

СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ – СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Г.И. Ронь
УГМА

С.И. Блохина, Л.И. Юрьева
РПНЦ “Бонум”

В республиканском научно-практическом центре “Бонум” блоки реабилитации распределены по принципу семейной терапии и семейного врача (небольшие офисы на 20-25 семей, в которых восстановление и оздоровление ребенка и его родителей проводится семейным врачом).

Приказом Минздрава №237 от 26 августа 1992 г. в номенклатуру врачебных специальностей Российской Федерации включена новая специальность – врач общей практики – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению независимо от пола и возраста пациентов.

В функциональные обязанности семейного врача не входит оказание стоматологической помощи. В сложившейся ситуации стоматологи центра “Бонум” были поставлены в положение необходимости работы с семьей. Такая ситуация способствовала возникновению идеи семейного врача-стоматолога, занимающегося выявлением патологии, проведением консультаций и лечения у узкоспециализированных врачей-стоматологов, санацией полости рта у детей и взрослых, профилактической работой с детьми и их родителями, детским и взрослым протезированием.

Лечение и реабилитация детей с врожденной челюстно-лицевой патологией (ВЧЛП) представляют сложную медико-социально-психолого-педагогическую проблему для семьи и общества. Сегодня дети с ВЧЛП относятся к 4-й группе здоровья. У них отмечается высокая распространенность соматических заболеваний (И.О. Зайкова, 1993, Л.И. Мажейко, М.М. Елькина, 1993, Н.С. Пинелис, 1993), наиболее часто поражаются сердечно-сосудистая система (С.И. Блохина, 1982, И.Е. Оранский, М.А. Алексина, 1993), органы дыхания (А.Г. Малиновский, 1991, Т.В. Собитова, 1993), желудочно-кишечный тракт (Н. Аманов, С. Кубаев, С. Шодиев, Убайдуллаев, 1991), лор-органы (М.Б. Маикол, Г.И. Гарюк, 1993), встречаются сочетанные поражения челюстно-лицевой

области и опорно-двигательной системы ребенка (И.А. Погосян, 1996, 1997, 1998).

Однако в отечественной и зарубежной литературе есть лишь единичные работы, посвященные изучению состояния твердых тканей постоянных зубов у детей с ВЧЛП (Т.Н. Селезнева с соавт., 1988, Л.Н. Дрободько, Абжудалова, 1987, Максимова, 1982). При этом все авторы отмечают высокую интенсивность и распространенность кариеса и некариозных пороков развития твердых тканей на фоне плохого гигиенического состояния полости рта, что чаще всего связано с поражением развития отдельных групп зубов, нарушениями прикуса, длительным ношением ортодонтической аппаратуры, оперативными вмешательствами в полости рта и т.д.

Все выше сказанное в значительной степени обуславливает высокую распространенность стоматологических заболеваний у детей с ВЧЛП и требует разработки и внедрения эффективных методов профилактики. С нашей точки зрения, все эти проблемы наиболее радикально и оптимально могут решаться в условиях работы семейного врача-стоматолога.

Нам хотелось бы подчеркнуть, что в настоящее время невозможно исключить воздействие всех вредных факторов на развитие зубов у ребенка, но в комплексе основных стоматологических мероприятий большое значение приобретает удаление зубного налета и целая серия гигиенических манипуляций в полости рта.

Известно, что только индивидуальная гигиена полости рта с использованием индикаторов зубного налета, разнообразных гигиенических средств позволяет полностью провести курс ее гигиенической санации, должна наличествовать перед лечением зубов и сопровождать лечебные мероприятия.

Мы считаем, что такой гигиенический комплекс помощи маленьким пациентам с ВЧЛП необходимо проводить совместно с их родителями, обучая их утреннему и вечернему гигиеническому туалету полости рта, давая домашние задания.

Проведенными нами в 1996-1998 гг. исследованиями было установлено, что основным источником получения информации о гигиене полости рта для детей являются родители (в 100% случаев для детей 3-5 лет, в 95% - 5-7 лет, в 61% - 7-14 лет), качество знаний которых не высоко. Поэтому, на наш взгляд, проблема профилактической и гигиенической работы с детьми и взрослыми сегодня очень актуальна. Это подтверждают и проведенные исследования 300 семей, имеющих ребенка с врожденной челюстно-лицевой патологией.

В 1 группу входило 100 семей, детям которых была оказана стоматологическая помощь по обращаемости. Обучение гигиене полости рта проводилось в виде беседы. Родители у нас получали консультативную помощь, а санационные мероприятия – по месту жительства.

Во 2 группу включено 105 семей, в которых детям была оказана помощь семейным врачом-стоматологом центра. По показаниям проводилась контролируемая чистка зубов, курсы реминерализующей терапии. Родителям оказывалась консультативная помощь. Лечение они проходили по месту жительства.

В 3 группе, состоящей из 95 семей, детям и родителям были оказаны все виды стоматологической помощи семейным врачом-стоматологом, и проведено обучение гигиене полости рта в условиях центра "Бонум".

Одновременно у всех детей и родителей из 300 обследованных семей изучалось состояние полости рта с установлением показателя интенсивности кариеса временных и постоянных зубов, индексов кп и КПУ, кп и КПУ поверхностей зубов и уровня гигиены по индексу Грина-Вермиллиона. Кроме того, у детей определялось функциональное состояние эмали по методу В.П. Окушко (ТЭР-тест) [4]. Показатели теста от 40% и выше указывали на снижение кислотоустойчивости, т.е. кариесрезистентности эмали.

Исследование стоматологического статуса детей с ВЧЛП показало, что интенсивность поражения зубов кариесом по индексу КПУ зубов составила $8,91 \pm 0,5$, а гигиенический индекс был равен 2,8, что характеризовало неудовлетворительное состояние полости рта. Значение ТЭР-теста среди детей с ВЧЛП – $55,8 \pm 2,63\%$ ($p < 0,05$).

Профилактические мероприятия семейным врачом-стоматологом проводились

в течение 2 лет, курсы профилактики осуществлялись по показаниям от 1 до 4 раз в год в зависимости от состояния эмали зубов у детей. В качестве средств профилактики применялись 10%-ный раствор глюконата кальция и 1%-ный раствор фтористого натрия в виде аппликаций (методика Боровского-Леуса): фторлаки и фторгели; по показаниям проводилась герметизация фиссур постоянных зубов у детей. Еще раз подчеркнем, что в данных мероприятиях участвовали и дети, и родители исследуемых семей. Проводилась контролируемая и профессиональная гигиена полости рта.

Через год после внедрения указанной модели профилактики мы отметили следующее:

- в 1 группе гигиена на низком уровне, наблюдается прирост новых кариозных полостей у детей и у родителей;

- во 2 группе у детей появилась положительная мотивация к профилактике и лечению у стоматолога, отмечалось снижение индекса гигиены от 2,8 до 0,8 балла, особенно эффект визуально просматривался после курса профилактики. При более поздних обращениях он имеет тенденцию к возрастанию. Тем не менее снизились показатели ТЭР-теста (с 55,1 до 31,6%), т.е. ускорились процессы созревания твердых тканей постоянных зубов (в первой группе преобладали процессы деминерализации над процессами созревания и через 1-3 месяца после прорезывания в эмали возникал кариес). Группа родителей получала стоматологическую помощь по месту жительства;

- в 3 группе, где между семейным врачом и семьей складывались доверительные отношения, гигиенический и санационный эффект стоматологической помощи был оптимальным у детей и у родителей, снижение индекса гигиены с 2,8 до 0,8 и показателей ТЭР-теста с 55,1 до 31,6%. Режим гигиены полости рта был наиболее эффективным.

Здоровый психологический климат в семье, создаваемый семейным стоматологом, повышал эффект лечебно-профилактических мероприятий и способствовал "стоматологическому здоровью".

Наш опыт показывает, что семейный врач-стоматолог в условиях специализированного центра должен выполнять наиболее оптимальные функции стоматолога терапевтического профиля для детей и взрослых, хирургического профиля амбулаторного

приема; ортопеда детского и взрослого приема; пародонтолога; а также оказывать ортодонтическую помощь при незначительных несложных аномалиях и проводить профилактическую работу с детьми и взрослыми. Для этого нужна определенная комплектация его рабочего места. Так, рабочая территория должна включать кабинет гигиены и профилактики полости рта, который может совмещаться с терапевтическим кабинетом; терапевтический, хирургический, ортопедический кабинеты; зуботехническую лабораторию и рентгеновский кабинет. Помимо этого необходим набор инструментария для выполнения различных стоматологических манипуляций и определенный санитарно-эпидемиологический режим деятельности ком-

плекса. На наш взгляд, данный комплекс может работать изолированно, но для быстрого выполнения стоматологических технологий лучше, когда одно помещение сообщается с другим. При этом с одним семейным врачом-стоматологом должны работать помощник врача, две сестры, санитарка, зубной техник и организатор лечебного процесса.

Таким образом, наш пятилетний опыт позволяет отметить, что: семейным принцип диспансеризации и реабилитации у стоматолога является новым подходом к улучшению стоматологической помощи детям, имеющим челюстно-лицевую патологию, и может быть рекомендован как форма ее организации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ ТЕХНИКОЙ

Н.Л. Рамм, Л.П. Кисельникова
УГМА

Широкое использование несъемной ортодонтической аппаратуры для коррекции зубо-челюстных аномалий повлекло за собой ряд нежелательных осложнений. Кариес начальной формы, зачастую появляясь вокруг оснований брекетов, на этапах ортодонтического лечения считается главной опасностью, подстерегающей пациента на пути к идеальной улыбке [1].

Доказано, что в момент фиксации брекетов на поверхности зубов возникают биоморфологические изменения, именуемые напряженным состоянием, которые вызываются усадкой композиционной массы, используемой для бондинга брекетов. Это также повышает риск возникновения очаговой деминерализации [2].

Разработка и внедрение в клиническую практику объективных методов диагностики начальных форм кариеса, позволяющих контролировать состояние твердых тканей зубов на этапах ортодонтического лечения - одна из приоритетных задач стоматологии детского возраста.

Известно, что пораженные кариесом ткани зуба способны проводить электрический ток различной величины в зависимости от степени их поражения. На этом основан электрометрический способ диагностики

деминерализации эмали [3]. Данный диагностический критерий приобретает ещё большую ценность у ортодонтических пациентов, использующих брекет-систему, так как риск возникновения начальных форм кариеса у них резко возрастает [4]. Следует отметить, что известные клинические методы диагностики начальных форм кариеса у ортодонтических пациентов с несъемной аппаратурой технологически трудно провести.

Нами, с целью контроля возникновения деминерализации эмали у ортодонтических пациентов на этапах лечения несъемной аппаратурой, электрометрические исследования проводились в течение всего периода лечения у 15 пациентов, на 166 зубах верхней челюсти после этапа дебондинга. Для проведения электрометрического исследования использовалось измерительное устройство типа "М-2001" (напряжение 3 В, нагрузочный ток 100 мкА), состоящее из корпуса с электронным счетчиком и двух электродов - активного и пассивного. Пассивный электрод представляет собой изогнутый стержень из нержавеющей стали, который удобно располагается в преддверии полости рта в области боковой группы зубов. Активный электрод изготовлен в виде капиллярного элемента и через микрокаплю элек-