

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У УЧАЩИХСЯ ПЕРВОГО КЛАССА

Е. В. Романчук

Кафедра стоматологии детского возраста, кафедра общественного здоровья и здравоохранения ВолГМУ

В статье представлены основные эпидемиологические показатели кариеса у учеников первого класса, отражены особенности стоматологического статуса и проанализирована эффективность стоматологической санации в данной возрастной группе.

Ключевые слова: стоматологический статус, распространенность и интенсивность кариеса, санация полости рта, школьники первого класса.

ORAL HEALTH AND EFFECTIVENESS OF DENTAL TREATMENT IN PRIMARY SCHOOLCHILDREN

E. V. Romanchuk

The paper presents basic epidemiological caries indices in primary schoolchildren. We studied children's oral health peculiarities and analyzed the effectiveness of dental treatment.

Key words: oral health, intensity and prevalence of caries, dental treatment, primary schoolchildren.

Наилучшей формой профилактики стоматологических заболеваний детей и подростков является диспансеризация. Она включает в себя плановую санацию полости рта и проводится одновременно с лечением сопутствующих заболеваний. Качественное проведение диспансеризации позволяет предупредить развитие осложненных форм кариеса, потерю постоянных зубов, развитие зубочелюстных деформаций и, как следствие, заболеваний внутренних органов и систем.

При стоматологической санации детей и подростков на практике используют различные методы: централизованный, децентрализованный и бригадный. Каждый из методов имеет свои положительные и отрицательные стороны. При централизованной санации стоматологическая помощь оказывается в условиях стоматологической поликлиники. Децентрализованный метод основан на том, что санация полости рта проводится непосредственно в детских садах и школах силами врачей детских стоматологических поликлиник. При этом в школах и детских учреждениях организуются постоянные или временные стоматологические кабинеты. Бригадный метод является разновидностью децентрализованного метода и подразумевает формирование групп врачей, которые выезжают на определенный период времени в образовательное учреждение (школу, детский сад) и на месте проводят необходимую санацию полости рта. Децентрализованный метод санации имеет свои положительные стороны: максимальное приближение стоматологической помощи к школьникам; взаимодействие с руководством школы, родителями; возможность проводить полный комплекс лечебных и профилактических мероприятий; более полный охват всех школьников санацией полости рта, проведение

санитарно-просветительской работы, экономия учебного времени учеников. Среди отрицательных сторон следует отметить трудности с выделением помещения под стоматологический кабинет, производительность труда в школе при отсутствии вспомогательного персонала более низкая, чем в поликлинике, более длительный срок санации; невозможность полного комплексного обследования детей. Проведение санации полости рта, как правило, начинают со вторых классов, постепенно расширяя санируемые контингенты, охватывая последовательно 3, 4-й классы и т. д. Считается, что учеников первых классов можно санировать в последнюю очередь, поскольку дети должны приходить в школу санированными. Кроме того, в течение первого полугодия у первоклассников происходит психофизиологическая перестройка и адаптация организма к новым условиям, связанная с изменениями социальной среды ребенка, и санация полости рта может явиться дополнительной нагрузкой.

Однако, как показывает практика, не все первоклассники приходят в школу с санированной полостью рта, потребность детей в стоматологической помощи остается высокой. Отсутствие должной профилактической и терапевтической стоматологической работы среди детей детских садов приводит к росту осложненных форм кариеса, преждевременной потере зубов, увеличению количества зубочелюстных деформаций, а также к дополнительной нагрузке на школьного врача-стоматолога [6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение стоматологического статуса первоклассников и разработка рекомендаций по оптимизации санации полости рта в данной возрастной группе.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в течение трех лет в двух школах (МОУ Средняя общеобразовательная школа № 93 и МОУ Средняя общеобразовательная школа № 56) Советского и Кировского районов Волгограда. В этих школах применяется децентрализованный метод санации, постоянно функционируют лицензированные стоматологические кабинеты. Санацию осуществляют два детских врача-стоматолога, прошедшие первичную специализацию и имеющие соответствующие сертификаты специалиста стоматолога детского. Работа осуществляется при пятидневной рабочей неделе, продолжительность рабочего дня составляет 6 часов 36 минут. Ведется терапевтическая и профилактическая стоматологическая работа. За период исследования из 234 учеников первых классов этих школ письменное информированное согласие на участие детей в стоматологическом обследовании было получено у 226 (96,6 %), на стоматологическое обследование и лечение — у 179 (76,5 %) родителей. Наиболее частые причины отказа от лечения в школьном стоматологическом кабинете были следующие: родители предпочитают лечить ребенка в частной или муниципальной стоматологической поликлинике, страх перед стоматологическим вмешательством, неаргументированный отказ. В обследовании на добровольной основе приняли участие 226 детей (96,6 %). Среди обследованных преобладали дети в возрасте 7 лет — 208 (92 %) человек, 6-летних детей было 10 (4,4 %) человек, 8-летних — 8 (3,5 %).

Стоматологическое обследование детей проводилось по методике Всемирной организации здравоохранения 1995 г., в школьном стоматологическом кабинете, в течение 10 дней после поступления детей в школу. По результатам обследования изучали показатели распространенности и интенсивности кариеса временных и постоянных зубов, количество осложнений и удалений зубов, структуру индексов КПУ, потребность детей в санации полости рта. Степень активности кариеса у детей определялась по методике Т. Ф. Виноградовой [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам обследования 226 первоклассников установили, что 55 (24,3 %) детей имели здоровые, интактные зубы, а у 108 (47,8 %) детей полость рта была санирована (все пораженные кариесом временные и постоянные зубы были запломбированы или удалены). Потребность детей в санации полости рта составила 27,9 % (63 чел.).

Особое внимание при стоматологической санации детей 6—7 летнего возраста следует уделять первым постоянным молярам. Сохранение их здоровыми является очень важным моментом. При их про-

резывании наблюдается активный рост челюстей, идет второе физиологическое повышение прикуса. Разрушение этих зубов кариозным процессом, несвоевременное лечение приводит к зубочелюстным деформациям и формированию различных патологий прикуса. Поражаемость первых постоянных моляров остается высокой и часто это связано с отсутствием проведения полного комплекса профилактических процедур [8, 9]. Сразу после прорезывания фиссуры первых моляров являются область слабо минерализованной незрелой эмали. Минерализация эмали происходит в течение нескольких лет после прорезывания. Употребление углеводистой пищи, низкий уровень гигиены полости рта создают благоприятные условия для развития кариеса. Одним из наиболее действенных методов профилактики кариеса первых постоянных моляров является герметизация фиссур, эффективность которой достигает 92—94 %. Известно, что исходный уровень минерализации фиссур зубов определяет особенности созревания твердых тканей и динамику возникновения кариеса. В первых постоянных молярах с низким исходным уровнем минерализации фиссур моляров (около 50 % детей) не происходит физиологического созревания, и кариес в 100 % случаев возникает в первый год после прорезывания [1, 2, 4, 7].

У обследованных нами первоклассников в полости рта были выявлены 807 полностью прорезавшихся первых постоянных моляров. Зубы имели открытые, слабоминерализованные фиссуры и ямки, которые нуждались в герметизации для предотвращения развития кариеса. Герметизированные фиссуры и ямки были выявлены только в 68 зубах (8,4 % от общего числа прорезавшихся первых постоянных моляров) у 19 человек (8,9 % от общего числа обследованных первоклассников). Количество пораженных кариесом постоянных моляров составило 41 (5,1 %).

В то же время профилактическая стоматологическая помощь (аппликации на постоянные зубы реминерализующих и фторидных препаратов) требовалась всем (100 %) детям.

Распространенность кариеса находилась у первоклассников на среднем уровне и составляла 75,7 %. Из числа обследованных 73,9 % детей имели кариозные поражения во временных зубах, 11,1 % — в постоянных зубах.

Показатель кпу+КПУ составил 3,04, что соответствует среднему уровню интенсивности кариозного процесса. Интенсивность кариеса временных зубов составляла 2,78 (в расчете на одного обследованного), интенсивность кариеса постоянных зубов (по показателю КПУ) — 0,26.

По индивидуальным показателям интенсивности кариеса зубов (кпу+КПУ) у каждого ребенка определялась активность течения кариозного процесса. Установлено, что у первоклассников превалировала низкая активность кариеса, которая была определе-

на у 127 (56,2 % от общего количества детей) детей. Умеренная активность кариеса была выявлена у 31 (13,7 %) ребенка, высокая — всего у 3 (1,3 %) детей. Структурное распределение детей первого класса по степени активности кариеса представлено на рис. 1.

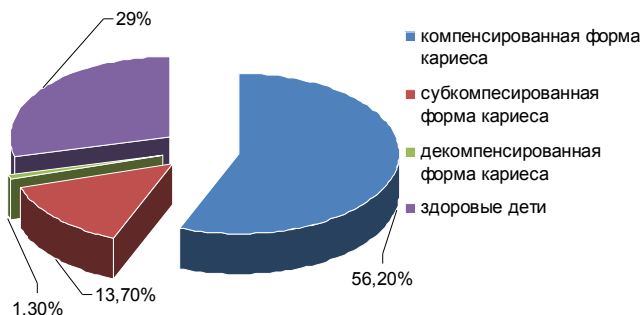


Рис. 1. Структура распределения первоклассников по степени активности кариозного процесса

Распределение показателей интенсивности кариеса в исследуемой группе выглядит следующим образом: количество пломбированных, кариозных и удаленных молочных зубов — 629; постоянных зубов — 59; общее количество составило 688 зубов (табл.).

Частота и структура индексов поражения кариесом молочных и постоянных зубов у первоклассников в динамике за 2007—2010 гг.

Учебный год	Осмотрено детей	Абсолютные показатели поражения кариесом								Суммарный показатель кпу+КПУ
		молочных зубов				постоянных зубов				
		к	п	у	кпу	К	П	У	КПУ	
2007/08	81	38	171	25	234	9	5	-	14	248
2008/09	84	64	112	11	187	20	-	-	20	207
2009/10	61	93	97	18	208	12	9	4	25	233
Всего	226	195	380	54	629	41	14	4	59	688

Анализ структуры индексов кпу и КПУ представлены на рис. 2. Среди временных зубов преобладали пломбированные зубы — 60,4 %, кариозные зубы составляли 31,0 %, преждевременно удаленные временные зубы (вторые временные моляры) — 8,6 %.

Из общего количества осмотренных первоклассников имели удаленные вторые молочные моляры 18 (9,3 %) детей. В ходе исследования нами изучалось количество удаленных вторых молочных моляров, поскольку преждевременное их удаление приводит к скученности зубов и развитию зубочелюстных деформаций. Всего отсутствовало 54 вторых молочных моляра, ни один из них не был восстановлен профилактическим протезированием. Интенсивный показатель преждевременно удаленных временных зубов, в расчете на 1000 обследованных, составил 238,9.

На рис. 2 наглядно представлено, что в структурном распределении индексов кариозного поражения постоянных зубов преобладали кариозные (невылеченные) зубы — 69,5 %. Пломбированных зубов, по сравнению с кариозными зубами, было в 2,9 раза меньше — 23,7 %.

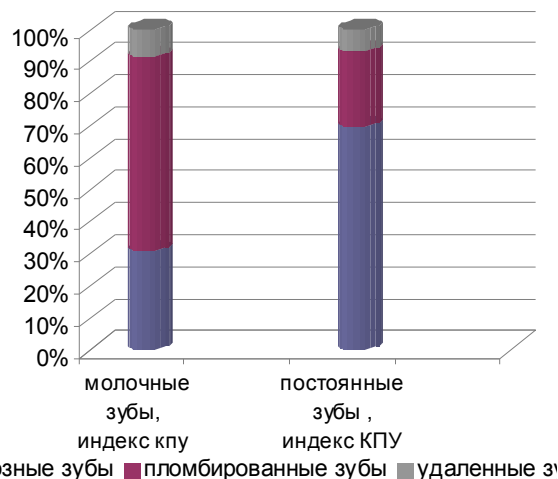


Рис. 2. Структура распределения индексов кариозного поражения среди молочных и постоянных зубов первоклассников

Несвоевременное лечение кариеса приводит к развитию пульпита и периодонтита. Количество случаев осложнений кариеса составило более трети (39,0 %) от общего числа временных кариозных зубов и 7,3 % постоянных зубов.

В расчете на 1000 обследованных детей количество случаев осложнений кариеса во временных зубах составило 336,3, в постоянных — 13,3 (всего — 349,6). Высокая частота осложнений кариеса свидетельствует о недостаточном качестве лечебно-профилактической стоматологической помощи детям, поступающим в первые классы общеобразовательных школ.

В то же время достаточно большим было количество ранее удаленных по поводу осложнений кариеса постоянных зубов (первые постоянные моляры), доля которых в структуре КПУ составляла 6,8 %. В расчете на 1000 обследованных количество удаленных постоянных зубов составило 17,7.

В ходе исследования нами изучался показатель уровня лечебной стоматологической помощи (УСП) по П. А. Леусу. Он составил 60,4 % для молочного прикуса; 23,7 % — для постоянного. Таким образом, если уровень стоматологической помощи для молочных зубов удовлетворительный, то для постоянных зубов он явно недостаточный [5].

Помимо показателей кариеса нами при осмотре обращалось внимание на состояние прикуса у этих детей. Зубочелюстные аномалии были выявлены у 77 (34 %) детей. Среди аномалий преобладали глубокий (62,5 %) прикус и сужение челюстей (23,6 %). В ходе исследования не было выявлено ни одного случая заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Результаты исследования показали, что, несмотря на низкую активность кариеса зубов у боль-

шинства детей, более четверти (27,9 %) первоклассников поступили в школу с несанированной полостью рта. Выявлено большое количество осложнений кариеса: 39 % от общего числа временных кариозных зубов и 7,3 % постоянных зубов. Кроме того, установлена высокая потребность в герметизации фиссур первых постоянных моляров у 91,9 % детей и покрытии постоянных зубов фторидным лаком (100 %).

2. Стоматологическая помощь, оказываемая детям, перед их поступлением в школу была недостаточной, так как невылеченными оставались почти две трети пораженных кариесом постоянных зубов и треть временных зубов. Это свидетельствует о необходимости улучшения качества стоматологической помощи детям дошкольного возраста.

3. При планировании работы школьным стоматологам необходимо особое внимание уделять профилактическим осмотрам и санации полости рта первоклассников, непосредственно с момента их поступления в школу. Важным также является выполнение полного спектра не только лечебных, но и профилактических мероприятий, таких как герметизация фиссур постоянных первых моляров, аппликация фторсодержащими препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бояркина Е. С. Разработка и оценка эффективности минимально-инвазивных методов лечения фиссур-

ного кариеса постоянных зубов у детей (клинико-лабораторное исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 19 с.

2. Брянская М. Н. Клинико-морфологическое обоснование профилактики и лечения фиссурного кариеса постоянных зубов с незрелой эмалью : автореф. дис... канд. мед. наук. — Иркутск, 2009. — 23 с.

3. Виноградова Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. — М.: Медицина, 1978. — 184 с.

4. Кисельникова Л. П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии // Маэстро стоматологии. — 2007. — № 2 (26). — С. 18—22.

5. Леус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология. — М.: Медицинская книга. — 2008. — 444 с.

6. Маслак Е. Е., Романчук Е. В., Ставская С. В. // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии. — 2009. — № 66. — С. 75—79.

7. Паздникова Н. К. Клинико-лабораторное обоснование применения герметиков для профилактики кариеса постоянных зубов у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 21 с.

8. Dhar V., Jain A., Van Dyke T., Kohli, A., // J. Indian Soc. Pedodon. Prev. Dent. — 2007. — Vol. 25 (3). — P. 119—121.

Контактная информация:

Романчук Елена Вячеславовна — аспирант кафедры стоматологии детского возраста, e-mail: roadhead@mail.ru