

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

СМІРНОВА ІРИНА ВІТАЛІЇВНА

УДК: 616.31–084:614]–053.8

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ
МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ПОШИРЕНИХ ХВОРОБ ПОРОЖНИНИ
РОТА НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ**

14.02.03 – соціальна медицина

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків – 2016

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України Клименко **Вікторія Іванівна**, Запорізький державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Лехан Валерія Микитівна**, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я

доктор медичних наук, професор **Децик Орина Зенонівна**, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства

Захист відбудеться __26 жовтня__ 2016 року о __10.⁰⁰_____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 при Харківському Національному медичному університеті МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського Національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

Автореферат розісланий “_23_” __вересня_____ 2016 року

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
к.мед.н., доцент

Л.І. Чумак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Поліпшення стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку України у спектрі проблем загального здоров'я залишається одним із першочергових завдань, оскільки є інтегральним показником соціально-економічного розвитку суспільства, рівня добробуту й культури населення (ВООЗ, 2006).

Впродовж останніх десятиріч в країні виявлено істотно погіршення стоматологічного статусу населення. За показником частоти звернень до лікарів – стоматологів (до 1241 звернення на 1000 населення) і чисельністю фахівців, стоматологія знаходиться на другому місці (Аніщенко О.В., 2011, Павленко О.В., 2011).

З метою удосконалення медичної допомоги стоматологічним хворим в Україні на державному рівні розроблені та впроваджені Указ Президента України № 475/200 від 21.05.02 р. "Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 рр.", Наказ МОЗ України від 22.11.2000р. № 305 "Про затвердження надання критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II, III рівнях (амбулаторна допомога)"; Наказ МОЗ України № 566 від 23.11.2004 р. "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Стоматологія". Разом з тим недостатнє фінансування стоматологічної служби, невідповідність сучасним вимогам більшості технологій та обладнання, яке використовується у стоматологічних закладах комунальної форми власності, низька заробітна платня лікарів-стоматологів, зубних техніків, середнього медичного персоналу у стоматологічних закладах комунальної форми власності, відсутність економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання не сприяють підвищенню якості і продуктивності праці стоматологічного персоналу.

Суттєве зменшення кількості стоматологічних кабінетів в медичних закладах комунальної власності та їх застаріле оснащення, стрімкий розвиток приватних стоматологічних кабінетів, оснащених сучасною технікою призвело до зниження доступності стоматологічної допомоги для населення України (Бугорков И.В., 2009; Леонтьев В.К., 2007; Рейзвих О.Э., 2010). Сучасні умови організації стоматологічної допомоги потребують принципово нових підходів до забезпечення якості послуг (Рейзвих О.Э., 2012). Саме профілактика, що реалізується в межах національних стратегій, є реальним механізмом вирішення глобальних проблем, пов'язаних із стоматологічними захворюваннями і чинниками їх ризику. Робота лікаря стоматолога залишилася за межами медичних оглядів, за винятком працівників певних категорій (МОЗ, 2007).

Європейський і світовий досвід показує, що, перш за все, необхідно перебудувати санітарно-просвітницьку діяльність на зразок економічно розвинутих країн (Леус П.А., 2005; Лобко В.А., 2008; Сагіна О.В., 2006).

Європейським регіональним бюро ВООЗ було розроблено Програму «Здоров'я ХХІ – здоров'я для всіх у ХХІ столітті», в якій передбачено

досягнення високого рівня здоров'я, у тому числі й стоматологічного (Манрикян М.Е., 2012). У рамках цієї стратегії Європейське регіональне бюро ВООЗ координує свою діяльність у країнах-учасниках за трьома основними напрямками:

- формування способу життя, що сприяє збереженню та зміцненню здоров'я;
- створення навколишнього середовища, що сприяє здоров'ю людини;
- розвиток служб профілактики, лікування та догляду.

Таким чином, враховуючи все вище викладене питання профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення особливо працездатного віку залишається актуальним.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано згідно з планом науково-дослідних робіт Запорізького державного медичного університету. Дисертаційна робота є фрагментами науково-дослідної роботи кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи “Оптимізація надання медичної допомоги різним верствам населення великого промислового міста в умовах реформування системи охорони здоров'я”, 2011-2015 рр. (№ державної реєстрації 0111U005861). Здобувач є співвиконавцем роботи.

Мета дослідження: наукове обґрунтування оптимізованої моделі профілактики поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку.

Завдання дослідження, зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Проаналізувати сучасні світові підходи щодо профілактики поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку.
2. Провести аналіз стану здоров'я населення м. Запоріжжя в зв'язку з захворюваннями порожнини рота.
3. Визначити вплив модифікованих чинників на стан гігієни порожнини рота та інтенсивність карієсу серед населення працездатного віку.
4. Дослідити вплив організації профілактичної роботи стоматологічної служби на попередження поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку.
5. Обґрунтувати функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку та оцінити її ефективність.

Наукова база дослідження охоплювала медичні заклади: КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради, Навчально-науково-медичний центр «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету МОЗ України, стоматологічні кабінети м. Запоріжжя державної та приватної форм власності.

Об'єкт дослідження - система профілактики поширеності стоматологічних захворювань та інтенсивності карієсу у населення працездатного віку.

Предмети дослідження: показники стоматологічного статусу населення працездатного віку, чинники ризику незадовільного стану гігієни порожнини рота та інтенсивності карієсу, ресурсне забезпечення стоматологічної служби, а також оптимізована функціональна модель.

Методи дослідження базуються на системному підході та аналізі, що дозволило розробити поетапну програму виконання дослідження, застосувати комплекс адекватних методів дослідження: бібліосемантичний – для вивчення світового досвіду стосовно розробки та впровадження різних ефективних заходів з профілактики стоматологічних захворювань; епідеміологічний – для оцінки стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку м. Запоріжжя; соціологічний - для вивчення впливу соціально-економічних, медико-організаційних факторів та гігієнічних навичок на стан стоматологічного здоров'я населення працездатного віку, а також для аналізу оцінки ефективності організації роботи лікарів стоматологів терапевтів; медико-статистичний - для статистичної обробки отриманих результатів дослідження та аналізу ресурсного забезпечення стоматологічною допомогою досліджуваного контингенту; моделювання - для розробки моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку; експертних оцінок - для визначення ефективності запропонованої моделі.

Наукова новизна одержаних результатів досліджень полягає в тому, що вперше в Україні:

- проведено епідеміологічне дослідження стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку великого промислового міста;
- обґрунтовано необхідність залучення лікаря первинної ланки для оцінки та контролю стану гігієни ротової порожнини;
- визначено стратегічний напрям профілактики найбільше розповсюджених стоматологічних захворювань населення працездатного віку для досягнення погодженості дій лікаря первинної ланки та лікаря-стоматолога щодо реалізації відповідних превентивних заходів;
- здійснено наукове обґрунтування та розроблено функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку та оцінено її ефективність.

Удосконалено методичні підходи до організації профілактичних заходів провідних стоматологічних захворювань.

Набула подальшого розвитку теорія провідних чинників ризику незадовільного стану гігієни порожнини рота та зростання інтенсивності карієсу.

Теоретичне значення роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині організації профілактики провідних стоматологічних захворювань.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для:

- обґрунтування комплексу завдань для медичних працівників первинної ланки з профілактики найпоширеніших стоматологічних захворювань та розробки відповідних методичних рекомендацій;

- рекомендацій щодо підвищення рівня стоматологічної просвіти, мотивації до здорового способу життя та дотримання індивідуальної програми гігієни порожнини рота;

- впровадження основних елементів розробленої моделі в практику закладів охорони здоров'я різних рівнів і форм власності (акти впровадження);

- удосконалення навчальних програм підготовки лікарів на до- та післядипломному рівнях (акти впровадження).

Їх впровадження реалізовано:

а) на *галузевому рівні* шляхом розробки:

- методичних рекомендацій «Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку» (Київ, 2015);

- інформаційного листа «Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань» (Київ, 2014).

б) на *регіональному рівні* шляхом використання окремих елементів запропонованих нововведень:

- у практичну діяльність медичних закладів Запорізької області: КЗ «Центр ПМСД №10 ЗМР» від 24.12.2015 р., КЗ «Центр ПМСД №6 ЗМР» від 05.12.2015 р., «Міська стоматологічна поліклініка №2 від 10.12.2015 р., КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» ЗОР від 15.12.2015 р., ПП «Стоматологічний Центр «Металокераміка» від 11.12.2015 р. (акти впровадження);

- у навчальному процесі Запорізького державного медичного університету МОЗ України від 10.12.2015 р., ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» від 24.12.2015р., Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького від 11.12.2015р., медичного інституту Сумського державного університету МОН України від 18.11.2015р., Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського від 18.11.2015р., Ужгородському національному університеті від 11.01.2016р., «ДЗ Запорізька медична академія післядипломної освіти» МОЗ України від 05.12.2015 р. (акти впровадження).

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проведено інформаційний пошук і аналіз наукової літератури за темою дисертації, обґрунтовано актуальність дослідження, особисто визначено мету й завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методики для вирішення поставлених завдань, здійснено збір та викопіювання первинної документації, розроблено анкету медико-соціологічного дослідження та організовано збір його матеріалів, розроблено комп'ютерні програми формування баз даних і статистичну обробку результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel та ліцензованої програми

Statistica 6.0., оброблені та систематизовані отримані матеріали, проведено аналіз, моделювання, узагальнення та інтерпретація результатів, сформульовано висновки, запропоновані практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих працях за темою роботи.

Апробація результатів у науково-практичних конференціях:

- на державному рівні – на науково-практичній конференції, присвяченій 90-річчю дня заснування кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я (31 жовтня – 1 листопада Харків, 2013); на II-й Слобожанській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів у рамках III Слобожанського стоматологічного форуму (22 листопада Харків, 2013); на першій міжрегіональній науково-практичній конференції «Стоматологія Придніпров'я» (11 жовтня Дніпропетровськ, 2013); на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Комплексний підхід у реабілітації стоматологічних хворих» (15-16 травня Запоріжжя, 2015).

Публікації. Всього за темою дисертації опубліковано 11 наукових праць, з них 5 статей, у тому числі 4 статті у фахових виданнях, рекомендованих МОН України та 1 у іноземному науковому виданні, 4 – містять праці апробаційного характеру, 2 – додатково відображають наукові результати дослідження.

Структура та обсяг роботи: дисертація складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми, матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень та аналізу отриманих даних, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків.

Текст дисертації викладено на 160 сторінках і додатки на 34 сторінках, містить 49 таблиці та 5 рисунків. Список використаних джерел літератури включає 243 одиниці (192 – вітчизняних та країн СНД і 51 - латиницею).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

В першому розділі «Стан стоматологічного здоров'я та організація профілактичної роботи серед населення працездатного віку (огляд літератури)» наведено системний огляд наукової літератури за темою дослідження, результати якого засвідчили наявність значної кількості невирішених питань, пов'язаних із формуванням дисбалансу між лікувальною та профілактичною допомогою на користь першої, що ускладнює реалізацію стратегії зміцнення стоматологічного здоров'я, та потребувало обґрунтування та оптимізації відповідної системи профілактики.

У другому розділі «Програма, матеріали й методи дослідження» для досягнення поставленої мети на основі системного підходу була розроблена спеціальна програма дослідження (рис. 1), яка передбачала його виконання у чотири етапи із використанням адекватних методів (рис. 2).

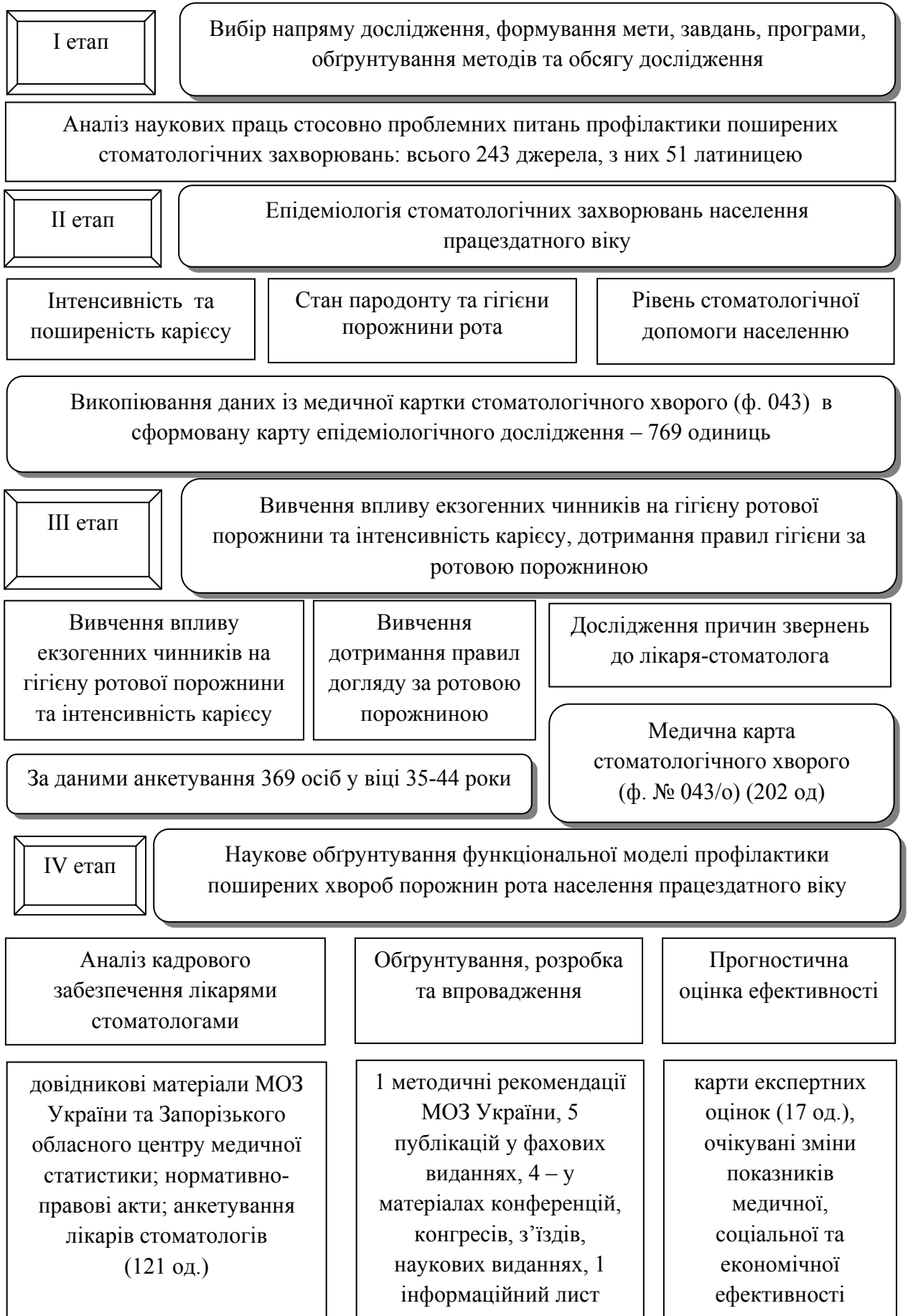


Рис. 1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Методи дослідження	Етапи дослідження
1. Системного підходу	I-IV
2. Бібліосемантичний	I
3. Епідеміологічний	III
4. Медико-статистичний	II-IV
5. Соціологічний	II-IV
6. Моделювання	IV
7. Експертних оцінок	IV

Рис. 2. Методичний апарат дослідження

Результати реалізації завдання першого етапу (опрацювання 244 джерела) дозволили визначити комплекс проблем, що супроводжують погіршення стоматологічного статусу населення працездатного віку, особливо модифіковані чинники ризику (ЧР), методи та засоби боротьби з ними, оцінити світовий та вітчизняний досвід організації профілактики та медичного обслуговування досліджуваного контингенту, взаємодію лікарів-стоматологів із первинною ланкою.

Оцінка епідеміології основних стоматологічних захворювань серед населення проводилася згідно рекомендацій ВООЗ на підставі вивчення основних показників: розповсюдженість карієсу; інтенсивність карієсу за індексом КПВ (К – каріозні зуби, П – пломбовані, В – видалені); стан пародонту за допомогою комплексного пародонтального індексу (КПІ); розповсюдженість некаріозних уражень емалі; рівень стоматологічної допомоги населенню (РСД). Крім цього було проведено оцінку стану гігієни порожнини рота за допомогою індексу Грін-Вермільйона. Нами спільно з кафедрою загальної та спеціальної стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України за умови інформованої згоди згідно з рекомендаціями ВООЗ для оцінки стоматологічного статусу дорослого населення проведено епідеміологічне дослідження 369 осіб у віці 35-44 роки. Для оцінки зміни його в залежності від віку та статі додатково обстежено по 200 осіб у віці 18-34 роки та 45-60 років. Для досягнення максимально однакової оцінки лікарями стоматологічного статусу пацієнта проводилася оцінка співставності професійної підготовки фахівців, суть якої полягала в тому, що всі лікарі-стоматологи, які приймали участь в епідеміологічному дослідженні попередньо оглядали по 20 пацієнтів даної вікової групи, проводився розрахунок відсотка співпадіння результатів, при досягненні 85% та вище на кожного лікаря, розпочиналося епідеміологічне дослідження. Всі отримані дані вносилися в медичну картку стоматологічного хворого (ф. 043) та в сформовану карту епідеміологічного дослідження (ВООЗ, 1980).

Завданням третього етапу стало вивчення впливу екзогенних чинників на стан гігієни ротової порожнини та інтенсивність карієсу, а також на дотримання правил гігієни ротової порожнини населенням працездатного віку. Анонімне медико-соціальне опитування проводилось за спеціально

розробленою авторською анкетною закритого типу впродовж 2011-2015 рр. Дослідження причин звернень до лікаря-стоматолога проводилося на репрезентативній вибірці, яка здійснювалась комбінованим методом (типологічний за віком та статтю; гніздовий – за територію проживання).

Головним завданням четвертого етапу дослідження стало вивчення впливу організації профілактичної роботи лікарями-стоматологами на гігієнічну грамотність населення працездатного віку щодо догляду за порожниною рота та спосіб життя на підставі вивчення нормативно-правової бази, проведення аналізу кадрового забезпечення та соціологічного опитування лікарів-стоматологів, що надають медичну допомогу в стоматологічних закладах різних форм власності.

Узагальнені результати дослідження дали змогу науково обґрунтувати функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку. Оцінку ефективності запропонованої моделі здійснювали за прогностичними показниками медичної, соціальної та економічної ефективності методом експертних оцінок на підставі обраних показників.

В ході медико-соціального дослідження було сформовано комп'ютерну базу даних на основі Microsoft Excel, де результати дослідження групувались в залежності від статі (чоловіки, жінки) та віку. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась шляхом розрахунку частоти поширення ЧР на 100 опитаних та похибки ($\pm m$). Оцінка достовірності різниці отриманих даних в різних групах спостереження та перевірка нульової гіпотези здійснювалась шляхом розрахунку критерію відповідності хі-квадрат (χ^2). Оскільки проведене дослідження за дизайном належить до ретроспективних аналітичних, то виявлення чинників, що впливають на гігієну порожнини рота та поширеність інтенсивності карієсу здійснювалось з використанням методики розрахунку показника відношення шансів (ВШ) та його 95% довірчого інтервалу (95% ДІ). Кількісні ознаки, що не відповідали нормальному закону розподілу даних представлені у вигляді Me (25-75 %) - (медіана, 25 і 75 перцентіль).

Таким чином, запропонована програма дослідження, його обсяги та обраний методичний апарат дозволили отримати репрезентативні дані, вирішити поставлені завдання на кожному з етапів, результати яких покладались в основу обґрунтування запропонованої моделі.

У розділі 3 «Епідеміологія стоматологічних захворювань» показано, що поширеність карієсу серед населення працездатного віку м. Запоріжжя становить 100%; інтенсивність карієсу (індекс КПВ) – 16,7, яка відповідає за даними ВООЗ дуже високому рівню. Гендерних відмінностей не встановлено. Структура індексу КПВ серед населення працездатного віку має наступний вигляд: К - 5,99 (3,0; 9,0); П - 6,57 (3,0; 10,0); В - 4,32 (1,0; 7,0). При аналізі індексу КПВ встановлено, що у переважній більшості населення працездатного віку ($55,46 \pm 4,56\%$) спостерігається дуже високий рівень (КПВ -16,3 та вище, шкала ВООЗ, 1980р.); у кожного п'ятого ($21,01 \pm 3,73\%$) - високому (індекс КПВ – 12,8-16,2); середній рівень (індекс КПВ – 6,3-12,7)

встановлено у $18,49 \pm 3,56\%$ оглянутих і лише тільки у $3,36 \pm 1,65\%$ спостерігається низький рівень інтенсивності карієсу, що свідчить про високу враженість карієсом, низьку ефективність лікування та недостатній рівень профілактичної роботи. Підтвердженням низької ефективності лікування та недостатнього рівня профілактичної роботи є наявність асоціативного зв'язку між компонентами К та П індексу КПВ ($r = -0,41$, $p < 0,05$). При проведенні кореляційного аналізу нами встановлені наступні асоціативні зв'язки між індексом КПВ та його компонентами: з К ($r = +0,25$, $p < 0,05$), з П ($r = +0,37$, $p < 0,05$), з В ($r = +0,51$, $p < 0,05$), що свідчить про найвищий вклад видалених зубів в індекс КПВ.

З віком знижується поширеність як неускладненого карієсу, так і пульпіту. Поширеність неускладненого карієсу серед вікової групи молодше 25 років становила 90%, у віці 46-60 років - 50%. Аналогічна тенденція встановлена і при аналізі поширеності пульпіту. Максимальний рівень поширеності пульпіту виявлено серед двох вікових груп пацієнтів: особи 25-29 років (37,9%) та 30-34 роки (37,5%). Мінімальний рівень даного показника встановлено в групах старших вікових категорій: 50-54 років - 7,1%; 55-59 років - 3,3%. Причиною зниження поширеності карієсу у населення старшої вікової групи є зростання частки пацієнтів з видаленими зубами.

Поряд з цим з віком простежувалася тенденція до погіршення стану пародонту від легкого ступеня ураження у віковій групі 18-34 років (КПІ - $1,69 \pm 0,48$) до важкого ($3,89 \pm 0,34$) у віці 45-60 років, в основній (35-44 роки) групі - $2,81 \pm 0,51$ (середній ступінь ураження). Половина обстеженого населення працездатного віку мала проблеми із станом пародонта: $37,82 \pm 4,45\%$ - локалізований гінгівіт, $8,40 \pm 2,54\%$ - генералізований; $5,88 \pm 2,16\%$ - пародонтит локалізований, $17,65 \pm 3,49\%$ - генералізований, пародонтозу не було виявлено. Майже у всіх обстежених виявлено некаріозне ураження зубів: $44,54 \pm 4,56\%$ мали підвищене стирання зубів, $25,21 \pm 3,98\%$ - клиноподібний дефект, $11,76 \pm 2,95\%$ - ерозію емалі та $10,08 \pm 2,76\%$ - гіпоплазію.

При аналізі ортопедичного статусу населення працездатного віку встановлено, що лише $60,50 \pm 4,48\%$ не мало ортопедичних конструкцій не залежно від статі, але $83,19 \pm 3,43\%$ потребувало ортопедичного лікування, що викликає занепокоєння.

Стан гігієни порожнини рота за індексом Гріна-Вермільйона відповідав ще задовільному стану, але на межі з недостатнім ($1,60 \pm 0,55$). При вивченні гендерних відмінностей показано, що у чоловіків був недостатнім - $1,73 \pm 0,58$, а у жінок наближався до задовільного - $1,49 \pm 0,49$ ($p > 0,05$). Між інтенсивністю карієсу та станом гігієни порожнини рота встановлено асоціативний зв'язок ($r = +0,49$, $p < 0,05$), що свідчить про вплив останньої на розвиток карієсу.

Встановлено, що рівень стоматологічної допомоги населенню працездатного віку є недостатнім - 38,5% (20;59): у чоловіків - 30,1%

(20;46,7) достовірно нижче в порівнянні з жінками - 50,9% (21,1;63,4) ($p < 0,01$).

Показано, що хвороби порожнини рота, серед яких перше місце посідає карієс, залишаються значимою медико-соціальною проблемою серед населення працездатного віку м. Запоріжжя.

Розділ 4 «Вплив екзогенних чинників на стан гігієни порожнини рота та зростання інтенсивності карієсу». Проведеним соціологічним опитуванням показано, що $52,10 \pm 4,58\%$ осіб не дотримуються рекомендацій щодо відвідування лікаря-стоматолога 1 раз на 6 місяців. Нами проаналізовано 20 ЧР та встановлено, що провідними є соціально-економічні та медико-організаційні чинники (рис. 3), що призводять до незадовільного стану гігієни порожнини рота та інтенсивності карієсу

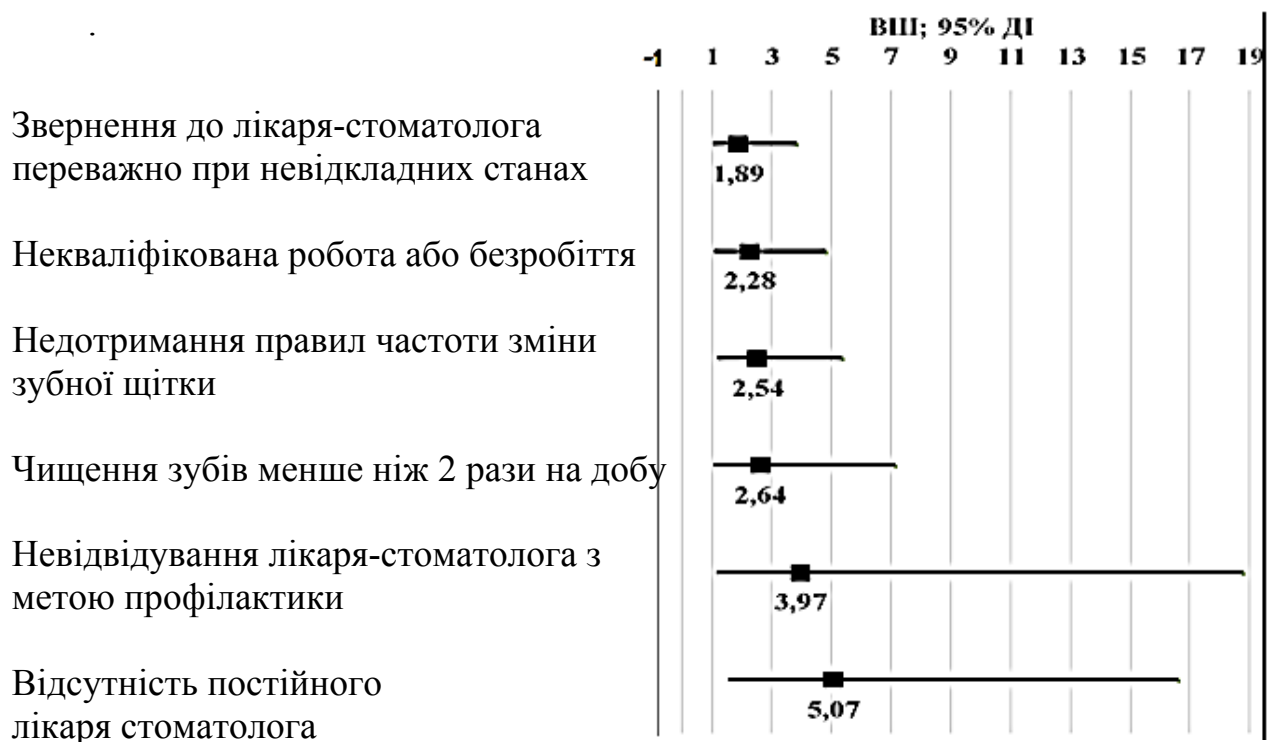


Рис. 3. Чинники ризику незадовільного стану гігієни порожнини рота та інтенсивності карієсу (відношення шансів)

В розділі 5 «Вплив організації профілактичної роботи стоматологічної служби на попередження поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку» проведено аналіз кадрового забезпечення лікарями-стоматологами Запорізької області в розрізі адміністративних одиниць у порівнянні з даними по Україні.

В структурі закладів охорони здоров'я, що надають стоматологічну допомогу населенню м. Запоріжжя, переважають клініки та кабінети приватної форми власності – 78%, які, як відомо, не мають мотивації до профілактичної роботи.

Протягом останнього 10-річчя спостерігається тенденція до скорочення штатних одиниць лікарів-стоматологів в комунальних закладах Запорізької області з 492,25 у 2008 р. до 448,25 - 2015 р. Незважаючи на щорічний випуск лікарів-стоматологів кількість фізичних осіб в закладах державної форми власності Запорізької області практично не збільшується і в середньому становить 303,5 (за останні 5 років). Забезпеченість лікарями стоматологами в Запорізькій області в 2 рази нижче середнього показника по Україні, третина з яких - особи передпенсійного та пенсійного віку, а 23% не проходять атестацію у зв'язку з відсутністю мотивації. Порівняльний аналіз забезпеченості лікарями-стоматологами та сімейними лікарями населення м. Запоріжжя показав однакові рівні забезпеченості.

За даними анкетування тільки $25,62 \pm 0,44\%$ лікарів-стоматологів задоволені матеріально-технічною базою медичного закладу, в якому вони працюють. Найбільш частими причинами зміни працевлаштування зі стоматологічних закладів охорони здоров'я (кабінетів) комунальної форми власності є низька заробітна плата - $28,92 \pm 0,46\%$; незадоволеність матеріально-технічним оснащенням медичного закладу - $27,50 \pm 0,45\%$; відсутність умов для професійного і кар'єрного росту - $15,70 \pm 0,37\%$.

Переважає більшість лікарів стоматологів працює у приватному секторі, на відвідування якого у кожного третього бракує фінансових можливостей ($36,97 \pm 4,43\%$). Достовірно частіше це стосується жінок - $46,77 \pm 6,34\%$ проти $26,32 \pm 5,83\%$ чоловіків ($p < 0,05$). Постійна нестача лікарів-стоматологів в державному секторі призводить до зниження доступності та якості стоматологічної допомоги. Не завжди її доступною вважали $57,14 \pm 4,54\%$ опитаних, $86,55 \pm 3,13\%$ респондентів зверталось за медичною допомогою в зв'язку з гострим болем достовірно частіше до лікаря-стоматолога, який працював у медичному закладі комунальної форми власності - $60,50 \pm 4,48\%$ проти $39,50 \pm 4,56\%$ населення, яке відвідувало медичні заклади приватної форми власності ($p < 0,05$). Кожен четвертий залишився не задоволеним якістю медичного обслуговування ($25,21 \pm 3,98\%$), а майже кожен шостий ($16,81 \pm 3,43\%$) цінами на стоматологічні послуги, тому $18,49 \pm 3,56\%$ опитаних знайшли більше привабливі пропозиції для себе.

Медико-соціальним дослідженням встановлено, що більше половини лікарів-стоматологів завжди проводили профілактичні бесіди ($58,82 \pm 4,51\%$), але кожен 12 респондент ($8,40 \pm 2,54\%$) вважає, що бесіду даного характеру лікар не проводив з ним жодного разу. Лікар-стоматолог повинен не тільки проводити профілактичні бесіди, але й навчати населення правилам особистої гігієни порожнини рота. Тільки $60,50 \pm 4,48\%$ респондентів відповіли, що правильно чистити зуби їх навчили в стоматологічному кабінеті. Такий відсоток досягнуто за рахунок жіночої статі, достовірна більшість яких відвідує лікаря-стоматолога з профілактичною метою та навчилося правилам чищення зубів: $70,97 \pm 5,76\%$ проти $49,12 \pm 6,62\%$ чоловіків ($p < 0,05$).

У розділі 6 "Наукове обґрунтування функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного

віку з визначенням її ефективності” на підставі доведення, що ЧР виникнення стоматологічних захворювань є загальновідомими та спільними з соматичними захворюваннями і полягають у способі життя й гігієнічній грамотності населення, запропонована оптимізована функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку (рис. 4), сутність якої полягає в реалізації розподілу функцій з питань превентивних заходів між лікарем загальної практики-сімейної медицини (ЛЗП-СМ) та лікарем-стоматологом з метою підвищення рівня стоматологічної просвіти і мотивації своєчасного та регулярного звернення до лікаря-стоматолога.

Стратегічною метою моделі стало покращення стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку через залучення лікаря первинної ланки до оцінки та нагляду за станом гігієни ротової порожнини, який, як було наведено вище, призводить до зростання рівня поширеності та інтенсивності карієсу. *Тактичним завданням* моделі було підвищення рівня стоматологічної просвіти, мотивації до здорового способу життя та контролю за виконанням індивідуальної програми гігієни порожнини рота не тільки з боку лікаря-стоматолога, а і ЛЗП-СМ. В основу структурної побудови моделі покладені основні існуючі елементи системи охорони здоров'я України, але оптимізація їх функцій надала їй якісно нового змісту. Нами розмежовано функції з питань профілактики стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом (рис. 5), а також передбачено тісний взаємозв'язок між ними. Така співпраця між лікарями первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та спеціалістами (лікарями стоматологами) не суперечить освітньо-кваліфікаційній характеристиці (ОКХ) та освітньо-професійній програмі (ОПП) підготовки фахівців, затвердженими наказом МОН України від 16.04.03 за № 239. Попри те, що навчальним планом для вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації напряму підготовки 1101 «Медицина» («Лікувальна справа» 7.110101, «Педіатрія» 7.110104, «Медико-профілактична справа» 7.110105) передбачено вивчення дисципліни «Основи стоматології» на 5 курсі, кількість годин яких дуже обмежена, ще менше годин відводиться на профілактику стоматологічних захворювань, невідкладного лікування та профілактики основних і найбільш розповсюджених захворювань щелепно-лицевої ділянки, особливо на рівні ПМСД.

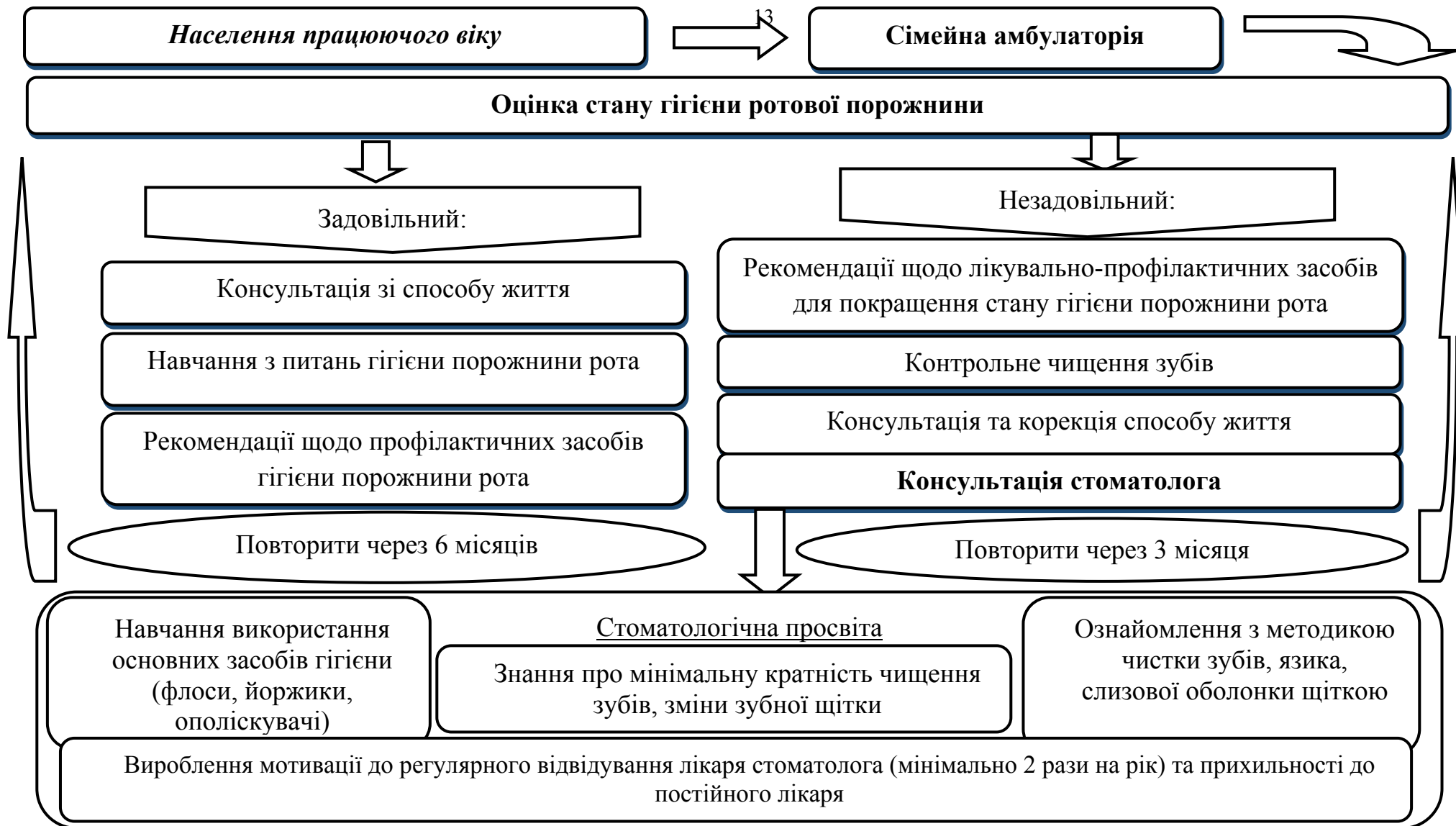


Рис. 4. Функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку

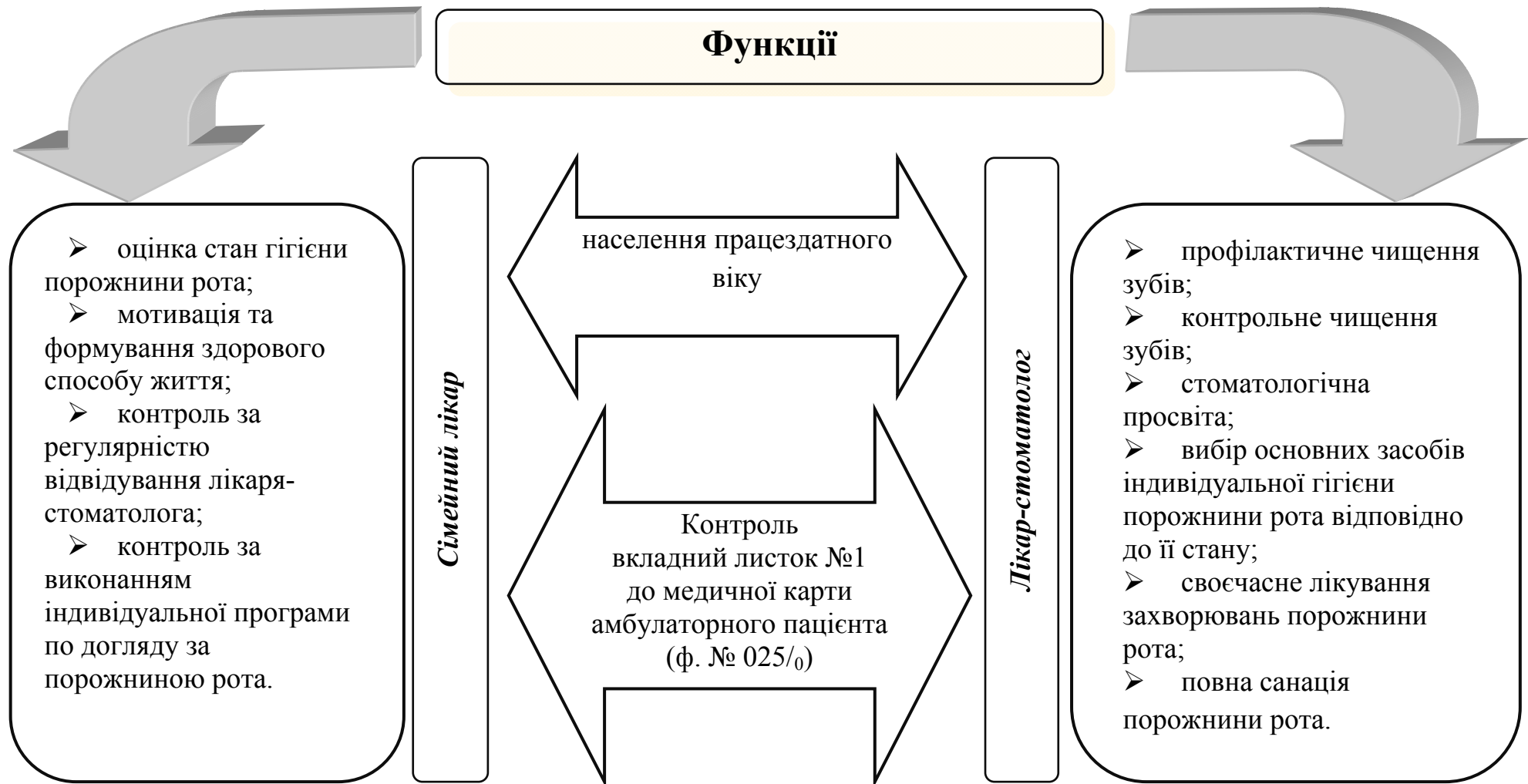


Рис. 5. Розподіл функцій з питань профілактики стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом

Згідно Наказу МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної медичної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовується у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» існує затверджена облікова документація - вкладний листок №1 до медичної карти амбулаторного пацієнта (ф. № 025/0), в якій повинно бути відображено відвідування лікаря-стоматолога, але в жодній медичній карті амбулаторного пацієнта його не було виявлено. Можливо це пов'язано з тим, що лікарів-стоматологів вивели зі штатного розкладу центрів ПМСД, що не забезпечує контролю за наступністю та ускладнює взаємодію ЛЗП-СМ та лікарями-стоматологами.

Таким чином, профілактика поширених стоматологічних захворювань залишилася поза увагою ЛЗП-СМ.

Відповідно до запропонованої оптимізації розроблені за запропонованою моделлю критерії оцінки ефективності нагляду (табл. 1).

Таблиця 1

Критерії ефективності функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку

Критерії ефективності
<ul style="list-style-type: none"> • зростання рівня обізнаності населення працездатного віку про правила догляду за порожниною рота: кратність чищення зубів, частота зміна зубної щітки • збільшення частки населення, що навчена правилам чищення зубів • поліпшення показників стану гігієни порожнини рота серед населення працездатного віку • зростання частоти підбору лікарями-стоматологами та використання населенням основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану (підбір флосів, ополіскувачів, зубних паст та ін.) • зростання рівня мотивації до регулярного відвідування лікаря-стоматолога (мінімально 2 рази на рік) та прихильності до постійного лікаря • зменшення показників поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку

Прогностична ефективність запропонованої моделі перевірялась шляхом експертних оцінок. Експертна оцінка здійснювалась шляхом опитування 17 осіб, що виступили експертами: за фахом «Організація та управління охороною здоров'я» (10 викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів України) «Стоматологія» (7 викладачів). Їхній середній вік становив $49,5 \pm 11,6$ років при загальному стажі роботи в галузі охорони здоров'я – $25,6 \pm 10,26$ роки, в тому числі за фахом “соціальна медицина” – $22,7 \pm 10,78$ років. Такі відхилення в стажі роботи за фахом “соціальна медицина” обумовлені тим, що деякі експерти працювали понад 40 років, а деякі мали стаж роботи 5 років, але тих хто мав стаж менше 5 років та не мав наукового ступеня за

фахом до експертної оцінки запропонованої моделі не залучалися. Науковий ступінь доктора медичних наук серед експертів за фахом «Організація та управління охороною здоров'я» мали 2 експерти, кандидата – 8, вчене звання професора – 2, а решта 6 - вчене звання доцента, що дозволило використовувати їх оцінки як експертні. У якості експертів за напрямом «стоматологія» було залучено 7 осіб, з яких 2 доктора медичних наук та 5 кандидатів медичних наук за спеціальністю «Стоматологія» зі стажем роботи за фахом – $29,9 \pm 8,43$ роки.

На розгляд експертів представлялись власне функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку, а також запропонований за результатами дослідження її якісно новий елемент – розподіл обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом, які оцінювались за 10-бальною шкалою.

На їх узгоджену думку (коефіцієнт конкордатності (0,89) впровадження комплексу заходів з питань профілактики стоматологічних захворювань відповідає принципам системності (9,1 бали за десятибальною шкалою), наступності (9,0), етапності (8,8) та комплексності (8,8) в організації профілактичних заходів, що матиме позитивний медико-соціальний та економічний ефект внаслідок раціонального розподілу функціональних обов'язків між лікарями (83,2% відповідей експертів), підвищить рівень підбору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану серед населення працездатного віку (95,1%), та рівень стоматологічної просвіти (88,6%), що призведе до зростання медико-санітарних знань про гігієну порожнини рота (76,5%). Як наслідок очікується поліпшення стану гігієни порожнини рота та поступове зниження поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку. Експерти у 89,6% випадків також вважали, що для посилення ефективності доцільно сприяти формуванню прихильності серед населення працездатного віку до відвідування постійного лікаря.

Таким чином, все вищенаведене показало існуючі прогалини в організації профілактичних заходів при наданні медичної допомоги стоматологічним хворим з поширеними стоматологічними захворюваннями та довело необхідність чіткого розмежування функцій з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом, що дозволяє рекомендувати запропоновану модель в практику охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

В роботі вирішено актуальне наукове завдання щодо удосконалення організації профілактики найбільше розповсюджених стоматологічних захворювань населення працездатного віку шляхом досягнення погодженості дій лікаря первинної ланки та лікаря-стоматолога щодо реалізації

відповідних превентивних заходів. Науково обґрунтовано необхідність залучення лікаря первинної ланки для оцінки та контролю за рівнем гігієни ротової порожнини, що стало підставою для розробки функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку, впровадження якої матиме медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду засвідчив, що залучення лікаря первинної ланки до профілактики поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку є доцільним механізмом внаслідок пріоритетності превентивних заходів в колі його обов'язків, спільності керованих чинників ризику хронічних неінфекційних захворювань, в т.ч. стоматологічних, недосконалості існуючої системи профілактики стоматологічних захворювань. Вирішення цього питання дозволить поліпшити показники стоматологічного статусу населення держави.

2. Встановлено, що рівень стоматологічної допомоги населенню працездатного віку м. Запоріжжя є недостатнім (38,5%), про що свідчить висока поширеність карієсу - 100%; його інтенсивність - 16,7 також відповідає дуже високому рівню. Несприятлива структура індексу КПВ серед населення працездатного віку має наступний вигляд: компонент К складає 5,99 (3,0; 9,0); компонент П - 6,57 (3,0; 10,0); компонент В - 4,32 (1,0; 7,0). Половина обстеженого населення працездатного віку мала проблеми із станом пародонта: 37,82±4,45% - локалізований гінгівіт, 8,40±2,54% - генералізований; 5,88±2,16% - пародонтит локалізований, 17,65±3,49% - генералізований, КПІ - 2,81±0,51 балів. Рівень некаріозного ураження зубів досягає 100%: 44,54±4,56% мали підвищене стирання зубів, 25,21±3,98% - клиноподібний дефект, 11,76±2,95% - ерозію емалі та 10,08±2,76% - гіпоплазію.

3. Показано, що стан гігієни порожнини рота в середньому відповідає задовільному (індекс Грін-Вермільйона - 1,60±0,55), але зсунутий до межі з незадовільним. Показано гендерні відмінності щодо задовільного стану порожнини рота, який достовірно майже в 2 рази частіше спостерігається у жінок - 66,1±6,01% проти 36,8±6,39% чоловіків.

4. Доведено, що зростанню інтенсивності карієсу сприяють низька гігієнічна грамотність населення по догляду за ротовою порожниною, соціально-економічні та медико-організаційні фактори: зміна зубної щітки рідше ніж 1 раз на 3 місяці (ВШ=2,54, 95% ДІ: 1,2-5,36); чищення зубів менше ніж 2 рази на добу (ВШ=2,64, 95% ДІ: 1,17-7,14), невідвідування лікаря стоматолога з метою профілактики (ВШ=3,97, 95% ДІ: 1,84-18,76), відсутність постійного лікаря стоматолога (ВШ=5,07, 95% ДІ: 1,54-16,62).

5. Провідними медико-організаційними чинниками незадовільної профілактичної роботи є низький рівень забезпеченості лікарями стоматологами в Запорізькій області (в 2 рази нижче середнього показника по Україні), третя частина з яких особи передпенсійного та пенсійного віку, та незадоволеність матеріально-технічною базою медичного закладу,

особливо в стоматологічних клініках (кабінетах) комунальної форми власності ($27,50 \pm 0,45\%$). Звернення за медичною допомогою до лікаря-стоматолога з причини гострого болю, а не планове його відвідування, призводить до збільшення шансів зростання інтенсивності карієсу в 7 разів ($ВШ=6,77$, 95% ДІ: $1,75-26,19$), призводячи до видалення зубу.

6. Запропонована функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку, особливістю якої стало розроблення та запровадження розподілу функцій з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом. В досягненні ефекту від профілактики важливу роль відіграє гігієнічне виховання населення, яке повинно йти за двома напрямками: санітарно-просвітницька робота та навчання навичкам гігієни порожнини рота.

7. Результати експертних оцінок дали змогу встановити, що науково обґрунтована модель відповідає принципам системності, етапності, комплексності організації профілактичних заходів ($9,5 \pm 0,51$), що позитивно впливає на їх доступність - $9,5 \pm 0,51$. Згідно висновків експертів запропонована модель забезпечує наступність в організації заходів профілактики ($9,2 \pm 0,43$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дають змогу запропонувати рекомендації та шляхи їх реалізації для втілення в практичній діяльності системи охорони здоров'я з метою її вдосконалення, що дозволить поліпшити ситуацію з питань організації профілактики поширених хвороб порожнини рота серед населення працездатного віку:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- запровадити у практику охорони здоров'я науково обґрунтовану функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку, зміст якої викладено у спеціальних методичних рекомендаціях.

2. Структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та міськвиконкомів:

- впровадити запропоновану модель та розробити наказ щодо розподілу обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом.

3. Головним лікарям центрів первинної медико-санітарної допомоги:

- забезпечити контроль за виконанням функціональних обов'язків сімейним лікарем щодо оцінки стану гігієни порожнини рота; мотивації та формування здорового способу життя; контроль за регулярністю відвідування лікаря-стоматолога; контроль за виконанням індивідуальної програми по догляду за порожниною рота.

4. Вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти:

- доповнити програми навчання лікарів-інтернів та лікарів терапевтичного профілю питаннями профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Смірнова І.В. Аналіз причин звертальності за стоматологічною допомогою населення працездатного віку / В.І. Клименко, І. В. Смірнова, Т.Р. Любомирська // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. - № 4. – С. 223-227. *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних, написанні висновків).*
2. Смирнова И.В. Проблемы организации работы стоматологической службы (по данным анкетирования врачей стоматологов-терапевтов) / В.И. Клименко, И. В. Смирнова // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т.1, №3. – С. 153-156. *(Особистий внесок полягає у визначенні методології та методів дослідження, зборі, обробці та узагальненні результатів дослідження, написанні висновків).*
3. Смірнова І.В. Чинники ризику виникнення стоматологічних захворювань у населення працездатного віку великого промислового міста / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Запорожский медицинский журнал. – 2014. - №4. – С. 60-62. *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних, написанні висновків).*
4. Смірнова І.В. Стан стоматологічного здоров'я населення залежно від соціального статусу та задоволеності медичною допомогою / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. – Т.67, №2. – С. 199-201. *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних, написанні висновків).*
5. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75. *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних, написанні висновків).*

Опубліковані праці апробаційного характеру:

6. Смирнова И.В. Некоторые аспекты организации стоматологической помощи населению трудоспособного возраста / В.И. Клименко, И.В. Смирнова // Перша (I) міжрегіональна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я». – 2013 – С. 65-66. (тези доповідей науково-практичної конференції присвяченої 50-річному ювілею стоматологічного факультету Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» - 2013 Дніпропетровськ, Запоріжжя, 11 жовтня). *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних).*

7. Смирнова И.В. Доступность стоматологической помощи населению промышленного региона (по данным анкетирования по Запорожской области) / И.В. Смирнова // Здоров'я населення, актуальні проблеми та перспективи розвитку системи охорони здоров'я. – 2013 – С. 146-147. (тези доповідей науково-практичної конференції присвяченої 90-річчю дня заснування кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я – 2013, Харків, 31 жовтня – 1 листопада). *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних).*
8. Смирнова И.В. Причины несвоевременного обращения за стоматологической помощью / В.И. Клименко, И.В. Смирнова, Т.П. Зинченко // Сучасні можливості стоматології. – 2013 – С. 52-54. (тези доповідей II Слобожанської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів у рамках III Слобожанського стоматологічного форуму – 2013, Харків, 22 листопада). *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних).*
9. Смирнова И.В. Первичная профилактика в стоматологии – основной путь снижения интенсивности кариеса / В.И. Клименко, И.В. Смирнова // Комплексний підхід у реабілітації стоматологічних хворих. – 2015 – С. 27-29. (тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції – 2015, Запоріжжя, 15-16 травня). *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних).*

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи:

10. Смирнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смирнова. - Київ, 2015. – 31с. *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних, написанні висновків).*
11. Смирнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смирнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с. *(Особистий внесок полягає у зборі інформації, обробці та узагальненні даних, написанні висновків).*

АНОТАЦІЯ

Смирнова І.В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2016.

В дисертації проведено аналіз стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку, на підставі якого доведено, що вони залишаються ваговою медико-соціальною проблемою.

Серед населення працездатного віку визначено провідні чинники ризику, що призводять до незадовільного стану гігієни порожнини рота та зростання інтенсивності карієсу. Показано, що низький рівень матеріально-технічного забезпечення та заробітної плати в закладах охорони здоров'я державного сектору, що надають стоматологічну допомогу, призводить до недостатнього рівня забезпечення лікарями-стоматологами, що відбивається на неефективності профілактичної роботи.

Запропоновано функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку, стратегічною метою якої є покращення стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку через реалізацію розподілу функцій з питань превентивних заходів між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом. Основні функції сімейного лікаря полягають у контролі та оцінці стану гігієни ротової порожнини, який впливає на рівень поширеності та інтенсивності карієсу; підвищенні рівня стоматологічної просвіти, гігієнічного виховання, мотивації здорового способу життя та своєчасного (регулярного) відвідування лікаря-стоматолога, особливо до постійного.

Впровадження окремих елементів запропонованої моделі в діяльність медичних закладів довело її медичну, соціальну та економічну ефективність.

Ключові слова: стоматологічний статус, чинники ризику, гігієна порожнини рота, профілактика, населення працездатного віку.

АННОТАЦІЯ

Смирнова И.В. Медико-социальное обоснование оптимизированной модели профилактики распространенных заболеваний полости рта у населения трудоспособного возраста. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Харьковский национальный медицинский университет Министерства здравоохранения Украины, Харьков, 2016.

В диссертации научно обоснована оптимизированная функциональная модель профилактики распространенных болезней полости рта среди населения трудоспособного возраста через реализацию разделения функциональных обязанностей по вопросам превентивных мероприятий между семейным врачом и врачом стоматологом, которая приведет к повышению уровня стоматологического просвещения и мотивации своевременного обращения к врачу стоматологу, особенно постоянному.

Для достижения цели научного исследования проведено эпидемиологическое исследование стоматологического статуса среди населения трудоспособного возраста г. Запорожья (согласно рекомендациям ВОЗ). Несмотря на увеличение численности врачей стоматологов, особенно в частном секторе сохраняется тенденция к росту интенсивности и

распространенности кариеса среди населения трудоспособного возраста. Показано, что распространенность кариеса среди населения трудоспособного возраста г. Запорожья составляет 100%; интенсивность - 16,7, что соответствует очень высокому уровню. Структура индекса КПУ среди населения трудоспособного возраста имеет следующий вид: компонент К составляет 5,99 (3,0; 9,0); компонент П - 6,57 (3,0; 10,0); компонент В - 4,32 (1,0; 7,0). Подтверждением низкой эффективности лечения и недостаточного уровня профилактической работы является наличие ассоциативной связи между компонентом К и компонентом П индекса КПУ ($r = -0,41$, $p < 0,05$). Таким образом, проводя эффективную профилактику, можно предотвратить осложнения, которые приводят к кариесу и удалению зубов.

Установлено, что состояние гигиены полости рта соответствует удовлетворительному (индекс Грина-Вермильона - $1,60 \pm 0,55$), но на границе с неудовлетворительным. Выявлено гендерные различия: удовлетворительное состояние полости рта в 2 раза достоверно чаще наблюдается у женщин - $66,1 \pm 6,01\%$ против $36,8 \pm 6,39\%$ мужчин ($p < 0,01$). Проведенное нами медико-социальное исследование показало, что низкая гигиеническая грамотность населения по уходу за полостью рта приводит к росту заболеваемости зубов и ротовой полости: замена зубной щетки реже 1 раза в 3 месяца (ОШ=2,54, 95% ДИ: 1,2-5,36; $p < 0,05$), чистка зубов меньше чем 2 раза в сутки (ОШ=2,64, 95% ДИ: 1,17-7,14; $p < 0,05$). Росту интенсивности кариеса способствуют как социально-экономические, так и медико-организационные факторы: непосещение врача стоматолога с целью профилактики (ОШ=3,97, 95% ДИ: 1,84-18,76; $p < 0,05$), отсутствие постоянного врача стоматолога (ОШ=5,07, 95% ДИ: 1,54-16,62; $p < 0,05$). Обращение за медицинской помощью к врачу стоматологу по причине острой боли, а не плановое его посещения, приводит к увеличению шансов роста интенсивности кариеса в 7 раз (ОШ=6,77, 95% ДИ: 1,75-26,19; $p < 0,05$), приводя к удалению зуба.

Ведущими медико-организационными факторами неудовлетворительной профилактической работы является низкий уровень обеспеченности врачами стоматологами в Запорожской области (в 2 раза ниже среднего показателя по Украине), третья часть из которых лица предпенсионного и пенсионного возраста, и неудовлетворенность материально-технической базой медицинского учреждения, особенно в стоматологических клиниках (кабинетах) государственной формы собственности ($27,50 \pm 0,45\%$).

В связи с вышеизложенным нами предложена функциональная модель профилактики распространенных болезней полостей рта населения трудоспособного возраста, стратегической целью которой было улучшение стоматологического статуса населения трудоспособного возраста через разделение функций превентивных мероприятий между семейным врачом и врачом-стоматологом. Основными функциями семейного врача должны быть определение и контроль за состоянием гигиены ротовой полости, которое влияет на уровень интенсивности и распространенности кариеса, через

повышение уровня стоматологического просвещения, гигиеническое воспитание, мотивацию здорового образа жизни и своевременного (регулярного) посещения врача-стоматолога, особенно важно постоянного.

Внедрение отдельных элементов предложенной модели в деятельность медицинских учреждений довело ее медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Ключевые слова: стоматологический статус, факторы риска, гигиена полости рта, профилактика, население трудоспособного возраста.

ABSTRACT

Smirnova I.V. Medical and social justification for optimized models of oral cavity diseases' prevention among working age population. - Manuscript.

The dissertation for obtaining a candidate's degree by speciality 14.02.03 - social medicine. - Kharkiv National Medical University Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2016.

The dissertation analyzes the state of dental health of the working age population, on the basis of which is proved significance of which it as a medical and social problem.

Among the working-age population were identified major risk factors that lead to the increase of teeth and oral cavity diseases' incidence. It is shown that low levels of material and technical provision and salary in the health care institutions of the public sector that provide dental care, lead to inadequate provision of the population with dentists and affects the effectiveness of the preventive work.

A functional model of the oral cavity common diseases' prevention of the working age population is proposed, which strategic direction is to improve the state of the dental status of the working age population by involving health workers of the primary health care for the evaluation and control of the oral hygiene level, poor level of which increases the intensity of caries.

The implementation of certain elements of the proposed model in the activities of medical institutions has proved its medical, social and economic effectiveness.

Key words: dental status, risk factors, oral hygiene, prevention, working age population.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ВШ – відношення шансів
ДІ – довірчий інтервал
ЗСЖ – здоровий спосіб життя
ЗМІ – засоби масової інформації
індекс КПВ – індекс карієс + пломба + видалення
КЗ – комунальний заклад
КУ – комунальна установа
ЛЗП-СМ – лікар загальної практики – сімейної медицини
МОЗ – міністерство охорони здоров'я
ОКХ – освітньо-кваліфікаційна характеристика
ОПП – освітньо-професійна програма
ПМСД – первинна медико-соціальна допомога
ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги
ФР – фактори ризику
ЧР – чинники ризику

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 0,9. Тираж 100 прим.
Зам. № 417-16. Підписано до друку 20.09.16 р. Папір офсетний.
Надруковано з макету замовника у ФОП Бровін О.В.
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2. корп. 1, к. 19.
(057) 758-01-08, (066)822-71-30
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру
видавців та виготовників видавничої продукції
серія ДК № 3587 від 23.09.09