

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К СИСТЕМНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА

Резюме

Приводится обоснование и результаты внедрения новой системы профилактики, основанной на эндогенном, прицельном по времени назначении детям курсов аскорбиновой кислоты. Достигнуты позитивные сдвиги в структуре заболеваемости, распространенности и средней интенсивности поражения зубов. (Индекс КПУ у 12-летних менее 0,9).

Ключевые слова: профилактика, аскорбиновая кислота, поражение зубов.

Summary

INNOVATIVE APPROACH TO SYSTEM OF CARIES PREVENTION

The substantiation and results of introduction the new system of caries prevention are presented. The system is based on prescription of the time — sighting courses of ascorbic acid in children. The positive changes in the incidence, prevalence and mean intensity of tooth decay was achieved. (The index DFM in 12-year-olds is less than 0.9).

Keywords: prevention, ascorbic acid, tooth decay.

Социально-экономические преобразования в бывшем постсоветском пространстве, происходящие в последние годы, существенным образом сказались на стоматологической помощи, являющейся самым массовым видом медицинского обеспечения населения. Сложность решения задач совершенствования стоматологической помощи населению определяется высоким и все возрастающим уровнем заболеваемости населения болезнями зубочелюстной системы. Кариез зубов следует отнести к социальной проблеме. В первую очередь следует указать на его высокую распространенность во всем мире. Во-вторых, кариез, и особенно его осложнения, влияют на состояние организма за счет нарушения функции жевания и возникновения очаговообусловленных заболеваний. Также выявлена зависимость активности течения кариеса от наличия у пациентов хронической общесоматической патологии, перенесенных заболеваний, когда при выраженном угнетении сопротивляемости организма кариез зубов развивается интенсивно и характеризуется острым течением. По данным ВОЗ и различных авторов, распространенность стоматологических заболеваний среди детского населения достигает 95%, взрослого — 100%. [1]. Интенсивный путь развития стоматологии с преимущественной ориентацией на увеличение объема лечебной работы естественно ни в коем случае не может решить основную задачу — снижение стоматологической заболеваемости населения.

Одной из проблем совершенствования стоматологической помощи, является профилактика стоматологических заболеваний. Учитывая, что уровень стоматологического здоровья взрослого населения обеспечивается детской стоматологией, то профилактические мероприятия у детей становятся очень значимыми. Существенным доводом в пользу профилактики является и то, что стоимость профилактических методов и средств кратно ниже стоимости лечения уже возникших стоматологических заболеваний.

Известно существование достоверной зависимости интенсивности возникновения и развития кариеса зубов от уровня состояния неспецифической резистентности организма. Состояние неспецифической резистентности организма определяет патогенетические механизмы заболевания и, следовательно, требует соответствующих патогенетических методов лечения и профилактики (В.В.Гиляева) [2]. Механизм физиологической, функцио-

В.Я.Рябцев,
И.М. Рябцева

*Приднестровский
государственный
университет им.
Т.Г.Шевченко (НИЛ
«Стомо»),
ГУЗ «Республиканская
стоматологическая
поликлиника»,
Тирасполь*

нальной кариесрезистентности на сегодняшний день можно считать установленным. Он определяется чрезэмалевым транспортом ликвора, обеспечивающим защиту микроскопических пор на поверхности эмали, таким путем осуществляется связь физиологических процессов внутри зуба с его сопротивляемостью к микробным факторам. Связь кислотоустойчивости эмали, определяемой активностью пульпы (проба ТЭР), с кариесом зубов является многократно подтвержденным неоспоримым фактом. Было доказано, что функциональная устойчивость эмали (кислотоустойчивость) подчинена сезонным колебаниям и регулярно падает в феврале-марте. Учитывая эти факты, открывается реальная перспектива стратегии прицельной эндогенной (системной) профилактики кариеса (В.Р.Окушко, [3]), что и было заложено в популяционную кариеспрофилактическую программу у детей в Приднестровье. В качестве основного действующего агента эндогенной профилактики применяется аскорбиновая кислота, которая зарекомендовала себя как высокоэффективное средство, при минимальных противопоказаниях к применению. Невитаминная активность данного препарата, как показали лабораторные и клинические исследования, стимулирует механизм активации «зубного насоса», что способствует повышению кислотоустойчивости эмали с регистрацией выраженного кариесстатического эффекта (М.Н. Рося, 1990).

При выборе специфических методов и средств профилактики мы исходили в первую очередь из их эффективности и стоимости. В связи с отсутствием перспектив бюджетного финансирования программы в целом, нами рассматривалась возможность проведения в полном объеме лишь одного из ее элементов — указанной выше эндогенной (системной) профилактики на основе аскорбиновой кислоты. Методические рекомендации по её применению были разработаны совместно с педиатрами и опубликованы в соответствующей литературе [4]. Расчетная средняя себестоимость одного курса в год на одного ребенка составила величину порядка 20 центов, а в структуре сметы всего финансирования программы аскорбинизация занимает не более 7 %.

Программа по комплексной профилактике кариеса у детей на 2004—2013 годы «Детям — здоровые зубы» рассчитана на 10 лет и включает комплекс мер, принятых в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Важным моментом на этапе планирования программы мы считаем получение достоверной информации о химическом составе питьевой воды. Приднестровье находится в зоне оптимального содержания фторидов в воде (0,7-1,5 мг\л), однако встречаются населенные пункты со сниженным содержанием до 0,4 мг\л (Слободзейский район) и повышенным до 3-4 мг\л (Каменский район). В силу экономических обстоятельств, в полном объеме удалось осуществить

лишь ежегодную санацию и первичную эндогенную профилактику [5]. В настоящее время реализуется второй этап программы, мероприятиями которой охвачено около 97% детского населения в организованных детских коллективах на всей территории Приднестровья.

По состоянию на 2002—2003 учебный год, то есть к началу внедрения Программы, для оценки взяты три возрастные группы детей: шестилетние, двенадцатилетние и пятнадцатилетние. Распространенность кариеса постоянных зубов в индикаторной группе двенадцатилетних детей была довольно высокой (от 44 до 70 % в разных районах) и составляла в среднем по данным паспортов школ 53 %. Нуждаемость в лечении постоянных зубов составляла 42%, средний показатель. В индексе КПУ превалировал компонент «К» — 56%, компонент «П» был 44%, а компонент «У» составлял 0,01%.

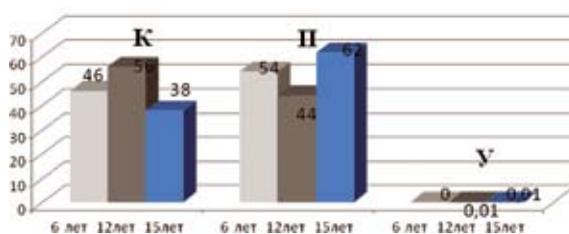


Рис. 1

Структура КПУ трех возрастных групп до начала Программы профилактики

Индекс КПУ отражает результативность профилактической работы, а его компоненты указывают на реальный объем лечебной помощи, оказанной населению (на это указывает компонент «П» — пломбированные зубы) и качество лечебной помощи (компонент «У» — удаленные зубы). Чем меньше индекс КПУ, тем лучше стоматологическое здоровье.

Оценка эффективности реализации задач определенных в «Программе» на этапах ее внедрения через 5 лет, определил ряд позитивных моментов. Эпидемиологическая ситуация улучшилась во всех возрастных группах. Достоверно, на 3 — 5% увеличилось число детей с интактными зубами, показатель среднего индекса КПУ снизился на 0,14 у шестилетних детей, на 0,06 у 12-летних и на 0,11 произошло снижение у 15-летних детей; в его структуре превалирует компонент «П», а компонент «У» составляет лишь 0,01%, компонент «К» с увеличением возраста снижается. Уменьшился показатель распространенности в пределах 5 % по всем возрастным группам.

Данные независимого мониторингования совпадают с отчетными данными школьных паспортов. Анализ структуры КПУ за период с 2008 по 2012 годы свидетельствует о ее оптимизации с четким снижением количества выявленных кариозных полостей (К) более чем в два раза и регистрацией роста числа запломбированных зубов

(П) на 17,5%. Также отслеживается тенденция сокращения количества удаленных постоянных зубов.

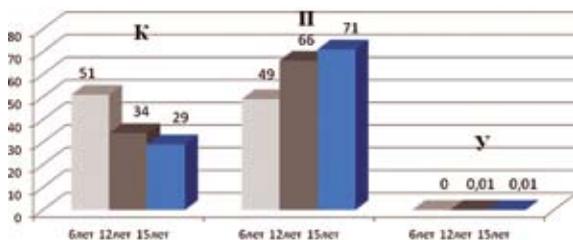


Рис. 2

Структура КПУ трех возрастных групп через 5 лет внедрения Программы профилактики

2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
К — 32%	К — 29,9%	К — 22,5%	К — 18,6%	К -15%
П — 67,2%	П — 68,8%	П — 77,4%	П — 80,9%	П -84,7%
У — 0,8%	У — 1,3%	У — 0,1%	У — 0,5%	У — 0,3%

Рис. 3

Структура КПУ 12-летних детей по ПМР по данным независимого мониторинга

Сводные данные показателей основных параметров пораженности кариесом у детей, при наличии годовых статистических флюктуаций, в целом находятся на стабильно низком уровне с определенной тенденцией к снижению, что свидетельствует об эффективности предложенной программы профилактики. График % нуждающихся детей в санации полости рта по городу Тирасполю от начала работы Программы до 2011 года подтверждает вышесказанное. Линия тренда отражает положительную динамику.

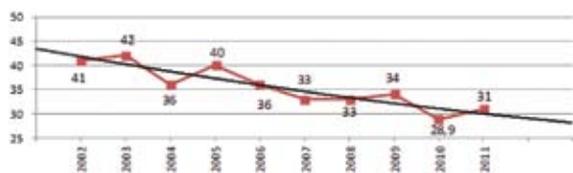


Рис. 4

Системное эндогенное использование аскорбиновой кислоты в качестве корректора спонтанного биоритмологического спада резистентности организма способно влиять на эпидемиологическую ситуацию по кариесу зубов на уровне всего детского населения отдельного административно-территориального образования. Достигнут крайне низкий показатель средней интенсивности (КПУ 12-летних) менее 0,9. Особенно интересна с точки зрения результативности программы позиция в отношении заболеваемости респираторными заболеваниями. Данный эффект был обнаружен случайно, как «побочный»: специалисты-эпидемиологи отметили некоторые положительные сдвиги в ситуации с распространенностью респираторных заболеваний, совпавших по времени с пиком

реализации нашей программы. Ретроспективный анализ эпидемиологических показателей за прошедшие годы позволил установить определенную закономерность. Начало применения в школах республики аскорбиновой кислоты совпало со снижением зарегистрированных случаев гриппа, что подтверждает концепцию Полинга о возможности контроля заболеваемости путем приема аскорбиновой кислоты (Окушко В.Р., Рябцев В.Я., Печул А.С.). [4]. При этом аскорбиновая кислота выступает как иммуномодулирующее средство и влияет как на общую резистентность организма, так и на резистентность зубной эмали. Получение максимального эффекта от аскорбиновой кислоты или других системных препаратов может быть достигнуто только при их индивидуальном назначении в соответствии с персонально диагностированным снижением резистентности. Здесь открывается простор для развития стоматологии профилактической.

Практика реализации Программы профилактики кариеса со всей отчётливостью выявляет множество организационных сложностей. В реализации программы участвует только стоматологический персонал. Педиатры, средние медицинские работники, воспитатели, педагоги, родители фактически не участвуют в этой работе. Проведенные социологические опросы установили, что санитарное просвещение, проводимое среди беременных женщин и молодых матерей зачастую носит формальный характер. Стоматологи не акцентируют внимание на главных причинах появления кариеса зубов у детей (искусственное вскармливание ребенка, подслащенная вода в промежутках между основными приемами пищи, сладкие каши, соки, даваемые ребенку через соску и особенно на ночь). Не проводится мотивация родителей к необходимости регулярного посещения стоматолога с интервалами в полгода, начиная с 6-и месячного возраста ребенка. Содружественной работы с педиатрами, медперсоналом организованных детских коллективов, воспитателями и педагогами требуют и задачи профилактики зубочелюстных аномалий. Умнеющие пациенты потребуют от специальности не только безупречных реставраций, но и обеспечения реальной экологически безопасной профилактики. Также на наш взгляд одной из основных сложностей является экономическая незаинтересованность юридических и физических лиц в достижении реального профилактического результата. В настоящее время не только отсутствует вознаграждение за достигаемый явный социальный результат, но в ряде случаев, прямо или косвенно, наказывает специалистов за неизбежное снижение числа выполненных пломбирований и удалений зубов. Представляется совершенно очевидным, что любая система популяционной профилактики принципиально не сможет эволюционировать без создания законодательной

базы, опирающейся на правовой механизм материального вознаграждения лиц, занимающихся реализацией профилактических программ, за реальное снижение заболеваемости кариесом. Стоматолог-профилактик должен оплачиваться не по количеству и объему терапевтической и хирургической помощи, а в соответствии с количеством зубов, сохранивших здоровье. Специфика и опыт работы стоматологов-педиатров позволяют осуществить переход на основе количественной оценки результативности профилактики по годовой динамике показателей индекса КПУ у постоянно наблюдаемого детского контингента.

Государственная программа «Детям — здоровые зубы», которую мы реализуем с 2004 года, показала высокую эффективность. Хотим подчеркнуть, что до настоящего времени нигде на постсоветском пространстве не разработано подобной превентивной программы, которая носит инновационный характер. Мониторинг выявляет

положительную динамику стоматологического здоровья детского населения, а это значит, что последующее поколение — завтрашние мамы и папы — вырастут более здоровыми. Здоровые зубы — залог отсутствия многих других серьезных заболеваний.

Литература:

1. Пригодин С.В., Сирак И.А. Шаповалова Е.М. Максимова «Стоматология детского возраста и профилактика». — 2009. — №1. — с. 20-23.
2. Гиляева В.В., Гиниятуллин И.И., Гараев Р.С. «Патогенетическая прпрофилактика кариеса зубов с использованием сочетания ксимедона и ультрафонофореза димефосфона» М., Новое в стоматологии, 2000, №7(87), с.75-79.
3. Окушко В. Р. «Основы физиологии зуба». Информационное агентство Newdemt. Москва, 2008 г.
4. В.Р. Окушко, В.Я. Рябцев, А.С. Печул «На пути к кардинальным переменам в стоматологии» К., Medicina stomatologica, 2008, №2(7), с.70-74.
5. Окушко В.Р., Рябцев В.Я. «Хрономедицинский подход к профилактике кариеса зубов у детей» Тирасполь, Вестник МЗ и СЗ ПМР, 2011, №2(9), с.12-15.

ACIDOREZISTENȚA SMALȚULUI LA PACIENȚI CU CARIA EXPLOZIVĂ. (INFORMAȚIE PREELIMINARĂ)

A.V. Potolea

*Laboratorul științific
«STOMO» Universitatea
Nistreană de stat «T.G.
Șevcenco»*

Резюме

Данные литературы и клиническое собственное наблюдение позволяют считать цветущий кариес в качестве своеобразной нозологической единицы. Проблема рассмотрена с точки зрения клинической и концептуальной кариесологии, а также общей патологии. Автором было выявлено что цветущий кариес сопровождается спадом структурно-функциональной резистентностью выявляющейся пробой ТЭР.

Ключевые слова: цветущий кариес, структурно-функциональная резистентность зубов

Summary

THE ACIDORESISTENCE OF ENAMEL IN PATIENTS WITH EXPLOSION CARIES

The literature and clinical observation suggest their own explosion caries as a nosological entity. The problem is considered from the viewpoint of the clinical and conceptual kariesologii and general pathology. The author found that the explosion (flowering) caries is accompanied by a decline structural and functional of resistance detected by TER.

Key words: flowering caries, structural resistance, functional resistance enamel

Introducere:

Majoritatea savanților descriu caria dentară drept un proces complex cu evoluție cronică lentă în țesuturile dure dentare. Ea apare în rezultatul acțiunilor combinate nefavorabile ale factorilor exo-endogeni, locali și generali, caracterizat prin demineralizarea țesuturilor neorganice și distrugerea celor organice, cu formarea defectelor în țesuturile dure dentare (Nicolae A.I., Țepov L.M. 2005). Încă în secolul trecut deja se efectuau cercetări care au permis evaluarea cariei explozive (C.E.)