

ПРИМЕНЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКИХ ИНДИКАТОРОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ БИШКЕКА

Чолокова Г.С., Калбаев А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье приводятся результаты определения специфичности и степени информативности Европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья 200 детей школьного возраста г. Бишкек, Кыргызская Республика. Процент здоровых 12 и 15-ти летних составил 10% и 3% соответственно. КПУ-3.8 в 12 лет и КПУ-5.4 у 15-ти летних. Европейские индикаторы могут быть использованы для мониторинга эффективности первичной профилактики.

Ключевые слова: стоматологическое здоровье, дети, Кыргызстан.

БИШКЕК ШААРЫНДА ЖАШАГАН БАЛДАРДЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ДЕН-СОЛУГУН ЕВРОПАЛЫК ИНДИКАТОРЛОРДУ КОЛДОНУУ МЕНЕН ИЗИЛДӨӨ

Чолокова Г.С., Калбаев А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий макалада Кыргыз Республикасынын Бишкек шаарында жашаган мектеп жашында 200 баланын стоматологиялык ден соолугуна баа берүү үчүн Европалык индикаторлордун спецификасы жана маалымат берүү денгелинин натыйжалары көрсөтүлгөн. Он эки жаштагы балдардын стоматологиялык ден соолугу жакшы көрсөткүчү 10%, КПУ – 3,8 ал эми он беш жаштагылардыкы 3%, КПУ – 5,4 түздү.

Натыйжада стоматологиялык ооруларды биринчи ирээтте алдын алуунун эффективдүүлүгүн мониторинг жасоо үчүн Европалык индикаторлорду колдонсо болот.

Негизги сөздөр: стоматологиялык ден соолук, балдар, Кыргызстан.

BISHKEK CHILD'S STOMATOLOGICAL HEALTH EUROPEAN INDICATORS

Cholokova G.S., Kalbaev A.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Article presents results of evaluation of European Indicators specificity and informative level for Estimation of 200 Bishkek (Kyrgyzstan) school-age child. Fraction of healthy 12 and 15 years child were 10% and 3% accordingly. European Indicators can be used for monitoring of Primary Prophylaxis Effectiveness.

Key words: stomatological Health, child, Kyrgyzstan.

Национальная система стоматологической помощи населению, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения должна включать мониторинг стоматологического здоровья, используя общепринятые на международном уровне критерии, что позволяет объективно оценивать качество лечебно-профилактической стоматологической помощи, обоснованно и своевременно вносить соответствующие коррективы в программы профилактики стоматологических заболеваний, планировать материальное и кадровое обеспечение отрасли [1,2]. В Кыргызской Республике имеется многолетний опыт эпидемиологических исследований детей и взрослого населения и данные этих исследований регулярно публикуются в национальных и международных профессиональных изданиях.

Наиболее часто для оценки стоматологического здоровья детей используют индексы КПУ постоянных зубов «ключевых» возрастных групп 12 и 15 лет, что позволяет определить динамику заболеваемости детского населения кариесом. Так, в Кыргызстане средний КПУ постоянных зубов у 12-летних детей в 1995 году был 3.1, что дает основание для предположения о тенденции роста заболеваемости детей кариесом. Однако, при этом, достаточно сложно, или невозможно определить возможные причины наблюдаемой тенденции и дать научно обоснованные рекомендации по устранению негативных факторов, способствующих ухудшению

стоматологического здоровья детей.

Факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов и болезней пародонта – общеизвестны: дефицит фтора в питьевой воде, частое употребление сладких продуктов питания и избыточное накопление на зубах микробного налета [3,4]. Однако, по разным причинам, эти факторы в системе стоматологической помощи не всегда учитываются, а в научных работах используется большое разнообразие методик исследований и оценочных критериев, что, в конечном итоге, делает проблематичным, или невозможным использовать предлагаемые рекомендации на практике. Так, по данным руководителя рабочей группы FDI-ERO по профилактике D.Bourgeois, в мире применяются более 600 разных критериев оценки стоматологического здоровья и качества стоматологической помощи населению [5].

Для мониторинга стоматологического здоровья населения стран Европы, группой экспертов по стоматологии, рекомендованы 40 индикаторов, включающих субъективные (мнение пользователей стоматологических услуг) и объективные (данные профессионального стоматологического исследования) критерии [6]. Наиболее значимыми в этой системе оценок стоматологического здоровья детей по субъективным критериям являются: а) самооценка здоровья и вида своих зубов; б) соблюдение правильного режима чистки

зубов и приема сладких пищевых продуктов; в) случаи зубной боли. Врачебная оценка стоматологического здоровья включает определение компонентов индекса КПУ и распространенности кровоточивости десен. Определение обозначенных субъективных и объективных показателей в измеримых параметрах позволяет выявить возможные взаимосвязи уровня стоматологического статуса, факторов образа жизни и качества стоматологической помощи. В Кыргызстане комплексной оценки стоматологического здоровья детей с использованием Европейских индикаторов ранее не проводилось.

Целью настоящего исследования явилось определение специфичности и степени информативности Европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья детей школьного возраста.

Методы исследования.

Стоматологические осмотры двух «ключевых» возрастных групп, 12 и 15 лет, и анонимное анкетирование 15-летних школьников проведены клинически калиброванными врачами-стоматологами в трех школах г. Бишкека по 100 детей в каждой возрастной группе в стандартных условиях с использованием карт и вопросников Всемирной организации здравоохранения 2013 года. Для исследования выбраны типичные для города школы, в которых было получено согласие администрации и родителей школьников. При осмотре детей регистрировали КПУ постоянных зубов, индекс гигиены рта Грина – Вермиллиона (ОНИ-S) и кровоточивость десен по методике ВОЗ.

Модифицированный анонимный вопросник ВОЗ-2013 содержал 10 вопросов с несколькими вариантами ответов, включая: «не знаю», или «не помню». В кратком изложении, в нем были следующие вопросы:

- субъективная оценка состояния и внешнего вида своих зубов;
- случаи зубной боли; посещение врача-стоматолога и повод; частота чистки зубов и название зубной пасты;
- употребление сладких продуктов и свежих фруктов.

Анализ полученных данных проведен путем вычисления средних величин индексов стоматологического статуса, процентного отношения ответов на поставленные вопросы и определения возможных взаимосвязей поведенческих факторов с состоянием зубов и десен, а также приемлемости европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья детей в условиях существующей системы стоматологической помощи детскому населению.

Результаты и обсуждение.

Результаты анонимного анкетирования 15-летних школьников обобщены в таблице 1. Анализируемые в этой работе субъективные индикаторы стоматологического здоровья детей, изолированные от данных стоматологического статуса, недостаточно информативны, так как ответы «отлично», «хорошо», и т. п. весьма условны, а общепринятых «нормативов» в международной практике не существует. Однако, оценивая поведенческие привычки детей, можно достаточно определенно обозначить, что все относящееся к факторам риска возникновения стоматологических заболеваний относится к негативу. Так, критическое накопление микробного налета на зубах, возможно предотвратить регулярной чисткой зубов и, соответственно, все дети должны соблюдать эту общепринятую рекомендацию. Согласно полученным данным анкетирования, только 55% 15-летних подростков в исследованных школах г. Бишкека практикуют ежедневную 2-разовую чистку зубов (табл. 1).

Следовательно, на коммунальном уровне, т.е. среди всех, или для большинства детей этой возрастной группы, явно существует проблема несоблюдения рекомендованного режима гигиены рта, что определенно может способствовать возникновению стоматологических заболеваний. Научно доказано, что самым эффективным средством первичной профилактики кариеса зубов являются фториды при условии их системного поступления в организм, или локального нанесения на зубы. Наиболее практичный метод местной фтор профилактики кариеса – доставка фторидов к зубам при их чистке фторсодержащими зубными пастами [7].

Таблица 1.
Субъективные индикаторы стоматологического здоровья 15-летних подростков.

Индикаторы	Основные данные анкетирования 15-летних школьников	
Детерминанты	1. Чистка зубов 2 раза в день	55%
	2. Используют для чистки зубов фторсодержащие зубные пасты	29%
	3. Курят изредка, или постоянно	8%
	4. Часто употребляют сладкие продукты и напитки	41%
Процесс	1. В течение года обратились к стоматологу самостоятельно, или по вызову для осмотра	82%
	2. Обратились по поводу зубной боли	19%
Результат	1. Оценили состояние своих зубов как «отличное», или «хорошее»	39%
	Довольны видом своих зубов	44%
	Избегают улыбаться из-за вида своих зубов	11%
	2. В течение года испытали зубную боль	56%
	Пропускали уроки из-за зубной боли	11%

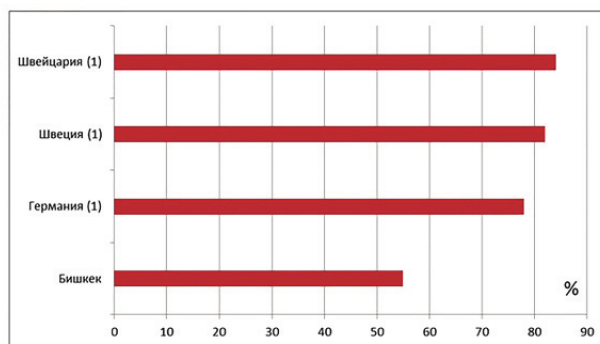


Рис 1. Процент 15 – летних школьников, практикующих рекомендованный режим чистки зубов 2 раза в день [8].

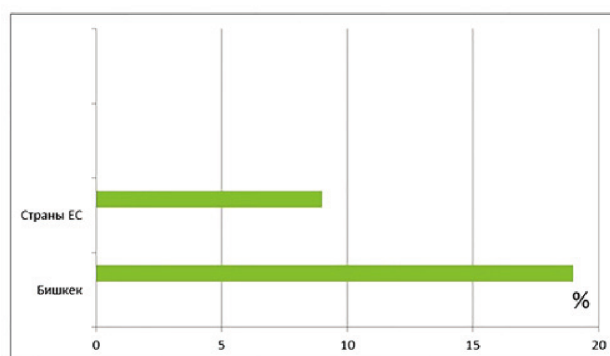


Рис 2. Пропорция 15 – летних школьников, которые в течение последних 12 месяцев испытали зубную боль.

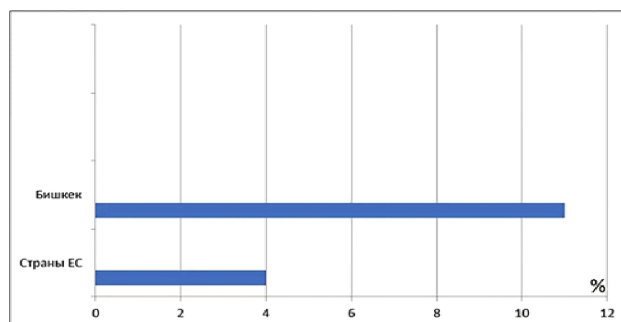


Рис 3. Пропорция 15 – летних школьников, испытавших неудобства в общении из-за вида своих зубов.

Всего лишь 29% подростков, из числа анкетированных используют для чистки зубов пасты содержащие фториды. 67% детей не знали, какие зубные пасты они используют, однако, это также негативный фактор, что 15-летние школьники не информированы о правильном выборе средств гигиены рта для профилактики кариеса зубов. Ряд других субъективных индикаторов также можно отнести к очевидным факторам риска.

Анализируя индикаторы, относящиеся к «процессу» оказания стоматологической помощи детям и «результату», можно заметить сравнительно большой процент анкетированных обратившихся в течение последних 12 месяцев к стоматологу по поводу зубной боли – 19%. Это может указывать на недостаточно эффективную, или нерегулярную ежегодную стоматологическую санацию детей школьного возраста.

Достаточно наглядно и убедительно, значимость субъективных индикаторов можно оценивать путем сравнения полученных в настоящей работе данных

с аналогичными критериями, используемыми в странах Европейского Союза. На рисунках 1, 2, 3 проиллюстрированы индикаторы, относящиеся к трем составляющим предложенной системы мониторинга стоматологического здоровья детского населения: «детерминантам», «процессу» и «результату».

Сравнивая полученные нами данные ряда субъективных индикаторов стоматологического здоровья подростков в г. Бишкеке с аналогичной возрастной группой детей в странах ЕС, можно сделать вывод, что метод анкетирования достаточно специфичен, и может указывать на имеющиеся резервы в системе лечебно-профилактической помощи Кыргызстана, если учесть совпадение двух из трех индикаторов с известными данными о большом проценте здоровых детей и низкой интенсивности кариеса зубов у детей большинства стран Западной Европы [9].

Данные стоматологического исследования двух «ключевых» возрастных групп детей 12 и 15 лет,

Таблица 2.

Объективные индикаторы стоматологического здоровья детей 12 – 15 лет.

Индикаторы	Возрастные группы	
	12 лет	15 лет
Процент здоровых (без кариеса зубов)	10%	3%
Индекс гигиены рта Грина-Вермиллиона	1.1	0.7
Кровоточивость десен	39%	49%
Флюороз зубов	1% (легкий)	4% (легкий)
Средний КПУ зубов	3.8	5.4
Нелеченый кариес (компонент «К»)	2.6 (68%)	3.2 (60%)
Удаленные постоянные зубы («У»)	0.07	0.24
SiC-index (наивысшая интенсивность)	7-8	9-10
Нуждаемость в профилактике и/или стоматологическом лечении	95%	100%
Нуждаемость в неотложном стоматологическом лечении	30%	56%

которые включены в список наиболее существенных Европейских индикаторов стоматологического здоровья суммированы в табл. 2.

Процент здоровых (не имеющих кариеса зубов) 12 и 15 – летних детей составил 10% и 3% соответственно и, закономерно, у этих детей выявлен высокий уровень интенсивности кариеса постоянных зубов: КПУ 3.8 в 12 лет и КПУ 5.4 у 15-летних. Высокая интенсивность кариеса подтверждается индикатором SiC-index (наивысшая интенсивность кариеса зубов), который варьирует в пределах от 7-8 до 9-10 КПУ. Обычно, большая распространенность и высокая интенсивность кариеса зубов «не сочетается» с флюорозом, поэтому необходимо дополнительно изучить происхождение легкой формы пятнистости постоянных зубов у 5 из 200 обследованных детей. Не только субъективные индикаторы, такие как несоблюдение должного режима чистки зубов, частое употребление сладких продуктов, но и объективные данные указывают на наличие важнейшего фактора риска возникновения кариеса зубов и болезней периодонта – микробного зубного налета. Однако показатели ОНI-S были на уровне 0.7-1.1 ед., что оценивается как удовлетворительная гигиена рта. Это не согласуется с большой распространенностью кровоточивости десен (39% среди 12-летних детей и 49% среди 15-летних), которая обычно взаимосвязана с отсутствием, или нерегулярной чисткой зубов.

Нуждаемость в профилактике и/или лечении исследованных детей близка к 100%, что может указывать на недостаточно результативную плановую стоматологическую санацию школьников. Также информативным является индикатор «нуждаемость в неотложном лечении», который определен на уровне 30-56% от числа осмотренных детей. Важно отметить, что эти данные указывают на возможное происхождение сравнительно большой пропорции детей испытывавших зубную боль. Таким образом, можно отметить высокую специфичность и информативность изученных нами индикаторов стоматологического здоровья, предложенных ВОЗ и Еврокомиссией для стран Европы.

Заключение.

Определена высокая специфичность и информативность изученных нами Европейских индикаторов стоматологического здоровья детей

школьного возраста в выявлении поведенческих факторов риска возникновения кариеса зубов и болезней периодонта (кровоточивости десен), а также в оценке качества стоматологической помощи детскому населению, по процентному отношению не леченого кариеса, количеству удаленных постоянных зубов и высокой распространенности болезней периодонта.

Европейские индикаторы стоматологического здоровья детского населения могут быть использованы в системе здравоохранения для мониторинга медицинской эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний, они позволяют делать сравнительную оценку показателей в разных странах, и будут способствовать унификации и объективизации существующей в стране информационной системы в стоматологии, что позволит использовать положительный международный опыт для улучшения качества стоматологической помощи населению и сохранения здоровья.

Литература:

1. *Planning of Oral Health Services. WHO offset Publication №53, WHO – Geneva. – 1980. - 40 p.*
2. *World Health Organization. WHO HFA indicators for the new health policy in Europe. – Netherland. – 2000 (www.who.dk/document/E68894.pdf).*
3. *Всемирная организация здравоохранения. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний. Доклад комитета экспертов ВОЗ, СТД-713, WHO. - Geneva. - 1986, 48 p.*
4. *Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - Медицинская книга, М. - 2007, 450 с.*
5. *European Commission, Health and Consumer Protection Directorate -General. Health Surveillance in Europe. A Selection of Essential Oral Health Indicators. Ed. by D.M. Bourgeois et al. - 2005 Catalogue.*
6. *Леус П.А. Европейские индикаторы стоматологического здоровья населения. - Экономика и менеджмент в стоматологии (РФ), 2012. - № 3, -С.50-54.*
7. *Fluorides and Oral Health. World Health Organization. STR 846. – Geneva. - 1994, 55p.*
8. *Maes L. et al., Tooth brushing in 32 countries. International Dental Journal. – 2006. - v. 56, p. 159 – 167.*
9. *Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. М., Медицинская книга. - 2008, 445 с.*