

Планирование коммунальной профилактики стоматологических заболеваний

Выполнила студентка 531 группы

А.Д. Багателия

Профилактика

Это система мер социального, гигиенического, воспитательного, законодательного характера, направленных на предотвращение заболеваний путём устранения причин и условий их возникновения.



Первичная профилактика

Первичная профилактика — это система социальных, медицинских и гигиенических воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействиям неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды.

Главной задачей первичной профилактики является **повышение уровня здоровья населения** с использованием всех возможных путей, методов и средств, чтобы ни один здоровый ребенок не перешел в группу больных, т. е. это профилактика в группе здоровых детей.

Основные задачи, которые должны решать стоматологи при разработке программ первичной профилактики кариеса зубов, могут быть сформулированы как:

- 1) создание условий для полноценного формирования и первичной минерализации твердых тканей зуба;
- 2) обеспечение физиологического течения процесса созревания твердых тканей зуба (вторичная минерализация), при необходимости — стимуляция этих процессов;
- 3) предотвращение или устранение формирования кариесогенной ситуации в полости рта.



Вторичная профилактика

Вторичная профилактика предусматривает мероприятия, направленные на раннее выявление заболевания, предупреждение рецидивов, прогрессирования процесса и возможных осложнений заболевания.



Третичная профилактика

Третичная профилактика также основана на проведении мероприятий медицинского и немедицинского характера.

Осуществление программ третичной профилактики невозможно вне системы здравоохранения: в них участвуют не только врачи, но и многие другие медицинские работники.

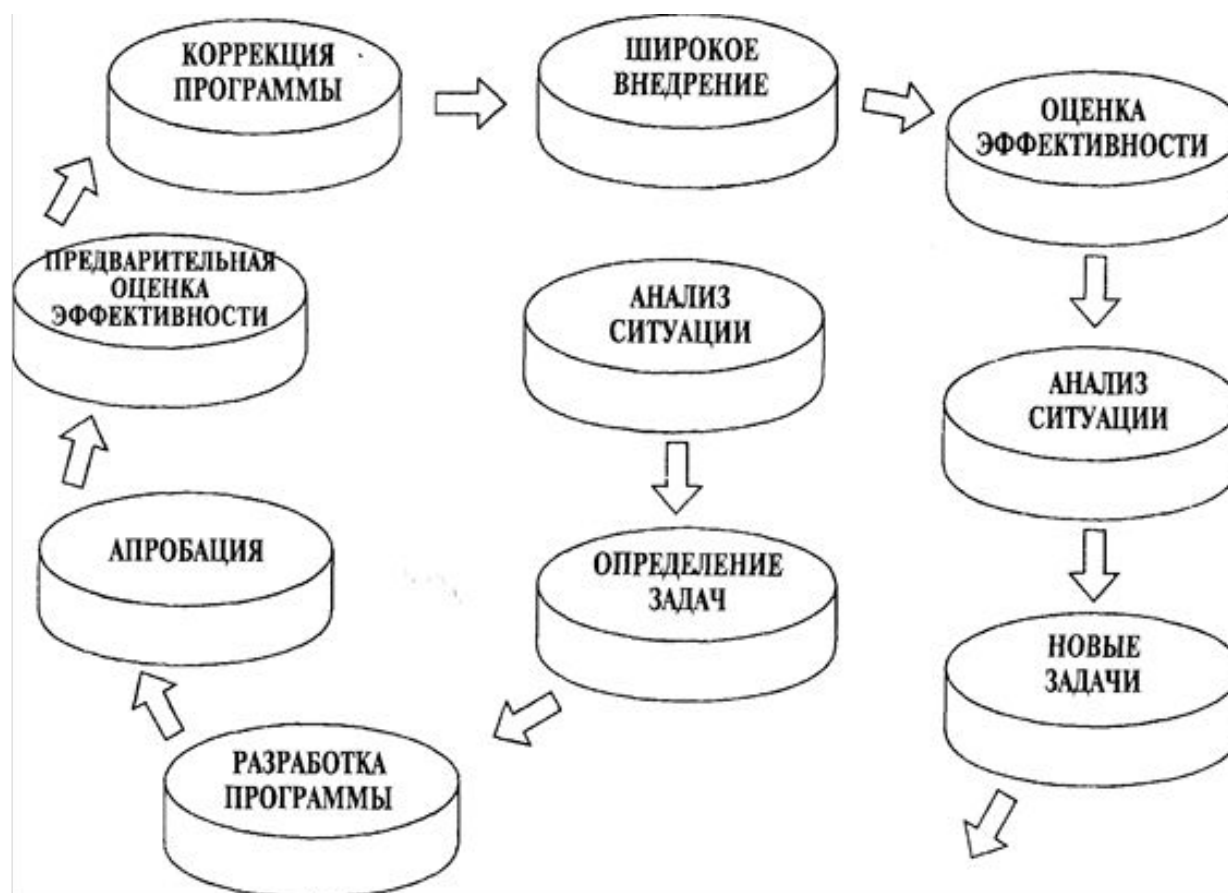


Этапы планирования и внедрения программ профилактики.

- 1) определение основных проблем;
- 2) формулирование целей и задач;
- 3) выбор методов и средств профилактики;
- 4) обучение персонала;
- 5) внедрение программы;
- 6) оценка эффективности программы.



Основные профилактические мероприятия и их периодичность должны регулярно проводиться во всех возрастных группах населения.



Программы профилактики могут быть внедрены на государственном, региональном и местном уровнях. Выбор программы зависит от потребностей региона, поставленных целей и имеющихся ресурсов.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ.

Перед тем, как выбрать определенную программу профилактики, необходимо определить стоматологическую заболеваемость, которая имеется в данном регионе.

При планировании необходимо учитывать:

- динамику демографических процессов в регионе;
- состояние окружающей среды;
- наличие персонала и материальных ресурсов;
- стоматологический статус населения.

Центральное место в определении стоматологических проблем в регионе занимает изучение стоматологической заболеваемости среди населения. Для этого проводят эпидемиологическое стоматологическое обследование населения разных возрастных групп и на основании полученных данных.

Любое эпидемиологическое обследование состоит из 3 последовательных этапов:

- 1) подготовительный период,
- 2) собственно обследование,
- 3) анализ результатов



Подготовительный этап

Включает в себя **формирование смотровой группы**, освоившей методику обследования, знакомой с критериями оценки поражения органов и тканей полости рта. Небольшая рабочая группа специалистов (обычно 2—3 человека) должна пройти соответствующую подготовку, чтобы однозначно оценивать стоматологический статус. Различия между отдельными исследованиями должны быть минимальными. Поэтому необходимо проводить так называемую калибровку исследователей и исследований.

Калибровка включает в себя:

- одинаковую интерпретацию, понимание и применение критериев различных заболеваний и состояний;
- уверенность, что каждый исследователь осматривает по постоянному стандарту и вариации между отдельными исследованиями минимальны.



Собственно обследование

Непосредственное обследование проводится по графам выбранной карты. Каждый пациент обследуется с помощью специальных стандартных инструментов и стандартных методик, обговоренных ранее. Данные заносятся в соответствующие разделы и графы карты. Заполнение этих карт должно быть максимально стандартизировано, без лишних данных и подробностей, что убыстряет процесс обследования и дальнейшей расшифровки результатов.

Инструменты, оборудование и оснащение для эпидемиологического обследования

- Острые угловые зонды;
- Стоматологические зеркала;
- Пародонтальные пуговчатые зонды;
- Емкость для стерилизации инструментов;
- Ватные стерильные валики;
- Дезинфицирующий раствор;
- Карты обследования.



Анализ результатов

Начинается этот этап с расчета распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний (кариеса и поражений пародонта, аномалий зубочелюстной системы), их отдельных симптомов и показателей.

Частота встречаемости тех или иных заболеваний или симптомов (распространенность) выражается в %. Интенсивность поражения — в средней арифметической на группу, школу, регион.

ФОРМУЛИРОВАНИЕ ЦЕЛЕЙ И ЗАДАЧ

Цели программы должны быть реальными и учитывать степень обеспеченности стоматологической службы материальными ресурсами. Они должны быть не изолированными, а сочетаться с целями и задачами других отраслей медицины.

При формулировании целей необходимо ответить на следующие вопросы:

- возникновение каких стоматологических заболеваний можно реально предотвратить?
- в каких группах населения эффективнее внедрять программы профилактики?
- как быстрее достичь поставленных целей?
- какие ресурсы (персонал, оборудование, финансы) необходимы для выполнения программы?

На государственном уровне должны быть определены национальные цели для стоматологии, на основании которых, принимая во внимание материальные ресурсы и персонал, могут быть составлены региональные цели.

Примером специфических целей могут служить следующие:

- уменьшение интенсивности и распространенности кариеса зубов: снижение индексов КПУз и КПУп, увеличение количества лиц, не имеющих кариеса.
- снижение процента лиц, у которых выявлены признаки поражения тканей пародонта; уменьшение количества секстантов с кровоточивостью, зубным камнем и патологическими карманами в ключевой возрастной группе в соответствии с индексом нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРІТN).

С этими целями тесно связаны и мероприятия по улучшению гигиены полости рта:

- снижение величины индексов, характеризующих зубной налет;
- увеличение количества лиц, правильно ухаживающих за полостью рта.



Профилактика заболеваний слизистой и злокачественных заболеваний полости рта:

- снижение количества лиц с указанными патологическими состояниями;
- уменьшение распространенности вредных привычек или состояний, предрасполагающих к данным заболеваниям.



ВЫБОР МЕТОДОВ И СРЕДСТВ ПРОФИЛАКТИКИ

На выбор методов профилактики могут влиять следующие факторы:

- распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний;
- состояние медицинской и стоматологической служб;
- обеспечение персоналом, который будет участвовать в
- выполнении программ профилактики;
- финансирование;
- состояние общего здоровья населения;
- привычки питания, особенно прием сахаров;
- химический состав питьевой воды.

При выборе методов и средств профилактики необходимо учитывать их эффективность и стоимость.

ПОДГОТОВКА ПЕРСОНАЛА

Необходимые кадры готовятся из врачей, среднего медицинского персонала детских стоматологических поликлиник или профилактических отделений стоматологических поликлиник по специальной программе, предусматривающей их подготовку по всем необходимым разделам первичной и вторичной профилактики.

Особенно целесообразно использование в реализации программы специально подготовленного среднего медицинского персонала в лице гигиенистов.

К выполнению программ необходимо привлекать и нестоматологический персонал: школьных педагогов, медсестер, воспитателей детских садов, родителей.



ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ

Внедрение программ профилактики складывается из следующих этапов:

- 1) предварительного планирования программы;
- 2) организационных мероприятий по внедрению;
- 3) выбора групп населения, среди которых будет внедряться программа;
- 4) оценки потребности в персонале и ресурсах.

Предварительного планирования программы

Организаторы стоматологической службы должны вначале составить общую схему всей программы профилактики, а затем детализировать ее.

Планирование программ должно осуществляться в соответствии с национальной политикой государства в области здравоохранения и образования.

Организационных мероприятий по внедрению

В задачи организаторов стоматологической службы должны входить:

- организация внедрения программы профилактики местными службами, обеспечение финансирования,
- обучение персонала,
- проверка внедрения,
- мониторинг (наблюдение),
- оценка эффективности программы.

Выбор групп населения

Особое внимание должно быть уделено группам населения с высоким риском возникновения и развития заболеваний: детям, беременным женщинам, рабочим промышленных предприятий и др.

Если невозможно внедрить программу среди всего детского населения, надо сконцентрировать внимание на детях 6—7 лет, как наиболее часто подверженных кариесу, сразу же после прорезывания у них первых постоянных моляров



Оценка потребности в персонале и ресурсах

Количество и тип необходимого персонала зависит от планируемой программы профилактики. Существует примерный расчет затрат времени для каждого специалиста, участвующего в программе.

Стоимость программы зависит от ее типа. В затраты включают заработную плату персонала, стоимость оборудования и материалов, транспортные и командировочные расходы и др. Среди всех методов профилактики самыми дорогими являются те, которые выполняются стоматологами.

Для расчета стоимости необходимы данные о количестве лиц, среди которых будет внедряться программа, о методах профилактики, цене препаратов для профилактики, заработной плате персонала, стоимости оборудования, транспортных и командировочных расходах.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ

Способ оценки эффективности программы должен быть предусмотрен на этапе ее планирования. Для этого необходимы четкие и измеримые цели.



Оценка эффективности программы должна проводиться с учетом следующих принципов:

- обследованию в начале и в конце программы подлежат одни и те же возрастные группы населения (например, 12-летние дети);
- при сравнении результатов должны использоваться адекватные контрольные группы;
- обследование должно проводиться хорошо откалиброванной командой специалистов;
- должны быть использованы одни и те же индексы для эпидемиологического обследования и оценки эффективности;
- оценку эффективности следует проводить не реже, чем через 5 лет.
- Например, определяя эффективность программы, необходимо сравнить КПУ 12-летних детей в текущем году с КПУ 12-летних детей, которые жили в этом же районе до начала внедрения программы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

Эффективность стоматологического просвещения складывается из количественных и качественных показателей. Один из показателей касается степени вовлечения людей во внедрение профилактической стратегии: политических партий, других организаций (профсоюзов, женских организаций и др.).

Различные разделы повышения информированности населения о здоровье и способах его улучшения можно оценить с помощью анкетирования.



ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ИЗМЕНЕНИЯ ПИТАНИЯ

Основным показателем, который характеризует степень изменения питания в популяции после внедрения программы профилактики, является количество сахара, потребляемого в год на душу населения.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ

Этот раздел программы можно оценить достаточно быстро и просто. Индикаторами являются индексы зубного налета, которые измеряются до и после проведения программы обучения и выполнения гигиены полости рта.



Первая оценка программы гигиенического обучения может быть проведена через 4—6 недель, сравнивают величину индексов зубного налета с исходными значениями. В дальнейшем оценку проводят с теми же интервалами, что и для программ профилактики кариеса.

Так называемую контролируемую чистку зубов с определением гигиенических индексов можно проводить с разной периодичностью.

Для оценки эффективности гигиенического воспитания населения можно использовать и другие сведения:

1. количество лекций, буклетов информационных материалов, которые предоставлены населению;
2. количество лиц, вовлеченных в программу обучения гигиене полости рта на разных уровнях;
3. количество зубных щеток, зубных паст и других средств гигиены, проданных в среднем одному человеку в данном регионе (по сведениям торговли);
4. тенденции динамики стоматологического здоровья в связи с улучшением гигиены.

Гигиенический индекс по методу Ю. А.Федорова и В.В.Володкиной

Окрашивают губную поверхность шести нижних фронтальных зубов раствором Шиллера-Писарева.

Оценку интенсивности окрашивания зубного налета оценивают баллами:

- 1 балл - отсутствие окрашивания;
- 2 балла - окрашивание 1/4 поверхности коронки зуба;
- 3 балла - окрашивание 1/2 поверхности коронки зуба;
- 4 балла - окрашивание 2/3 поверхности коронки зуба;
- 5 баллов - окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Для вычисления индекса делят сумму значений индекса у всех окрашенных зубов на количество обследованных зубов (шесть).

Результаты оценивают следующим образом:

- хороший ИГ - 1,1-1,5 балла;
- удовлетворительный ИГ - 1,6-2 балла;
- неудовлетворительный ИГ - 2,1-2,5 балла;
- плохой ИГ - 2,6-3,4 балла;
- очень плохой ИГ - 3,5-5 баллов.

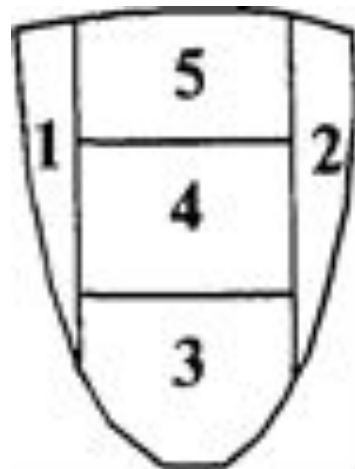
Индекс эффективности гигиены полости рта (РНР)

Для количественной оценки зубного налета окрашивают 6 зубов:

16, 26, 11, 31—

вестибулярные поверхности;

36, 46 — язычные поверхности.



Обследуемая поверхность каждого зуба условно делится на 5 участков:

1. медиальный
2. дистальный
3. срединно-окклюзионный
4. центральный
5. срединно-пришеечный

Коды и критерии оценки зубного налета:

- 0 — отсутствие окрашивания,
- 1 — выявлено окрашивание.

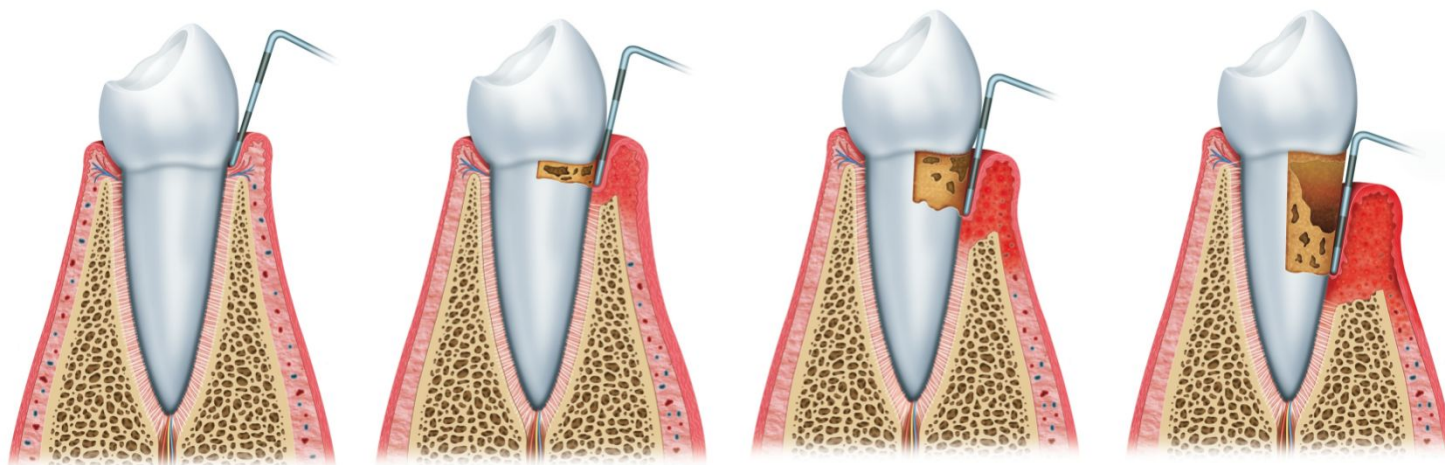
Расчет индекса проводят, определяя код для каждого зуба путем сложения кодов для каждого участка. Затем суммируют коды для всех обследованных зубов и делят полученную сумму на число зубов.

Оценочные критерии:

- 0 - отличный
отличный
- 0, 1 - 0, 6 - хороший
- 0, 7- 1, 6 - удовлетворительный
- 1, 7 и более - неудовлетворительный

Пародонтальный индекс CRITN

Обследуют пародонт в каждом секстанте, причем для эпидемиологических целей только в области так называемых "индексных" зубов. При использовании индекса для клинической практики обследуют пародонт в области всех зубов и выделяют самое тяжелое поражение.



- КОД 1: кровоточивость, наблюдаемая во время или после зондирования.
- КОД 2: зубной камень или другие факторы, задерживающие налет (нависающие края пломб и др.), видимы или ощущаются во время зондирования.
- КОД 3: патологический карман 4 или 5 мм (край десны находится в черной области зонда или скрывается метка 3, 5 мм).
- КОД 4: патологический карман глубиной 6 мм или более (при этом метка 5, 5 мм или черная область зонда скрываются в кармане).
- КОД X: когда в секстанте присутствует только один зуб или нет ни одного зуба.

Для определения потребности в лечении заболеваний пародонта популяционные группы или отдельные пациенты могут быть отнесены к соответствующим категориям на основании следующих критериев.

- ОКОД 0 (здоров) или X (исключен) для всех 6-ти секстантов означает, что необходимости в лечении данного пациента нет.
- КОД 1 или выше указывает, что данному пациенту необходимо улучшить гигиеническое состояние полости рта.
- КОД 2 или выше указывает на необходимость проведения профессиональной гигиены и устранения факторов, способствующих задержке зубного налета. Кроме того, пациент нуждается в обучении гигиене полости рта.
- КОД 3 указывает на необходимость гигиены полости рта и кюретажа, что обычно уменьшает воспаление и снижает глубину кармана до значений, равных или меньших 3 мм.
- Секстант с КОДОМ 4 иногда можно успешно вылечить с помощью глубокого кюретажа и адекватной гигиены полости рта. В других случаях это лечение не помогает, и тогда требуется комплексное лечение, которое включает в себя глубокий кюретаж.

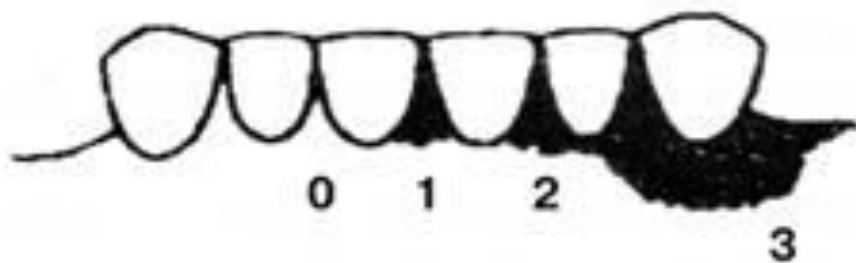


Индекс гингивита (РМА)

Для оценки тяжести гингивита (а в последующем и регистрации динамики процесса) используют папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА). Предложены различные модификации этого индекса, но на практике чаще применяют индекс РМА в модификации Parma.



Оценивают состояние десны у каждого зуба после окрашивания ее раствором Шиллера-Писарева. При этом воспаленные участки десны приобретают коричневую окраску за счет присутствия гликогена.



Коды оценки индекса РМА.

Оценка индекса РМА проводится по следующим кодам и критериям:

- 0 — отсутствие воспаления;
- 1 — воспаление только десневого сосочка (Р);
- 2 — воспаление маргинальной десны (М);
- 3 — воспаление альвеолярной десны (А).

Индекс РМА рассчитывают по формуле:

$$\text{РМА} = \frac{\text{сумма баллов}}{3 \times \text{число зубов}} \times 100\%$$

Количество зубов (при сохранении целостности зубных рядов) учитывается в зависимости от возраста:

- 6 – 11 лет - 24 зуба,
- 12 – 14 лет - 28 зубов,
- 15 лет и старше - 30 зубов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Эффективность программ профилактики кариеса зубов в популяции оценивается через 5, 10, 15, 20 лет. При этом сравнивают величину индекса КПУ в каждой ключевой возрастной группе с данными исходного осмотра, проведенного в тех же возрастных группах.

Если программу внедряют среди ограниченного контингента населения, то оценку проводят чаще, сравнивая динамику показателей интенсивности кариеса зубов (индексов КПУ и кп) в профилактических и контрольных группах.

Еще одним показателем, свидетельствующим об эффективности профилактики, является увеличение числа лиц, у которых кариеса нет.

Профилактика болезней пародонта эффективна, если в процессе ее внедрения снижается количество пораженных секстантов.

Различают предварительную, промежуточную и окончательную оценку эффективности программ профилактики.

- Предварительная оценка эффективности, помимо определения динамики показателей стоматологического статуса, должна включать оценку того, как население восприняло программу профилактики, а также степень его участия.
- Промежуточная оценка позволяет, при необходимости, модифицировать программу для достижения максимального профилактического эффекта.
- Окончательная оценка возможна только после 5, 10 или более лет и должна включать оценку медицинской и экономической эффективности программы.



Спасибо за внимание!