

УДК 614.23:616.31:371.7

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В УСЛОВИЯХ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

В.И. Сабанов<sup>1</sup>, Е.В. Романчук<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>МАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1», г. Волгоград

*Сабанов Валерий Иванович – e-mail: visabanov@yandex.ru*

В статье рассмотрены пути оптимизации работы детского стоматолога в условиях школьного стоматологического кабинета. Современные условия диктуют разработку индивидуального подхода к каждому пациенту, учитывая наличие возможных факторов риска развития заболеваний полости рта. В работе врача основная цель должна быть направлена на профилактическую составляющую. Авторы предлагают дополнительно вводить группы диспансерного наблюдения с целью воздействия на модифицируемые предрасполагающие факторы развития стоматологических заболеваний. Рассмотрена эффективность проводимых мероприятий на основе анализа основных эпидемиологических показателей. В исследовании с 2007 по 2010 г. принимали участие 3953 учащихся муниципальных общеобразовательных школ в возрасте 7–17 лет.

**Ключевые слова:** школьная стоматология, школьники, диспансеризация, школьный стоматологический кабинет.

The article discusses some ways to optimize pediatric dentist on the school grounds. Modern conditions dictate the development of an individual approach to each patient, taking into account the presence of possible risk factors for oral diseases. In the work of the doctor, with the primary aim should be focused on prevention component. The authors suggest further administered group clinical supervision, in order to influence modifiable predisposing factors in the development of dental diseases. The authors examined the effectiveness of interventions based on the analysis of key epidemiological indicators. In a study from 2007 to 2010 were examined 3953 students of municipal schools aged 7–17.

**Key words:** school – based dental health service, schoolchildren, clinical examination, school dental office.

## Введение

Стоматологическая диспансеризация детей требует индивидуального подхода, только в этом случае возможно учесть все потенциально предрасполагающие факторы риска развития заболеваний полости рта, провести адекватное в полном объеме планирование медицинских мероприятий [1, 2, 3]. Хорошо поставленная плановая санация полости рта у детей дает ощутимый эффект: уменьшается удельный вес зубов, пораженных осложненными формами кариеса, приходится реже прибегать к их удалению. Врач-стоматолог, работающий в школьном стоматологическом кабинете, должен иметь специальную подготовку. Этот врач должен вовремя увидеть все отклонения от нормы терапевтического, хирургического и ортодонтического профиля челюстно-лицевой области ребенка, при необходимости направить к соответствующему специалисту. Основным стоматологическим заболеванием в детском возрасте является кариес зубов и его осложнения. Распространенность кариеса зубов у детей школьного возраста сохраняется на высоком уровне [4, 5]. Решение проблем профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детского населения является одной из наиболее важных медицинских и социальных задач государства и общества. Успешное решение этой задачи напрямую связано с широким внедрением диспансерного метода в деятельность стоматологических служб, которая основывается на первичной и вторичной профилактике стоматологических заболеваний, а также проведении плановой стоматологической санации в организованных детских коллективах. Выявление и лечение на ранних стадиях патологических поражений органов и тканей полости рта, предупреждение их прогрессирования и развития осложнений определяют эффективность проводимой работы.

Организация школьных стоматологических кабинетов является одной из форм медико-социальной защиты детей, так как они могут по месту учебы получить необходимую стоматологическую помощь в рамках системы обязательного медицинского страхования с минимальными потерями учебного времени, а также без отвлечения от работы их родителей.

Основной задачей стоматологической диспансеризации детей должно стать сохранение и повышение резервов стоматологического здоровья каждого ребенка, выявление и устранение факторов риска возникновения заболеваний. Медицинское значение развития школьной стоматологии заключается в обеспечении своевременной лечебно-профилактической помощи. Предупреждение и лечение стоматологических заболеваний у школьников способствует улучшению стоматологического здоровья в их взрослой жизни, а следовательно, ведет к снижению потребности в квалифицированной стоматологической помощи в будущем. Профилактика стоматологических заболеваний и лечение неосложненного кариеса, которые проводятся в школьных стоматологических кабинетах, значительно эффективнее не только с медицинской точки зрения, но и имеют выраженный экономический эффект, поскольку затраты на их проведение во много раз ниже, чем те, которые возникают в результате лечения осложненных, удаления, протезирования дефектов зубов и зубных

рядов, ортодонтического лечения и имплантации в последующем.

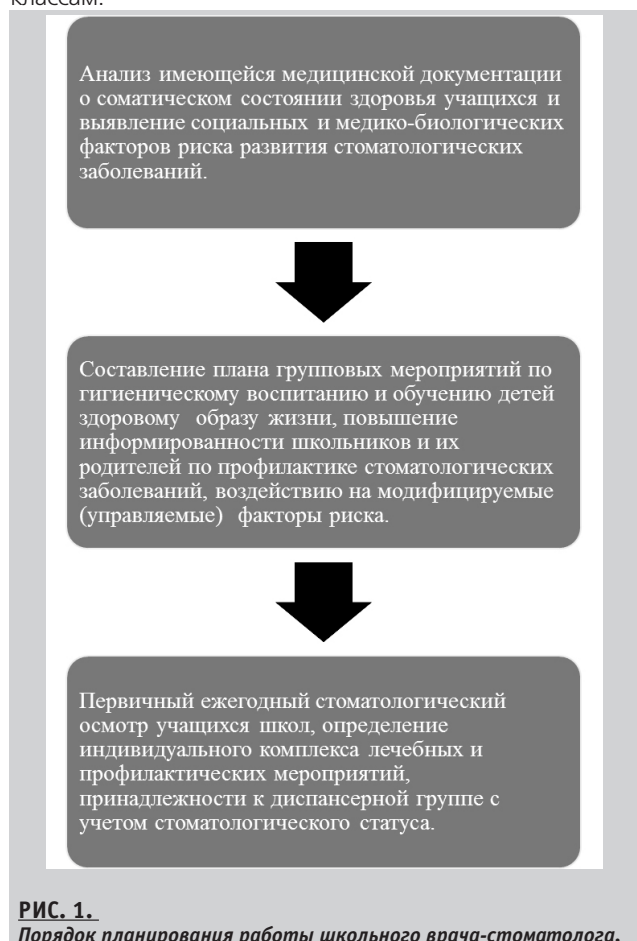
В связи с изложенным нами была поставлена **цель исследования**: разработать комплекс мер по улучшению профилактической и лечебной работы врача-стоматолога детского в условиях школьного стоматологического кабинета муниципальных общеобразовательных учреждений.

## Материалы и методы

Исследование проводилось в трехлетний период (с 2007 по 2010 г.) в условиях школьных стоматологических кабинетов на базе Средней общеобразовательной школы № 93 и Средней общеобразовательной школы № 56 г. Волгограда. В исследовании принимали участие 3953 учащихся в возрасте 7–17 лет: 1346 (2007–2008 уч. г.), 1310 (2008–2009 уч. г.) и 1297 (2009–2010 уч. г.). Нами оценивался общесоматический статус детей на основе анализа медицинских карт ребенка (форма № 026/у), проводилась регистрация стоматологического статуса в соответствующих медицинских картах (форма № 267/у). Анализ распространенности и интенсивности патологии полости рта оценивали по общепринятым международным критериям.

## Результаты и их обсуждение

Алгоритм работы школьного стоматолога должен складываться из ряда мероприятий (рис. 1). Существует два варианта планирования работы стоматолога в учебных заведениях: первый вариант предполагает начало санации с первых классов, постепенно продвигаясь к старшим классам.



**РИС. 1.**

**Порядок планирования работы школьного врача-стоматолога.**

Положительный момент заключается в том, что своевременно можно диагностировать интактные фиссуры первых моляров с целью их герметизации; второй вариант предполагает начало лечебно-профилактических мероприятий с 11-го класса, этот вариант диктуется современным построением учебного процесса, так, если оставить санацию старшеклассников на весенние месяцы, то можно не добиться полного охвата выпускников качественной санацией, что связано с их подготовкой к выпускным экзаменам. Кроме того, первоклассники должны приходить в школу с санированной полостью рта, первичный их осмотр должен быть проведен в детском дошкольном учреждении или в стоматологической поликлинике до их поступления в школу [6]. Если за школьным врачом-стоматологом не закреплены детские дошкольные учреждения, то целесообразнее применять первый вариант планирования. В случае, когда школьный стоматолог провел все необходимые лечебно-профилактические мероприятия с дошкольниками в прикрепленных детских садах, то в начале учебного года санацию лучше начинать с выпускных классов. При необходимости можно сочетать оба метода.

В процессе исследования группы наблюдения формировались с учетом интенсивности кариозного процесса, наличия других стоматологических заболеваний полости рта и предрасполагающих факторов. Таким образом были образованы три стоматологические диспансерные группы: 1-я группа – дети, у которых отсутствуют заболевания твердых тканей зубов, с физиологической или оптимальной функциональной окклюзией, не имеющие заболеваний пародонта; дети, имеющие низкую активность основных стоматологических заболеваний; 2-я группа – дети, имеющие умеренную активность стоматологических заболеваний; 3-я группа – дети, имеющие высокую активность стоматологических заболеваний (таблицы 1, 2, 3).

В каждой диспансерной группе выделяли подгруппу «А» с повышенным риском развития основных стоматологических заболеваний (3–4-я группа здоровья, неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, наследственный фактор, нерегулярное посещение стоматолога и др.). Кратность осмотра детей данных подгрупп увеличивалась на 1–2 дополнительных посещения для проведения профилактических мероприятий (контроль гигиены, профессиональная гигиена, нанесение кариеспрофилактических препаратов и др.).

При обследовании учащихся дети с легко устранимыми факторами риска развития стоматологических заболеваний, например гингивитом, обусловленным наличием неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта, при условии отсутствия основного стоматологического заболевания, относились к подгруппе «А» первой группы.

Объем лечебно-профилактических мероприятий, кратность осмотра учащихся определялись принадлежностью к диспансерной группе. Детям 1-ой группы проводили основную схему диспансеризации: профилактическое стоматологическое обследование один раз в год, герметизация (по показаниям) первых постоянных моляров в возрасте 7–8 лет; аппликация фторидных препаратов 2 раза в год, общие рекомендации по питанию и гигиене полости рта.

Детям подгруппы «А» 1-ой группы дополнительно проводили устранение выявленных управляемых факторов

**ТАБЛИЦА 1.**  
*Первая диспансерная группа*

Общий и стоматологический статусы	Возраст										
	7 лет	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет
Дети первой и второй соматических групп здоровья, имеющие здоровую полость рта	29	6	21	40	43	31	37	22	25	16	13
Дети третьей и более соматической группы здоровья, имеющие здоровую полость рта	–	1	4	1	15	4	1	6	2		
Дети, имеющие короткую уздечку верхней губы и языка	5	3	5	2	4	3	1	2	3	–	2
Дети, имеющие острый катаральный гингивит				2	3	1	2	3			
Дети, имеющие компенсированную форму кариозного процесса	93	35	71	43	59	64	62	51	63	79	81
Дети, перенесшие удаление сверхкомплектного зуба				1	2						
Дети с аномалиями отдельных зубов	36	26	32	26	29	18	31	27	26	19	17
Дети, имеющие дефекты зубных рядов малой протяженности	30	14	8	6	5	1	6	6	5	11	10

**ТАБЛИЦА 2.**  
*Вторая диспансерная группа*

Общий и стоматологический статусы	Возраст										
	7 лет	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет
Дети с субкомпенсированной формой кариеса	23	46	32	21	24	29	23	14	8	5	15
Дети с зубоальвеолярными формами аномалий окклюзии в различных направлениях	38	31	42	51	36	42	10	11	12	6	8
Дети, имеющие хронические формы гингивита			3	5	3	18	12	7	6	11	16
Дети, имеющие функциональные нарушения ВНЧС					8	9	10	12	3		
Дети, перенесшие воспалительные заболевания ЧЛО			3	2	1						
Дети, перенесшие операцию удаления доброкачественного новообразования										1	

**ТАБЛИЦА 3.**  
*Третья диспансерная группа*

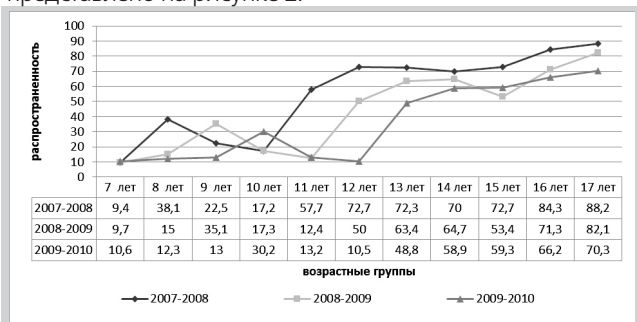
Общий и стоматологический статусы	Возраст										
	7 лет	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет
Дети, имеющие декомпенсированную форму кариеса	4	15	7	17	3	3	17	5	1	5	1
Дети, имеющие хроническое течение пародонтита		1									
Дети, находящиеся на ортодонтическом лечении	8	21	18	12	15	12	5	3			
Дети, имеющие хронические заболевания слизистой оболочки полости рта					1			2	1		1
Дети, имеющие хронические поражения языка и губ					5	3		1		2	
Дети, имеющие генетические формы аномалий окклюзии, сопровождающиеся функциональными нарушениями ЧЛО					2	1	1	3		1	
Дети, находящиеся на диспансерном наблюдении в онкологическом отделении										1	

риска развития кариеса (обучение гигиене, контролируемая чистка зубов, профессиональная чистка зубов, назначение диеты и др.), увеличивали частоту обработок зубов фторидными препаратами до 3–4 раз в год.

Детей 2-ой диспансерной группы осматривали 2–3 раза в год, проводили герметизацию фиссур первых и вторых постоянных моляров, покрытие зубов фторидным лаком 2 раза в год, санацию полости рта. В подгруппе «А» дополнительно проводили устранение управляемых факторов риска развития кариеса, профессиональную гигиену полости рта и обработку зубов фторлаком 3–4 раза в год.

Детей 3-ей диспансерной группы осматривали 3–4 раза в год, проводили герметизацию фиссур всех постоянных моляров и премоляров, профессиональную гигиену полости рта, покрытие зубов фторидным лаком 3–4 раза в год, санацию полости рта (в подгруппе «А» – устранение управляемых факторов риска развития кариеса, профессиональная гигиена и фторлак 5–6 раз в год).

Эффективность проводимой диспансеризации оценивали по гигиеническому состоянию полости рта учащихся, распространенности основных стоматологических заболеваний (кариес и заболевания пародонта). Динамическое изменение распространенности кариеса постоянных зубов в каждой возрастной группе за наблюдаемый период представлено на рисунке 2.



**РИС. 2.**  
**Распространенность кариеса постоянных зубов в динамике диспансеризации школьников.**

Сформированные группы наблюдения с учетом дополнительных критериев позволили своевременно выявить и провести лечение неосложненных форм кариеса и других заболеваний полости рта, что способствовало повышению эффективности диспансеризации школьников. Охват профилактическими осмотрами увеличился с 96,9 до 98,5%; объективно снизилась потребность в санации с 33,9 до

20,4%, процент детей с плохой гигиеной полости рта снизился с 26,7 до 15,0%, уменьшилось количество регистрируемых осложнений кариеса в постоянных зубах с 60,0 до 17,8%, интенсивность кариеса постоянных зубов снизилась с 2,23 до 0,97, количество гингивитов и пародонтитов снизилось с 56,4 до 45,6%; повысился процент санации с 90,6 до 95,6%.

### Выводы

Результаты исследования позволили определить эффективность нового подхода к стоматологической диспансеризации школьников, основанного на формировании групп наблюдения с учетом не только стоматологического статуса, но и факторов риска развития заболеваний. Таким образом, разработанная система профилактических и лечебных мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний, систематическое лечение выявленных патологий, профилактику развития осложнений, обеспечит сохранение здоровья подрастающему поколению, а следовательно, повысит его качество жизни.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ekstrand K.R., Christiansen M.E.C., Qvist V., Ismail A. Factors associated with inter-municipality differences in dental caries experience among Danish adolescents. An ecological study. *Comm. Dent. Oral Epid.* 2010. V. 38. № 1. P. 29-42.
2. Levin K.A., Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganization. *Comm. Dent. Oral Epid.* 2010. V. 38. № 1. P. 10-18.
3. Сабанов В.И., Романчук Е.В. Медико-биологические и социально-гигиенические факторы риска заболеваний полости рта у детей школьного возраста. *Профилактическая медицина.* 2013. № 2. Вып. 2. С. 120.
4. Sabanov V.I., Romanchuk E.V., Medico-biologicheskie i socialno-gigienicheskie factory riska zabolevaniy polosti rta u detei shkolnogo vozrasta. *Profilakticheskaya medicina.* 2013. № 2. Vup. 2. S. 120.
5. Bagramian R.A., Garcia-Godoy F., Volpe A.R. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am. J. Dent.* 2009. V. 22. P. 3-8.
6. Романчук Е.В. Стоматологическая заболеваемость учащихся школ г. Волгограда // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 3. С. 588.
7. Romanchuk E.V. Stomatologicheskaia zabolevaemost' uchashchisia shkol g. Volgograda // Bulletin' medicinskih internet konferenci. 2013. T. 3. № 3. S. 588.
8. Романчук Е.В. Стоматологический статус и эффективность санации у учащихся первого класса. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.* 2010. Вып. 3 (35). С. 80-83.
9. Romanchuk E.V. Stomatologicheskiy status i effektivnost' sanacii u uchashchisiya pervogo klassa. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta.* 2010. Vup. 3 (35). S. 80-83.