

Тема: Стоматологические профилактические программы

Структура проведения практического занятия.

- 15 мин – тестовый контроль исходного уровня знаний
- 30 мин – устный опрос
- 15 мин – перерыв
- 30 мин – теоретический разбор темы занятия
- 15 мин – подготовка к проведению практической части занятия
- 15 мин - перерыв
- 30 мин – практическая часть занятия
- 15 мин – контроль полученных знаний и навыков во время занятия

К наиболее эффективным методам профилактики стоматологических заболеваний относятся разработка и реализация профилактических стоматологических программ. Стоматологические программы могут иметь различные объем, цели, масштабы и способы выполнения.

Однако любые из них не могут выполняться силами только стоматологов. Они всегда должны носить либо государственный, либо региональный, либо учрежденческий характер (школы, детские сады и др.), и главную роль в их реализации отводят административной власти на уровне региона, органам образования, здравоохранения, социальным и финансовым структурам.

Любой вид профилактических программ предусматривает проведение ряда этапов.

1. Планирование.
2. Финансирование.
3. Кадровое обеспечение.
4. Эпидемиологическое обследование.
5. Материальное обеспечение.
6. Реализация программы.
7. Мониторинг программы.
8. Оценка ее результатов на этапах, коррекция и дальнейшее выполнение.

Стоматологические профилактические программы должны быть долгосрочными, конкретными, последовательными, контролируемые, медицински и экономически обоснованными.

Первый этап внедрения комплексной системы профилактики заключается в **составлении списка учреждений**, где планируется проведение мероприятий. Такими учреждениями являются, в первую очередь, организованные детские коллективы (школы, детские комбинаты); женские консультации (стоматологическая профилактика у беременных); высшие учебные заведения; отдельные промышленные предприятия с вредными условиями труда и средние профессионально-технические училища. Очередность и полноту охвата первичными профилактическими мероприятиями определяет районное или городское управление здравоохранения совместно с органами просвещения. При этом во внимание принимают местные условия и потребность в профилактических мероприятиях.

Второй этап — **заключение конкретного финансового договора** между службами **здравоохранения и образования**. Этот договор должен предусматривать взаимные обязанности сторон. Руководители отделов образования (**приказ МЗ СССР и Госкомитета по народному образованию № 639/271 от 11.08.88 г.**) должны выделить помещение и средства для оборудования специальных комнат гигиены и профилактики, для закупки средств и предметов личной гигиены, наглядных пособий, мебели и т. д. Директорам школ необходимо привести в соответствии с реальными возможностями оборудование классов, кабинетов, уголков гигиены или комнаты «здорового ребенка», где наряду со стоматологами профилактические мероприятия могут проводить врачи других специальностей (гигиенисты, окулисты, инфекционисты и др.). В свою очередь руководители служб здравоохранения должны выделить необходимых специалистов, средства профилактики и диагностики.

Третий этап — подготовка медицинских кадров высшего и среднего звена для проведения эпидемиологических обследований, гигиенического воспитания населения и профилактических мероприятий в намеченных коллективах.

Необходимые кадры готовятся из врачей и работников среднего медицинского звена детских стоматологических поликлиник или профилактических отделений стоматологических поликлиник. Для этого предусматривается специальная программа подготовки по всем необходимым разделам первичной и вторичной профилактики. Однако более целесообразно использовать в реализации программ специально подготовленный средний медицинский персонал в лице гигиенистов. В настоящее время в номенклатуру специалистов стоматологического профиля **приказом МЗ РФ № 33 от 06.02.2001 г.** введена эта должность.

Четвертый этап — изучение и учет климатогеографических факторов, особенностей питания, быта, привычек населения, состава воды. При этом должны быть оценены степень суровости климата, уровень солнечной инсоляции, ветровой и холодный режимы, особенности геохимии почвы, степень жесткости воды, содержание в ней фтора, уровень потребления молока и молочных продуктов, сбалансированность питания по основным показателям белков, жиров и углеводов, уровень потребления Са и Р, а также микроэлементов. Таким образом исследуют факторы, которые могут оказывать существенное влияние на уровень и особенности стоматологической заболеваемости.

Пятый этап — эпидемиологическое обследование выделенных групп детского населения для определения уровня поражаемости основными стоматологическими заболеваниями и выявления их количественной характеристики в виде различных индексов. Эпидемиологические обследования должна проводить специально подготовленная бригада специалистов, прошедших калибровку на идентичность результатов. Они заполняют разработанную ВОЗ карту эпидемиологического обследования. Чаще всего для этих целей обследуют лиц из следующих возрастных групп: 5—6 лет, 12, 15, 35 и 44 года. Бригада специалистов должна быть оснащена всем необходимым — зондами, зеркалами, пуговичными пародонтальными зондами, стерилизационной аппаратурой, дезинфицирующими растворами, ватными валиками, картами ВОЗ. Для каждого обследованного определяют индексы КПУ, ИГ, состояние пародонта (индекс СРITN) и др. Данный метод позволяет определить заболеваемость, производя минимальную выборку из возрастных групп (25—30 чел). Все полученные результаты с помощью ручных или компьютерных расчетов сводят в таблицы. Распространенность кариеса в возрасте 12 лет считается высокой, если кариесом

поражено 50—70 % населения, массовой — 70—90 %, сплошной — при поражении свыше 90 %. По интенсивности (индекс КПУ): как низкий — до 3,0, средний — 3,0—6,0, высокий — более 6,0.

На основе данных обследований могут быть рассчитаны необходимые средства для вторичной и первичной профилактики, а также проведено разделение детского населения на диспансерные группы для дифференциации объема лечебной и профилактической работы.

Шестой этап — **оснащение и подготовка помещений и условий для внедрения профилактических мероприятий.** На этом этапе приобретают средства профилактики, наглядные пособия, подготавливают комнаты (классы) гигиены. Необходимо учитывать, что этот этап может быть довольно длительным, особенно если в учреждениях отсутствуют помещения с раковинами и зеркалами и нет подвода водопроводной воды и канализации. Поэтому во многих случаях организация комнаты гигиены требует составления предварительного проекта с расчетом необходимых материалов, рабочей силы.

Седьмой этап — **составление подробной региональной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний с учетом предварительно проведенной работы.** При этом определяют характер, объем и последовательность профилактических мероприятий в различных диспансерных группах населения. Данный этап строят на результатах эпидемиологического обследования и изучения климатогеографических особенностей региона, питания, состава воды и других факторов.

При анализе местной ситуации обязательно учитывают содержание фтора в питьевой воде. При пониженном содержании (менее 0,6 мг/л) в комплекс профилактических мероприятий вводят фторирование. Однако при этом необходимо выяснить уровень потребления населением чая и его сортов, так как известно, например, что население южных районов получает достаточное количество фтора именно с зеленым чаем, где его содержание довольно высоко. Большое количество употребляемого чая, даже в местностях с низкой концентрацией фторидов в воде, полностью обеспечивает потребности организма во фторе. Имеет также значение уровень жесткости питьевой воды. Мягкая вода с низким содержанием Са (0—3 мг-экв/л) способствует возникновению кариеса зубов. Развитию основных стоматологических заболеваний способствуют низкий уровень солнечной инсоляции, повышенная суровость и экстремальность климата. Действие этих факторов приводит к гиповитаминозу С, Д, нарушению кальциевого обмена, что влечет за собой понижение резистентности к стоматологическим заболеваниям. Для уточнения характера необходимых профилактических мероприятий анализируют питание населения. При этом особое внимание обращают на режим и качество потребления легкоусвояемых углеводов — сладостей, в какое время суток они принимаются, в каком виде (жидкие блюда, печенье, пирожные, липкие конфеты и т. д.). Все эти сведения помогают уточнить роль углеводов в развитии стоматологической патологии у обследуемых групп населения, а следовательно, в построении программ профилактики, особенно по разделу гигиенического воспитания, определения уровня гигиены полости рта и выбора адекватных средств профилактического воздействия.

Необходимо выявить также содержание минеральных компонентов пищи, в первую очередь кальция. Для этого определяют уровень потребления молока и молочных продуктов, а также жесткость воды. При малом потреблении молока и мягкой воде могут сложиться условия относительного недостатка кальция в диете, особенно это характерно

для северных районов страны. Из других качественных характеристик питания имеют значение сбалансированность белков, жиров, углеводов в диете, наличие естественных витаминов в пище.

Ситуацию со стоматологической заболеваемостью улучшает потребление пищи, обладающей способностью очищать зубы и полость рта (морковь, репа, яблоки и др.). Из других выявляемых факторов необходимо оценить уровень гигиены полости рта, знание населения о ней.

Для планирования объема и характера стоматологической профилактики необходимо сопоставить данные эпидемиологических обследований и выявленные неблагоприятные факторы. Их сопоставление поможет установить вероятные причинно-следственные связи и наметить адекватные патогенетически обоснованные методы профилактики.

Объем профилактических мероприятий и, особенно, кратность их проведения зависят не только от выявленных дефектов питания, факторов внешней среды, но и от интенсивности кариеса зубов. Вполне естественно, что более активные формы заболеваний, например декомпенсированная форма кариеса по Виноградовой, требуют большего объема и кратности профилактических вмешательств.

Восьмой этап — **утверждение состава координационного совета** в администрации по выполнению профилактических программ.

Девятый этап предусматривает **обсуждение, коррекцию и окончательное утверждение программы** всеми заинтересованными лицами.

Десятый этап — **непосредственное проведение профилактических мероприятий в различных группах населения**. Они предусматривают:

а) курсы гигиенического воспитания с медицинским персоналом лечебных и детских учреждений, педагогами и родителями. Только убежденные в необходимости профилактики сотрудники и родители могут стать надежными соратниками стоматологов в этой важной работе. При этом нельзя выпускать из внимания ни одно из перечисленных звеньев населения;

б) уроки гигиены и практические занятия непосредственно с охваченными группами населения. Эти занятия должны включать элементы контроля качества ухода за полостью рта, меры по улучшению и рационализации питания детей. Практическим занятиям всегда должны предшествовать беседы и выступления врачей, убеждающие в необходимости, простоте и эффективности профилактических мероприятий. Только при этом условии будут действительны дальнейшие практические занятия по обучению и коррекции гигиены полости рта и непосредственные мероприятия по специальной профилактике основных заболеваний. Как теоретическую, так и практическую части занятий обязательно закрепляют с помощью контрольных вопросов и ответов, а их эффективность оценивают повторным определением индекса гигиены полости рта. Одновременно должны быть приняты меры (административные и организационные) по устранению обнаруженных дефектов питания в организованных детских коллективах;

в) специальные профилактические средства этиотропного и патогенетического действия. Эти средства должны быть отобраны в соответствии с реальным клиническим стоматологическим статусом в различных группах населения и данными параклинических методов обследования, проведенным ранее. При этом учитывают реальную обстановку, связанную с наличием средств фтористой, бесфтористой профилактики кариеса зубов, антисептиков, ферментов, средств и предметов гигиены полости рта, а также возможность их приобретения или изготовления в аптечных или лабораторных условиях.

Опыт зарубежных стран и России совершенно однозначно показывает, что без финансирования в достаточном объеме невозможна реализация никаких профилактических программ. Недопустимо также превращение профилактики из государственной и социальной проблемы в сугубо медицинскую. За последние годы стало совершенно очевидным, что медицинские аспекты стоматологической профилактики занимают лишь незначительное место в ее реализации и включают эпидемиологическое обследование, составление программы и ее мониторинг. При этом основную часть медицинских манипуляций выполняет специально обученный средний медицинский персонал (гигиенисты). Врач-стоматолог должен участвовать в их реализации на своем рабочем месте, разрабатывая рекомендации индивидуализированной профилактики, его основная функция — лечение стоматологических заболеваний и надзор за качеством работы среднего медицинского персонала.