. Виноградовой (1988). За основу взяты индекс КПУ, индекс кп, индекс КПУ + кп. Для каждого региона определено среднее значение индекса в каждой возрастной группе и отклонение от среднего значения по трем сигмальным отклонениям, т.е. $M \pm 3\sigma$ (Виноградова Т.Ф. с соавт., 1987; Железный П.А., Рева В.В., 1996).

Анализ раннего удаления зубов временного и постоянного прикуса заключался в выявлении причины удаления (осложнение кариеса, ортодонтическое лечение, травма) и определении функциональной принадлежности удаленного зуба с учетом возраста и места проживания ребенка. Ранним считалось удаление зубов временного прикуса за 1,0—1,5 года до физиологической смены.

Аномалии зубочелюстной системы определялись по классификации Л.С. Персина (1996). Учитывалась патология при нейтральном соотношении первых постоянных моляров, дистальная и мезиальная окклюзия, а также аномалии в трансверзальной плоскости (перекрестный прикус).

Определение состояния тканей пародонта включало в себя клинический осмотр, пробу Шиллера — Писарева, индекс гингивита (РМА) и комплексный периодонтальный индекс (КПИ).

Для оценки гигиенического состояния полости рта использовался индекс гигиены (ИГ) по Федорову — Володкиной в модификации Пахомова.

На втором этапе на основании данных, полученных при клиническом обследовании и зарегистрированных в карте стоматологического статуса, определялся необходимый объем стоматологической помощи по терапевтическому и ортодонтическому лечению, а также по профилактическим мероприятиям детям, - воспитывающимся в детских домах и школах-интернатах, в зависимости от возраста. Необходимый объем стоматологической помощи в определенном возрасте определялся на основании Приказа Минздрава СССР от 25.01.88 г. № 50 «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема». В соответствии с этим приказом учет труда врачей стоматологического профиля проводится по условным единицам трудоемкости (УЕТ).

На третьем этапе была разработана модель оказания стоматологической помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, учитывающая необходимое число врачебных должностей и среднего медицинского персонала в соответствии с объемом лечебной и профилактической помощи, предполагающая создание стационарных стоматологических кабинетов и комнат профилактики основных стоматологических заболеваний в зависимости от места расположения детских домов и школ-интернатов Иркутской области. Планирование и прогнозирование стоматологической службы должно основываться на системном анализе. При создании модели совершенствования стоматологической помощи учитывались качественные и количественные закономерности объективных тенденций, перспектива роста, а также вероятные положительные конечные результаты (схема 2).

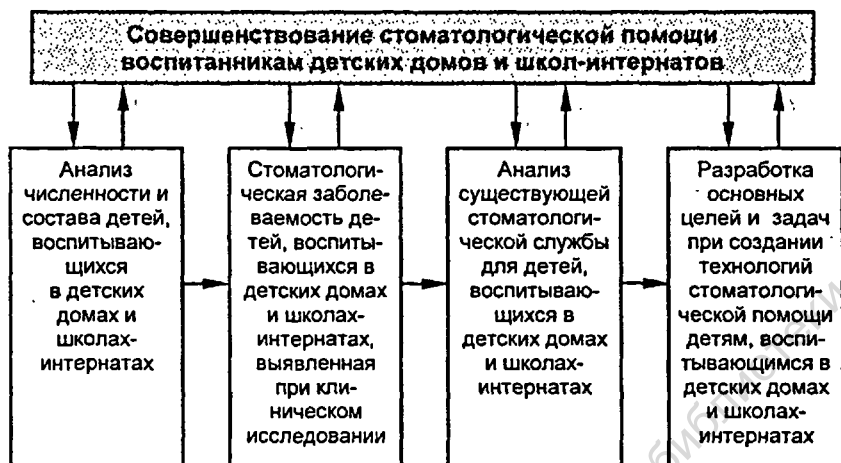


Схема 2. Формирование модели совершенствования стоматологической помощи детям, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах.

Обработка собранного материала проводилась на персональном компьютере Pentium II 400 при помощи пакета Microsoft Office. Весь клинический материал обработан по общепринятым в статистике методам (Мерков А.М., Поляков Л.Е., 1974; Лакин Г.Ф., 1990). При этом определяли и оценивали: показатель частоты изучаемых явлений, его среднюю ошибку, среднюю арифметическую по способу моментов, среднюю ошибку средней арифметической. На основании вычисления критерия Стьюдента по таблице определяли достоверную вероятность (P). Достоверными считали результаты при $P < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Профилактическая направленность медицины заложена в основу здравоохранения, высшим гуманным принципом которого является предотвращение заболеваний. Основной целью профилактики является устранение причин возникновения и развития заболеваний, а также создание условий для повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Высокая распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний среди населения всего мира выводит профилактику в число наиболее значимых проблем. Одним из основных путей повышения эффективности стоматологической профилактики является совершенствование ее организационной структуры.

Удельный вес стоматологических заболеваний в структуре общей заболеваемости населения по обращаемости занимает третье место и

достигает 20–25 % (Гайдаров Г.М., Кицул И.С., 1999), а кариес зубов является самым распространенным заболеванием во всем мире.

В публикациях по вопросам эпидемиологии стоматологических заболеваний отсутствуют данные о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, что делает эту проблему наиболее острой и актуальной.

Профилактика основных стоматологических заболеваний на современном этапе должна проводиться с учетом комплексной оценки климатогеографических, экологических, социальных факторов и деятельности организационных структур. Следует отметить, что воспитанники детских домов и школ-интернатов поступают туда из разных мест проживания с отличающимися климатическими условиями, также их социальный и психологический статус значительно изменен по сравнению с детьми, проживающими в семьях.

В результате проведенного нами сравнительного анализа заболеваемости кариесом зубов детей в возрасте от 6 до 14 лет, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах и в семьях, установлено, что у воспитанников детских учреждений частота встречаемости этой патологии варьировала в пределах 85,52–89,80 %, у детей, воспитывающихся в семьях, — 79,06–88,11 %. Высокие показатели наблюдались у воспитанников детских домов и школ-интернатов практически во всех возрастных группах, за исключением детей, вошедших в группу от 9 до 11 лет. Последнее можно объяснить физиологической сменой временных зубов, зачастую пораженных кариесом, постоянными.

Отмечено, что первую степень активности кариеса зубов (дети с I группой здоровья и индексами КПУ + кп, КПУ, не превышающими значение 4 для возраста 6–10 лет и значение 3 для возраста 11–14 лет, а также дети с интактными зубами) в основном имели дети, воспитывающиеся в семьях (рис. 1).



Рис. 1. Частота встречаемости кариеса зубов с учетом степени активности у детей, воспитывающихся в семьях.

При изучении данной патологии у этих детей выявлены следующие особенности: высокий уровень интенсивности кариозного процесса (I степень активности) в возрасте 6 лет, затем снижение показателя, стабилизация процесса в возрасте от 8 до 9 лет за счет физиологической смены зубов и резкий подъем от 9 до 10 лет с постепенным дальнейшим увеличением к 11-14 годам. В то же время II и III степень активности кариеса у этих детей встречается реже.

В основном вторую (индексы КПУ + кп, КПУ от 3 до 6, II—III группы здоровья) и третью (индексы КПУ + кп, КПУ больше 6 для возраста 6—10 лет и больше 5 для возраста 11—14 лет, IV—V группы здоровья) степень активности кариеса зубов имели дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах (рис. 2).

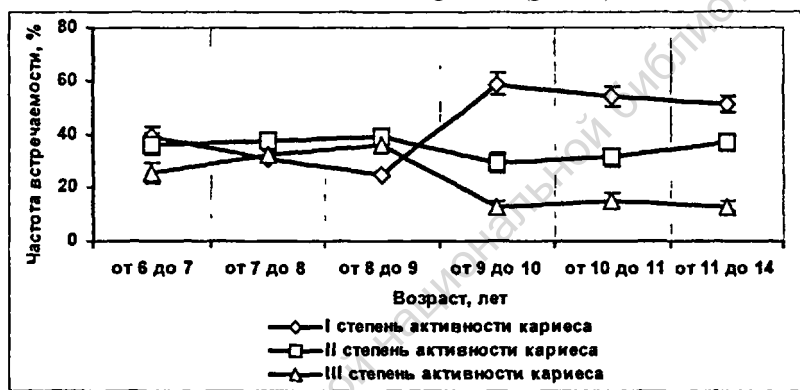


Рис. 2. Частота встречаемости кариеса зубов с учетом степени активности у детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах.

Таким образом, анализ частоты встречаемости и интенсивности кариеса зубов в возрастной динамике показал, что наиболее неблагоприятное состояние полости рта отмечалось у детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах.

Исходом осложнений кариеса зубов является их преждевременное удаление (за 1,0—1,5 года до физиологической смены), которое в последующем может привести к развитию зубочелюстных аномалий. В среднем показатель частоты встречаемости раннего удаления временных и постоянных зубов у детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, составил 29,04 %, у детей, воспитывающихся в семьях, - 21,05 % ($P < 0,01$).

Данная ситуация может быть связана с отсутствием системы диспансерного наблюдения за детьми, воспитывающимися в детских учреждениях. Дети, воспитывающиеся в семьях, могут получать стоматологическую помощь как по обращаемости в поликлинике, так и по

месту учебы, т.е. в школе, где имеется стоматологический кабинет, а дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах, в большей массе только по обращаемости в прикрепленную стоматологическую поликлинику по факту заболеваемости.

Сравнительный анализ частоты встречаемости аномалий и деформаций зубочелюстной системы определил, что наиболее высокие значения этого показателя наблюдались у детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, во всех возрастных группах (рис. 3).

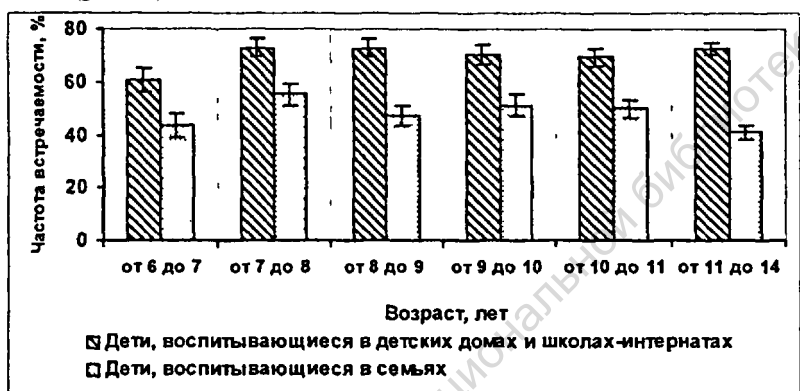


Рис.3. Частота встречаемости аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей с учетом возраста и места проживания.

В среднем у воспитанников детских домов и школ-интернатов данный показатель составил 69,80 %, а у детей, воспитывающихся в семьях, он был в 1,4 раза ниже - 47,83 % ($P < 0,001$).

Наиболее часто встречались аномалии и деформации при нейтральном соотношении челюстей по всем возрастным группам, но чаще данная патология наблюдалась у детей, воспитывающихся в семьях. По степени трудности лечение патологии при нейтральном соотношении челюстей требует наименьших затрат как врачебных, так и материальных. Дистальная и мезиальная окклюзия преобладала у детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах. На момент обследования около 30 % детей, воспитывающихся в семьях, находились на диспансерном учете или лечении у врача-ортодонта, в то время как дети из детских домов и школ-интернатов данную помощь не получали, за исключением детей с врожденной патологией и детей, воспитывающихся в детском доме № 5 г. Иркутска, где имеется должность врача-ортодонта. Эти данные указывают на необходимость совершенствования оказания ортодонтической помощи воспитанникам детских домов и школ-интернатов.

При обследовании детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, заболевания тканей пародонта отмечены у 16,85 %, а у детей, воспитывающихся в семьях, данный показатель был ниже в 1,7 раза и составил 9,51 % ($P < 0,01$). В основном отмечалась легкая и средняя степень гингивита, но при этом риск возникновения заболевания при здоровом пародонте у детей из детских домов и школ-интернатов был выше.

Данную ситуацию можно связать со становлением гормонального фона, урегулирование которого с возрастом, возможно, приведет к нормализации состояния тканей пародонта, а также и с более высоким уровнем соматической заболеваемости у воспитанников детских домов и школ-интернатов.

Не последнюю роль в данной ситуации играет и неудовлетворительная гигиена полости рта, поскольку зубной налет рассматривается как фактор риска возникновения кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта. При обследовании отмечено, что у детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, чаще встречались индексы гигиены «неудовлетворительный» (от $24,20 \pm 2,42$ до $31,93 \pm 3,62\%$), «плохой» (от $14,29 \pm 2,59$ до $20,48 \pm 3,58\%$) и «очень плохой» (от $6,02 \pm 1,85$ до $10,85 \pm 1,75\%$) во всех возрастных группах. Данные индексы свидетельствуют о низком уровне гигиенической культуры и об отсутствии санитарно-просветительной работы среди данного контингента населения.

Во всех возрастных группах детей, воспитывающихся в семьях, чаще отмечены индексы гигиены «хороший» (от $24,48 \pm 3,60$ до $29,01 \pm 3,96\%$) и «удовлетворительный» (от $45,45 \pm 4,16$ до $50,0 \pm 3,79\%$). Все показатели достоверны и свидетельствуют о наиболее благоприятном гигиеническом состоянии полости рта у детей, воспитывающихся в семьях. Вероятно, это связано с большей информированностью последних о гигиеническом уходе за полостью рта, доступностью в выборе средств гигиены и контролем со стороны родителей.

Необходимо отметить, что врачами-стоматологами неудовлетворительно организована профилактическая работа в детских коллективах, в частности в детских домах и школах-интернатах. Отстранились от нее и педиатры, средние медицинские работники, воспитатели, педагоги. Остается на низком уровне санитарно-просветительная работа.

Проведенное нами комплексное клиническое исследование позволило определить необходимый средний объем стоматологической помощи, в котором нуждаются дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах Иркутской области (рис. 4).



Рис. 4: Необходимый средний объем стоматологической помощи детям в возрасте от 6 до 14 лет в зависимости от места проживания (УЕТ на 1 ребенка).

Расчет условных единиц трудоемкости показал следующее. Дети, воспитываемые в детских домах и школах-интернатах, нуждаются в большем объеме терапевтической помощи, включающей в себя лечение кариеса зубов, а также его осложнений, чем дети, воспитываемые в семьях ($13,29 \pm 0,64$ и $9,36 \pm 0,36$ УЕТ соответственно) ($P < 0,001$). Необходимый средний объем ортодонтической помощи детям, воспитываемым в детских домах и школах-интернатах, составил $15,17 \pm 0,64$ УЕТ, что достоверно выше, чем детям, воспитываемым в семьях, — $8,75 \pm 0,48$ УЕТ ($P < 0,001$).

Профилактические мероприятия являются ведущим звеном в стоматологии, но и в этом плане детям, воспитываемым в детских домах и школах-интернатах, не уделяется должного внимания.

На территории Иркутской области находятся 17 детских домов и 15 школ-интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Общее количество воспитанников данных учреждений на период обследования составляло 4317. В 2004 г. запланировано открытие еще одного детского дома в г. Иркутске на 180 мест, специальной коррекционной школы-интерната в г. Саянске на 90 мест, кадетской школы-интерната в г. Усолье-Сибирское на 240 мест.

Из 32 учреждений на период обследования только в 9 были организованы стоматологические кабинеты. В целом их кадровый состав: 6,5 должности врача-стоматолога (в том числе 1,0 должности врача-ортодонта), 1,0 должности зубного техника.

Проведенные нами расчеты установили, что для оказания стоматологической терапевтической помощи (включая профилактические мероприятия) детям, воспитываемым в детских домах и школах-ин-

тернатах г. Иркутска и Иркутской области, необходимо 10,9 врачебных должности.

Для проведения рационального лечения определенной нозологической формы аномалий зубочелюстной системы и мероприятий, направленных на предупреждение возникновения зубочелюстных аномалий, для детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, необходимо 12,5 врачебных должности.

Расчет численности медицинского персонала для оказания стоматологической помощи детям, воспитывающимся в детских домах и школах-интернатах, определил, что фактическая обеспеченность должностями врачей-стоматологов составляет лишь 27,8 % от истинной потребности: при необходимых 23,4 врачебных должности (стоматолог-терапевт и стоматолог-ортодонт) имеется 6,5.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах, имеют более высокую нуждаемость в стоматологической помощи. Несмотря на то, что практически во всех общеобразовательных школах, где обучаются дети из детских домов (дети, проживающие в школах-интернатах, обучаются на месте), оборудованы стоматологические кабинеты, данный контингент специализированной помощи там не получает. Это объясняется тем, что в каждом детском доме должна быть должность врача-стоматолога. По штатному расписанию такая должность выделена, но фактически не во всех учреждениях укомплектована.

Важной составляющей повышения качества и обеспечения достаточного объема лечебной и профилактической помощи являются соответствующим образом оснащенные стационарные стоматологические кабинеты. Первоочередной задачей врача стационарного стоматологического кабинета является проведение лечебно-профилактических, лечебно-диагностических мероприятий и диспансерное наблюдение.

Все вышеперечисленное подтвердило необходимость создания модели оказания стоматологической помощи воспитанникам детских домов и школ-интернатов. Полноценное удовлетворение потребности в стоматологическом обслуживании возможно только при рациональном распределении медицинского персонала в зависимости от необходимого объема помощи. Выявленные уровни заболеваемости позволяют дифференцировать нормативы объема стоматологической помощи в возрастном аспекте и по видам (терапевтическая, ортодонтическая, профилактическая) (схема 3).

В предполагаемом стационарном кабинете в течение всего года будет проводиться терапевтическое и ортодонтическое лечение, а также профилактические мероприятия по предупреждению основных стоматологических заболеваний.



Схема 3. Обоснование потребности в стоматологической помощи детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах.

По нашим расчетам, на территории области для оказания лечебно-профилактической и ортодонтической помощи рекомендуется иметь 7 стационарных стоматологических кабинетов (с учетом организованного в 1998 г. на базе детского дома № 5 г. Иркутска). В каждом кабинете должна быть должность врача-стоматолога-терапевта и врача-ортодонта. На основании нормативных документов должность зубного техника устанавливается соответственно должностям врачей-ортодонтов.

Одной из организационных новаций является создание комнат профилактики основных стоматологических заболеваний на базе детских домов, домов ребенка и школ-интернатов, представляющих собой начальное звено программы профилактики и лечения. Комнаты предполагается разместить в детских учреждениях, где не предусмотрена организация стационарных стоматологических кабинетов. Профилактическую направленность в данной структуре проводит врач-гигиенист.

Размещение стационарных стоматологических кабинетов в детских домах и школах-интернатах на административной территории Иркутска-

кой области произведено нами в зависимости от удаленности, их количества на отдельной территории, дифференциации по числу воспитанников и их возрасту и на основе рациональной структуры оказания стоматологической помощи данному контингенту. При разработке модели учитывался фактор доступности стоматологической помощи для изучаемого контингента и целесообразность формирования стоматологических кабинетов в зависимости от объема и видов оказываемой помощи. Таким образом, разработанная нами модель позволяет совершенствовать оказание стоматологической помощи в необходимом объеме детям, воспитывающимся в детских домах и школах-интернатах (схема 4).

Кроме этого, на основании анализа полученных результатов мы предлагаем мероприятия, которые позволят снизить риск возникновения основных стоматологических заболеваний среди воспитанников детских домов и школ-интернатов:

- проведение скрининг-обследования на выявление ранних признаков стоматологических заболеваний;
- улучшение гигиенического воспитания по вопросам профилактики кариеса зубов, заболеваний пародонта и возникновения вторичных аномалий зубочелюстной системы;
- обучение детей и подростков гигиеническим навыкам, организация уголков гигиены для проведения мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний;
- рациональное размещение кадров стоматологического профиля с учетом потребности в помощи в стационарных стоматологических кабинетах;
- активное участие педиатрической службы в организации профилактики стоматологических заболеваний, обеспечение преемственности педиатрической и стоматологической служб;
- активное участие среднего медицинского персонала в проведении профилактических мероприятий.

Таким образом, наши исследования показали, что дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах, имеют более низкий уровень санированности полости рта и более высокую нуждаемость в стоматологической помощи, чем дети, проживающие в семьях. Предложенная нами модель оказания стоматологической помощи детям, воспитывающимся в детских домах и школах-интернатах, делает ее более рациональной и доступной. Основное направление работы детских стоматологов и ортодонт в этих учреждениях должно заключаться в активном наблюдении ребенка с первых дней поступления в детский дом или школу-интернат, т. е. в диспансеризации. Тактика врача-ортодонта при проведении профилактических и ранних реабилитационных мероприятий усложняется, так как в семьях этим занимаются родители и одновременно воспитатели дошкольных учреждений по назначению врача. В детских домах и школах-интернатах нужна активная совместная работа в данном направлении педагогов и воспитателей.

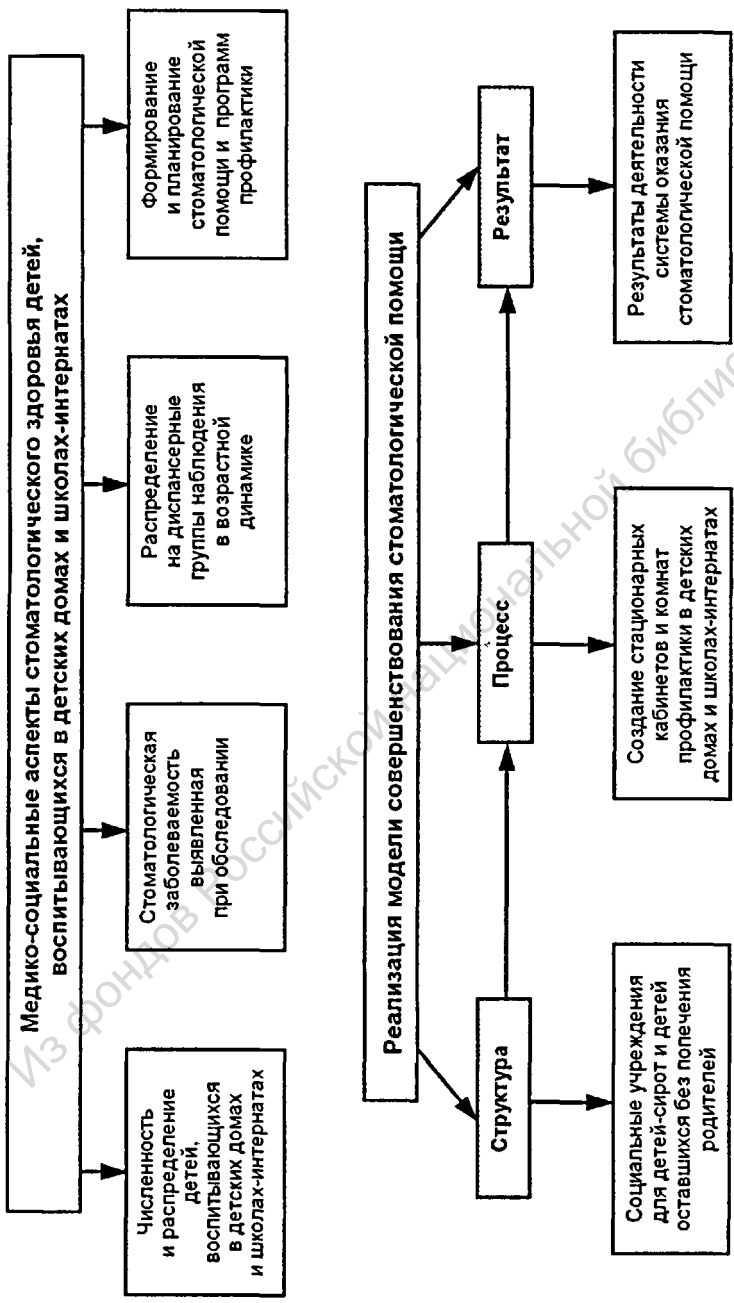


Схема 4. Модель совершенствования стоматологической помощи детям, воспитывающимся в детских домах и школах-интернатах в современных условиях

ВЫВОДЫ

1. При сравнительном анализе стоматологической заболеваемости, проведенном между воспитанниками детских домов и школ-интернатов и детьми, воспитывающимися в семьях, выявлено: частота встречаемости кариеса зубов - 85,52-89,80 и 79,06-88,11 % соответственно; раннего удаления временных и постоянных зубов — 29,04 и 21,05 % соответственно ($P < 0,01$); аномалий и деформаций зубочелюстной системы — 69,80 и 47,83 % соответственно ($P < 0,01$); заболеваний тканей пародонта — 16,85 и 9,51 % соответственно ($P < 0,01$). Гигиеническое состояние полости рта также наиболее неблагоприятное у детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах.

2. Средний объем стоматологической помощи, в котором нуждаются дети, воспитывающиеся в детских домах и школах-интернатах, по всем видам достоверно выше, чем для детей, воспитывающихся в семьях. Необходимый объем терапевтической помощи составил $13,29 \pm 0,64$ и $9,36 \pm 0,36$ УЕТ соответственно ($P < 0,001$), ортодонтической помощи - $15,17 \pm 0,64$ и $8,75 \pm 0,48$ УЕТ соответственно ($P < 0,001$).

3. В результате анализа системы оказания стоматологической помощи воспитанникам детских домов и школ-интернатов выявлено, что она не адекватна современным условиям, отсутствие комплексного подхода к ее организации и планированию сказывается на уровнях стоматологической заболеваемости детей, поэтому для удовлетворения потребности в стоматологической помощи необходимо рациональное размещение врачебных должностей с учетом их дифференциации по специальностям.

4. Разработанная модель оказания стоматологической помощи воспитанникам детских домов и школ-интернатов позволяет максимально приблизить ее к данному контингенту, удовлетворять потребность в ней, а также осуществлять диспансерное наблюдение детей в возрастной динамике.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лечебно-профилактические мероприятия по поводу основных стоматологических заболеваний у воспитанников детских домов и школ-интернатов целесообразно проводить непосредственно на базе этих учреждений. Для их осуществления необходимо организовать стационарные стоматологические кабинеты и комнаты профилактики основных стоматологических заболеваний.

2. Проведение мероприятий по профилактике аномалий и деформаций зубочелюстной системы необходимо начинать в дошкольном возрасте с использованием миогимнастики, массажа, устранением вредных привычек, нормализацией функций дыхания, жевания, глотания.

3. Созданная оптимизационная модель оказания стоматологической помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения роди-

телей, может быть использована органами социальной защиты и образования при планировании программ профилактики основных стоматологических заболеваний.

4. Диспансерное наблюдение этих детей должно носить комплексный характер и включать интеграцию воспитателей, педагогов, среднего медицинского персонала для повышения эффективности выполнения программ профилактики основных стоматологических заболеваний.

5. Рассчитанные необходимые объемы стоматологической помощи, а также разработанные научно обоснованные подходы к ее планированию позволят рационально разместить должности врачей-стоматологов и среднего медицинского персонала, обеспечивая реализацию принципа доступности медицинской помощи.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Сергеева Н.Д. Влияние сбалансированного питания и гигиены полости рта на распространение кариеса зубов / Н.Д. Сергеева, Т.В. Киселева, Л.Р. Колесникова // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. - Иркутск, 1999. - №2 (9). - С. 136-137.

2. Сергеева Н.Д. Анализ работы дошкольного образовательного учреждения № 158 г. Иркутска по внедрению программ профилактики стоматологических заболеваний / Н.Д. Сергеева, Т.В. Киселева, Л.Р. Колесникова, В.А. Куковская // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. - Иркутск, 2000. - №1(11). - С. 17-18.

3. Шкавро Т.К. Изменение гигиенического состояния полости рта у детей при ортодонтическом лечении / Т.К. Шкавро, Л.Р. Колесникова, С/Ю. Романюк, А.С. Угрюмов // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. - Иркутск, 2000. - №1(11). - С. 104-105.

4. Васильев В.Г. Ортодонтическая помощь детям детских домов в современных условиях / В.Г. Васильев, Л.Р. Колесникова, И.С. Кицул // Медико-биологические проблемы: Сб. науч. тр. — Кемерово — Москва, 2000. - Вып. 7. - С. 58-59.

5. Васильев В.Г. Профилактика стоматологических заболеваний / В.Г. Васильев, Л.Р. Колесникова: Учебно-методическое пособие. — Иркутск, 2001, - Ч. I. - 70 с.

6. Васильев В.Г. Профилактика стоматологических заболеваний / В.Г. Васильев, Л.Р. Колесникова: Учебно-методическое пособие. — Иркутск, 2001. - Ч. II. - 87 с.

7. Колесникова Л.Р. Ортодонтическая помощь детям детских домов /Л.Р. Колесникова // Копейкинские Байкальские чтения-2001: Сб. тез. междунар. конф. - Иркутск — Ангарск, 2001. — С. 74—76.

8. Васильев В.Г. Гигиеническое состояние полости рта у детей детского дома при ортодонтическом лечении / В.Г. Васильев, Г.М. Гайдаров, И.С. Кицул, Л.Р. Колесникова // Копейкинские Байкальские чтения-2001: Сб. тез. междунар. конф. - Иркутск - Ангарск, 2001. - С. 76-77.

9. Колесникова Л.Р. Профилактика зубочелюстных аномалий с применением миогимнастики / Л.Р. Колесникова, М.В. Федотова, О.С. Семенова // Медико-биологические проблемы: Сб. науч. тр. — Кемерово — Москва, 2003. - Вып. 11. - С. 47-48.

10. Колесникова Л.Р. Сравнительный анализ частоты встречаемости стоматологической патологии среди детей, воспитывающийся в детских домах и в обычных семьях / Л.Р. Колесникова, Т.К. Шкавро // Медико-биологические проблемы: Сб. науч. тр. — Кемерово — Москва, 2003.-Вып. И. - С. 48-49.

11. Колесникова Л.Р. Стоматологическое здоровье детей, проживающих в детских домах (на примере Иркутской области) / Л.Р. Колесникова, В.Г. Васильев, И.С. Кицул, Т.К. Шкавро // Тр. VIII съезда Стоматологической Ассоциации России (Москва, 9—12 сентября 2003 г.). — М., 2003.-С. 311-313.

12. Васильев В.Г. Оценка стоматологического здоровья детей, воспитывающихся в детских домах / В.Г. Васильев, И.С. Кицул, Л.Р. Колесникова // Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения Иркутской области: Сб. ст. межрегиональной науч.-практ. конф. / Под общей ред. Г.М. Гайдарова. — Иркутск: Иркутское мед. изд-во, 2003. - Вып. 4. - С. 69-70.

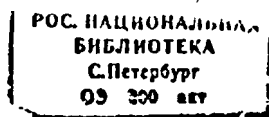
13. Колесникова Л.Р. Оценка гигиенического состояния полости рта у детей, воспитывающихся в детском доме / Л.Р. Колесникова // Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения Иркутской области: Сб. ст. межрегиональной науч.-практ. конф. / Под общей ред. Г.М. Гайдарова. — Иркутск: Иркутское мед. изд-во, 2003. — Вып. 4. — С. 75—76.

14. Васильев В.Г. Раннее удаление временных и постоянных зубов как причина возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций / В.Г. Васильев, Л.Р. Колесникова, Т.К. Шкавро // Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения Иркутской области: Сб. ст. межрегиональной науч.-практ. конф. / Под общей ред. Г.М. Гайдарова. — Иркутск: Иркутское мед. изд-во, 2003. — Вып. 4. — С. 276-277.

15. Колесникова Л.Р. Оценка гигиенического состояния полости рта у детей в организованном детском коллективе / Л.Р. Колесникова, В.Г. Васильев // Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии / Под ред. В.Э. Гюнтера. — Томск: ИПФ; Изд-во НТЛ, 2003. - С. 205-206.

Подписано в печать 17.05.2004. Бумага офсетная. Формат 60x84^{1/16}.
Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 1,0
Тираж 100 экз. Заказ № 129-04.

РИО НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН
(Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел 29-03-37. E-mail: arleon@rol.ru)



№ 13394

Из фондов Российской национальной библиотеки