

Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета. Надати медико-соціальне обґрунтування розробленої оптимізованої моделі надання стоматологічної ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні.

Матеріали і методи: Застосовано методи моделювання, системного аналізу та системного підходу. В основу моделі покладено дані аналізу загальносвітового досвіду щодо проблеми організації і надання ортодонтичної допомоги дітям та результати проведених досліджень.

Результати. Виходячи з отриманих результатів дослідження, була побудована оптимізована модель надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні, визначені цілі, складові елементи та принципи взаємодії між ними, основні напрями оптимізації.

Висновки. Запровадження моделі дозволить знизити поширеність ортодонтичної патології та інших стоматологічних захворювань, оптимізувати та підвищити ефективність профілактичної та санітарно-просвітницької роботи, підвищити рівень інформаційного впливу з боку педіатрів та сімейних лікарів на батьків дітей з приводу профілактики ортодонтичної патології, підвищити рівень обізнаності батьків дітей з приводу факторів ризику, профілактики та необхідності лікування ортодонтичної патології, оптимізувати ведення обліку.

Ключові слова: ортодонтична патологія; діти; скринінг; профілактика; диспансеризація; фактори ризику; оптимізована модель надання ортодонтичної допомоги.

ВСТУП

Здоров'я дітей та підлітків, у тому числі й стоматологічне, є одним із найбільш чутливих показників, що відображають соціальну та економічну ситуацію в Україні, стан оточуючого середовища, є індикатором благополуччя суспільства. Висока стоматологічна захворюваність дитячого населення України вже багато років залишається однією з актуальних медичних проблем [1, 3–6, 8]. У різних вікових групах стабільно збільшується частота випадків порушень розвитку та формування зубо-щелепної системи, карієсу, хвороб пародонту, що негативно впливає на здоров'я дитини [10]. Аналіз епідеміологічних даних численних досліджень свідчить, що поширеність зубощелепних аномалій становить у дітей від близько 50 до 88% [1, 2, 9, 11].

Сучасна наука пояснює такі негативні тенденції дією дуже стійких та практично незмінних патогенетичних факторів: хронічні соматичні хвороби, спадковість, штучне вигодовування, нераціональне дитяче харчування, небезпечні екологічні впливи, дефіцит макро- та мікроелементів тощо [7].

Таким чином, серед дитячого населення України рівень поширеності зубощелепних аномалій є досить високим і не має тенденції до зниження. Отримані дані свідчать про актуальність подальшого вивчення даної проблеми, необхідність пошуку шляхів вдосконалення організації надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню в нових економічних умовах та створення і обґрунтування оптимізованої моделі надання стоматологічної ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні.

Мета – надати медико-соціальне обґрунтування розробленої оптимізованої моделі надання

стоматологічної ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Застосовано методи моделювання, системного аналізу та системного підходу. В основу моделі покладено дані аналізу загальносвітового досвіду щодо проблеми організації і надання ортодонтичної допомоги дітям та результати проведених досліджень (поширеності ортодонтичної патології, факторів ризику, організації медичного обслуговування, обізнаності батьків та інформованості лікарів).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Спираючись на виявлені фактори недосконалості стоматологічної ортодонтичної допомоги, нами була розроблена модель, в основу якої був покладений головний ресурс – державна політика із нормативно-правовою базою. Ключовою ідеєю в досягненні поставленої мети стала координація роботи всіх, хто має відношення до надання стоматологічних ортодонтичних послуг з метою створення єдиного медичного простору, який би забезпечив рішення пріоритетної проблеми підвищення доступності та якості стоматологічної ортодонтичної допомоги і вплинув на прихильність батьків до цього лікування та поліпшення стоматологічного здоров'я дитячого населення.

Першою складовою нашої моделі стало визначення необхідності вдосконалення нормативно-правової бази щодо стоматологічної ортодонтичної допомоги, яка стосується перш за все визначення джерел фінансування

(створення ПУЛУ коштів з національної служби здоров'я, державного та місцевих бюджетів, або ж системи медичного страхування населення), що дозволить оптимізувати організацію надання ортодонтичної допомоги.

Ресурсами в державній політиці щодо стоматологічної ортодонтичної допомоги стали:

1. Кадрова позиція:
 - а) Заохочення лікарів-ортодонтів для роботи в сільській місцевості та непривабливих районах;
 - б) Створення умов для безперервного навчання лікарів, в тому числі включити в програму навчання лікарів ЗПСМ та педіатрів;
 - в) Аудит лікарів для виявлення кращих та створення конкурентно-спроможних умов.
2. Організаційні аспекти:
 - а) Створення національних і регіональних програм профілактики ортодонтичної патології;
 - б) Виділення пільгових верств населення для ортодонтичного лікування, як в державних, так і в приватних клініках;
 - в) Створення кабінетів професійної гігієни порожнини рота.
 - г) Залучення до медичних оглядів, санітарно-просвітницької та профілактичної роботи середніх медичних працівників – гігієністів зубних.
3. Фінансування:
 - а) Фінансова підтримка приватних ортодонтів щодо їхньої участі в національних і регіональних програмах профілактики ортодонтичних захворювань;

- б) Цільове державне замовлення з гарантованим обсягом надання стоматологічної ортодонтичної допомоги;
- в) Виділення коштів з місцевих бюджетів.

Всі ці заходи достеменно вплинуть на поліпшення технічного забезпечення медичних стоматологічних закладів. Оптимізація технічного забезпечення позначиться на:

- 1) Поетапному оновленні стоматологічного обладнання (інструменти, апаратура тощо);
- 2) За рахунок використання ІТ створення єдиного реєстру пацієнтів з стоматологічними захворюваннями, зокрема ортодонтичними.
- 3) Створення «Єдиної електронної медичної карти» пацієнта («СЕМК»), яка дозволить збирати, зберігати, доповнювати інформацію протягом життя, аналізувати та використовувати її всім лікарям, які спостерігають пацієнта.

Короткостроковими результатами всіх цих дій стане підвищення прихильності батьків до ортодонтичної допомоги їхнім дітям (рис. 1).

Другою складовою моделі є співпраця лікарів (суб'єкт) і батьків або дітей (об'єкт) в наданні ортодонтичної ортодонтичної допомоги. Надання ортодонтичної допомоги дітям є справою не лише ортодонтів, але і лікарів різних спеціальностей, діяльність яких має місце в залежності від вікового періоду життя дитини (рис. 2).

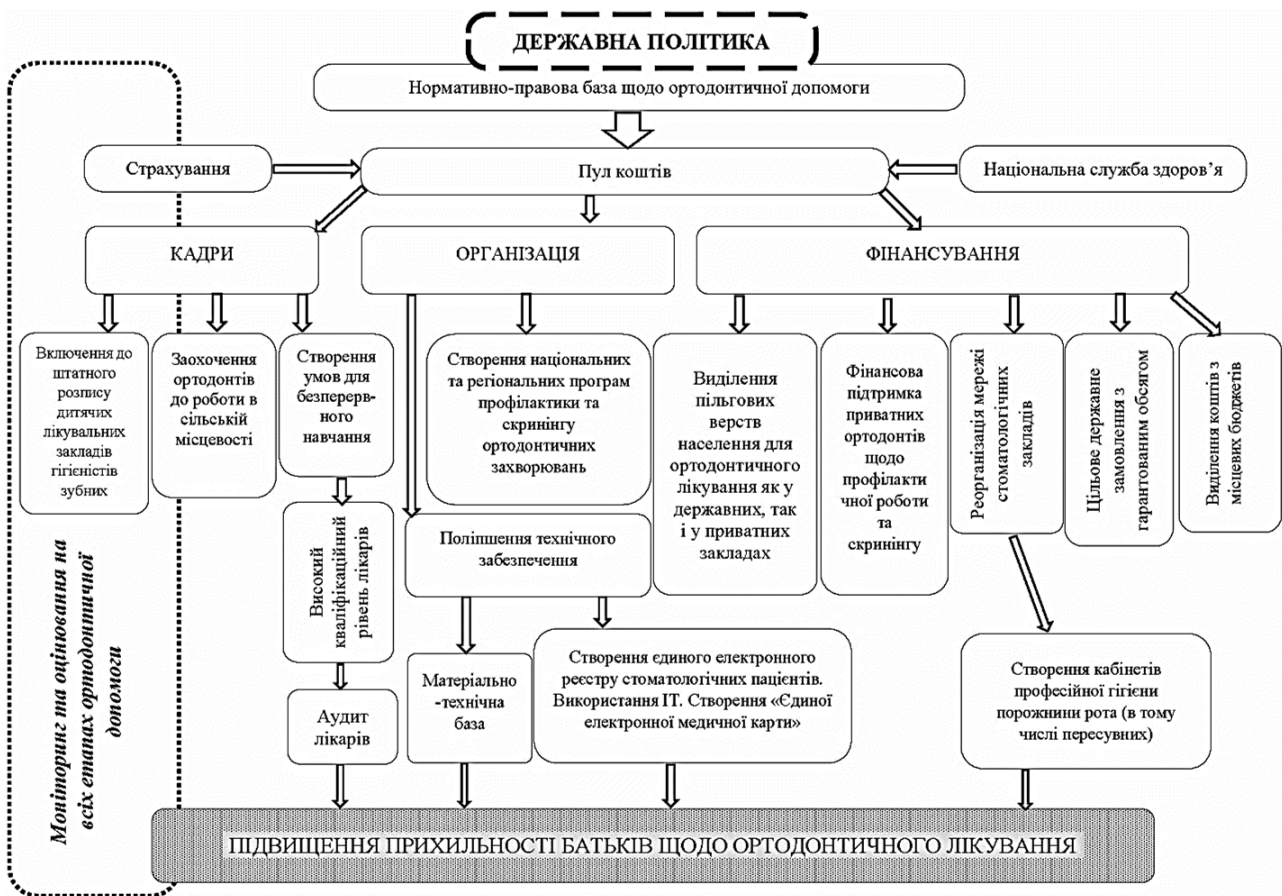


Рис. 1. Державна політика в сфері надання ортодонтичної допомоги

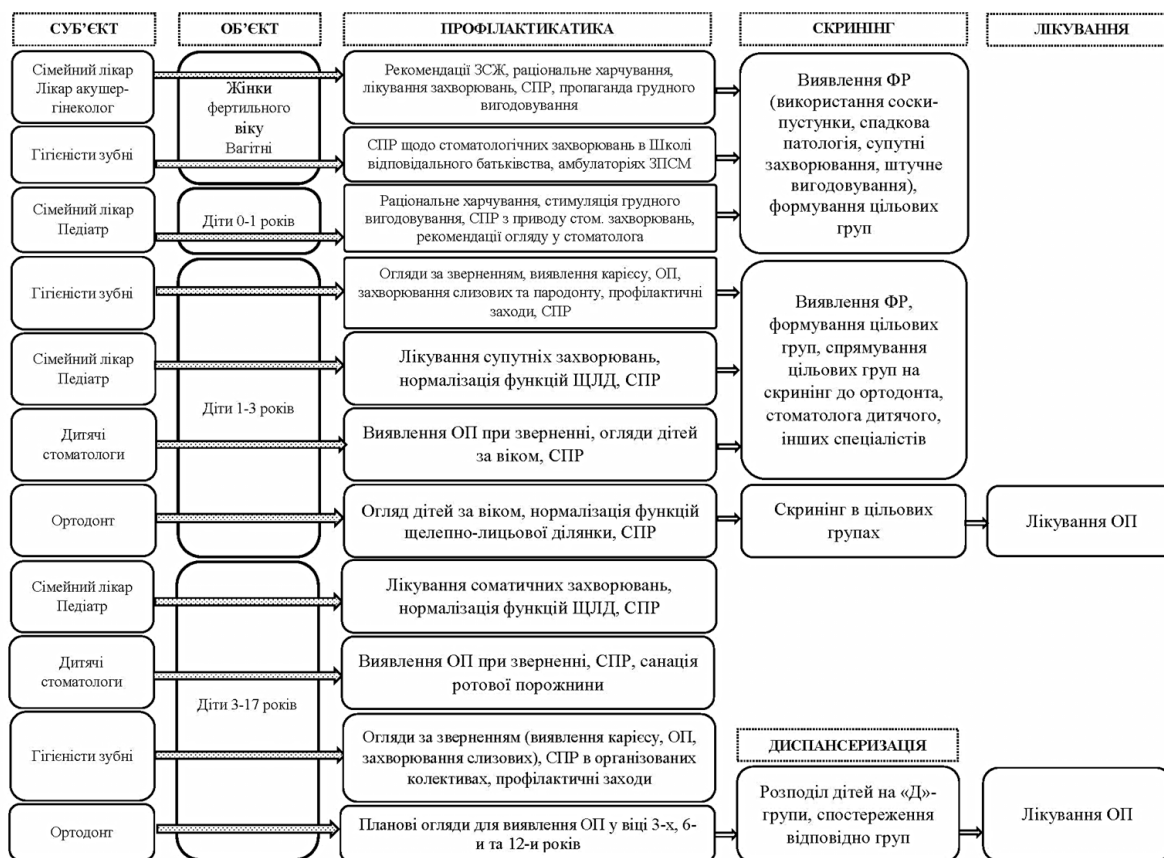


Рис. 2. Модель надання ортодонтичної допомоги

Аntenатальний період. Заходи з профілактики та виявлення факторів ризику виникнення ортодонтичної патології повинні починатися ще до народження дитини. Перш за все це стосується лікаря загальної практики-сімейної медицини та лікаря акушера-гінеколога, які спостерігають жінку до вагітності і під час вагітності. Вони проводять з нею санітарно-просвітницьку роботу щодо здорового способу життя, раціонального харчування, усунення шкідливих звичок, здійснюють лікування соматичних захворювань та усунення факторів ризику для майбутньої дитини. Ця робота проводиться як персонально, так і в школах відповідального батьківства, де мова йде про політику грудного вигодовування, що унеможливує використання пустунок.

Одночасно сімейний лікар та лікар акушер-гінеколог повинні виявляти антенатальні фактори ризику, які можуть привести до виникнення різних захворювань (в тому числі і ортодонтичної патології). Виявлені нами фактори, на які необхідно звернути увагу:

- Використання соски-пустунки.
- Супутні соматичні захворювання.
- Спадкова ортодонтична патологія.
- Штучне вигодовування.

Всі виявлені фактори повинні фіксуватися, і після народження дитини ця інформація буде внесена до «Єдиної електронної медичної карти», щоб зберегти інформацію для її подальшого використання лікарями, які згодом будуть вести дитину (педіатри, інші спеціалісти, в тому числі стоматологи різних фахів). Фактори ризику групуються за видами (медичні, соціально-економічні,

екологічні, індивідуальні, клімато-географічні), що необхідно для формування цільових груп скринінга.

Період грудного віку. Вік від 0 до 1 року відзначається продовженням співпраці родини з лікарем ЗПСМ та педіатром, який підтримує у жінки впевненість у необхідності ГВ, проводить санітарно-просвітницьку роботу щодо ЗСЖ, раціонального харчування дитини і наголошує на необхідності якомога раннього візиту до стоматолога дитячого. Продовжується робота по виявленню тепер постнатальних факторів ризику, їх групуванню в цільові групи для скринінгу, інформація фіксується в «ЄМК».

Не пізніше, ніж в 1 рік дитина підлягає обов'язковому огляду дитячого лікаря-стоматолога. Дитячий стоматолог виявляє карієс, захворювання слизової оболонки та пародонту, ортодонтичну патологію, виявляються стоматологічні фактори ризику (закоротка вуздечка язика чи губи тощо), які фіксуються в «ЄМК», за необхідності проводить санацію порожнини рота.

Переддошкільний вік. У віці від 1 до 3 років продовжується збір інформації щодо факторів ризику з боку педіатра (сімейного лікаря), якому в цьому плані відводиться ключова роль, формування цільових груп, спрямування до дитячого стоматолога та ортодонта за необхідності. Проводиться лікування соматичних захворювань, в тому числі і тих, що можуть приводити до виникнення ортодонтичної патології, наприклад ЛОР-захворювання, нормалізуються функції щелепно-лицьової ділянки (дихання, ковтання тощо). Проводиться санітарно-просвітницька робота з приводу стоматологічних захворювань.

Дитячий стоматолог проводить санацію порожнини рота, виявляє ортодонтичну патологію при зверненні, оглядає дітей за віком, виявляє стоматологічні фактори ризику, продовжує формування цільових груп, спрямовує відповідні групи до ортодонта для огляду, проводить санітарно-просвітницьку роботу (роз'яснює необхідність лікування стоматологічних захворювань).

Ортодонт проводить скринінг в цільових групах. Виявляє ОП, проводить відбір груп для подальшого спостереження, починає формування диспансерних груп. За необхідності призначає заходи, направлені на нормалізації функцій ЩЛД (міогімнастика тощо), спрямовує до інших спеціалістів.

Гігієністи зубні проводять медичні огляди (виявлення карієсу, ОП, захворювання слизових та пародонту, виявлення факторів ризику, формування цільових груп, спрямування до дитячого стоматолога та ортодонта), ведуть санітарно-просвітницьку роботу, працюють в кабінетах професійної гігієни, в т.ч. пересувних.

Дошкільний та шкільний вік. У віці від 3 до 17 років педіатр (сімейний лікар) продовжує збір інформації щодо факторів ризику, спрямування до дитячого стоматолога та ортодонта, лікування соматичних захворювань, в тому числі і тих, що можуть приводити до виникнення ортодонтичної патології. Проводиться санітарно-просвітницька робота з приводу стоматологічних захворювань.

Дитячий стоматолог виявляє ортодонтичну патологію при зверненні, оглядає дітей за віком, виявляє стоматологічні фактори ризику, спрямовує відповідні групи до ортодонта для огляду, проводить санітарно-просвітницьку роботу, проводить санацію порожнини рота.

Гігієністи зубні проводять профілактичні огляди 1 раз на рік в організованих дитячих колективах (виявлення карієсу, ортодонтичної патології, захворювання слизової та пародонту, виявлення факторів ризику, спрямування до дитячого стоматолога та ортодонта), санітарно-просвітницьку роботу в дитячих дошкільних та навчальних закладах, працюють в кабінетах професійної гігієни, в тому числі пересувних.

Лікар-ортодонт в 3 роки здійснюється перший огляд дитини. Він виявляє ортодонтичну патологію, проводить відбір груп для подальшого спостереження, починає формування диспансерних груп. За необхідності призначає заходи, направлені на нормалізації функцій щелепно-ліцевої ділянки (міогімнастика тощо), спрямовує до інших спеціалістів.

У віці від 3 до 17 років ортодонт продовжує виявлення факторів ризику, спрямування до дитячого стоматолога та інших спеціалістів за необхідності. Здійснює лікування ортодонтичної патології. Формує диспансерні групи та здійснює спостереження відповідно груп. За необхідності призначає заходи, направлені на нормалізації функцій щелепно-ліцевої ділянки (міогімнастика тощо), спрямовує до інших спеціалістів.

Отже, новизна запропонованої нами моделі надання ортодонтичної допомоги міститься в наступному:

1. Вдосконалення нормативно-правової бази щодо стоматологічної ортодонтичної допомоги, яке стосується визначення та застосування джерел фінансування (цільове виділення коштів з національної служби здоров'я, державного та місцевих бюджетів, або ж системи

медичного страхування населення), що дозволить оптимізувати надання ортодонтичної допомоги.

2. Зміни в кадровій політиці за рахунок заохочення лікарів-ортодонтів для роботи в сільській місцевості та непривабливих районах, створення умов для безперервного навчання лікарів, в тому числі включити в програму навчання лікарів ЗПСМ та педіатрів, аудиту лікарів для виявлення кращих та створення конкурентно-спроможних умов.

3. Організаційні аспекти щодо створення національних і регіональних програм профілактики ортодонтичної патології, виділення пільгових верств населення для ортодонтичного лікування, як в державних, так і в приватних клініках, створення кабінетів професійної гігієни порожнини рота, залучення до медичних оглядів, санітарно-просвітницької та профілактичної роботи середніх медичних працівників – гігієністів зубних.

4. Виділення коштів для цільового фінансування державне замовлення з гарантованим обсягом надання стоматологічної ортодонтичної допомоги, фінансова та інформаційна підтримка приватних ортодонтів щодо їхньої участі в національних і регіональних програмах профілактики ортодонтичних захворювань;

5. Оптимізація технічного забезпечення, яке буде полягати в поетапному оновленні стоматологічного обладнання.

6. Оптимізація обліку та використання інформації шляхом переведення його в електронний вигляд, створення єдиного реєстру пацієнтів з стоматологічними захворюваннями, зокрема ортодонтичними, створення «Єдиної електронної медичної карти» пацієнта.

7. Виявлення та фіксація у медичній документації батьків виявлених антенатальних факторів ризику виникнення ортодонтичної патології до і під час вагітності матері, тісне співробітництво та обмін інформацією між сімейним лікарем, який спостерігає жінку та акушер-гінекологами, які ведуть вагітність та приймають пологи. Після народження дитини продовжується безперервне виявлення постнатальних факторів ризику виникнення ортодонтичної патології з боку педіатрів (сімейних лікарів) та фіксація в «Єдиній електронній медичній карті», інформування ортодонтів та дитячих стоматологів щодо дітей з факторами ризику стоматологічних захворювань (в тому числі ортодонтичної патології), формування цільових груп для скринінгу.

8. Організація проведення лікарями-ортодонтами скринінгу цільових груп дітей з виявленими факторами ризику виникнення ортодонтичної патології.

9. Проведення лікарями-ортодонтами огляду дітей в «ключовому» віці – в 3, 6 та 12 років. Залучення до медичних оглядів дітей в організованих колективах гігієністів зубних (крім «ключових» років), що дасть змогу лікарям-ортодонтам більше уваги приділяти лікувальній роботі.

10. Створення кабінетів професійної гігієни порожнини рота (в тому числі пересувних) та залучення гігієністів до профілактичної роботи (мінералізація фігур, професійне чищення зубів тощо). Залучення гігієністів зубних до санітарно-просвітницької роботи серед батьків дітей в організованих дитячих колективах, проводячи цю роботу в малих групах для більшої ефективності.

11. Навчання сімейних лікарів та педіатрів з приводу санітарно-просвітницької роботи та профілактики стоматологічних захворювань. Проведення санітарно-просвітницької роботи з приводу стоматологічних захворювань з боку сімейних лікарів та педіатрів серед батьків дітей.

12. На всіх етапах надання ортодонтичної допомоги буде здійснюватися моніторинг та оцінювання результатів діяльності.

ВИСНОВКИ

Таким чином, виходячи із вищезазначеного, можна зробити наступні висновки.

Запровадження оптимізованої моделі надання стоматологічної ортодонтичної допомоги на регіональному рівні буде сприяти досягненню наступних цілей:

1. Зниження рівня поширеності ортодонтичної патології шляхом раннього виявлення патології та її

доклінічних форм за допомогою скринінгу цільових груп з виявленими факторами ризику.

2. Підвищення рівня інформаційного впливу з боку педіатрів та сімейних лікарів на батьків дітей з приводу профілактики ортодонтичної патології та стоматологічних захворювань взагалі та підвищення рівня обізнаності батьків дітей з приводу факторів ризику, профілактики та необхідності лікування ортодонтичної патології.

3. Оптимізація організації та підвищення ефективності профілактичної та санітарно-просвітницької роботи з приводу ортодонтичної патології та стоматологічних захворювань взагалі.

4. Оптимізація ведення обліку шляхом вдосконалення облікових форм та переведення його в електронний вигляд.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості стоматологічної ортодонтичної допомоги дитячому населенню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексєєнко Н.В. Визначення потреби в ортодонтичних лікувальнопрофілактичних заходах дітей м. Дніпропетровська / Н.В. Алексєєнко, І.М. Щербина, О.Г. Гапоненко, А.В. Білоус // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – № 2. – С. 99-100.
2. Алексєєнко Н.В. Поширеність окремих зубощелепних аномалій і деформацій у дітей м. Дніпропетровська / Н.В. Алексєєнко, І.М. Щербина, А.В. Білоус // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – № 2. – С. 101-102.
3. Бучок Р. А. Поширеність некаріозних уражень твердих тканин зубів серед студентської молоді та причинно-наслідкові зв'язки їх виникнення / Р. А. Бучок, О. Б. Беліков // Буковинський медичний вісник. – 2012. – № 4 (64), т. 16. – С. 26–29.
4. Драгомирецька М. С. Використання індексу необхідності ортодонтичного лікування (ІНОЛ) для визначення поширеності зубощелепних аномалій і необхідності ортодонтичного лікування в дітей та підлітків України / М.С. Драгомирецька, А.В. Якимець, Н.В. Анеліна [та ін.] // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – № 2. – С. 107.
5. Драгомирецькая М.С. Стоматологический статус молодежи Украины / М.С. Драгомирецькая, Т.В. Колесник, В.В. Лепский // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – №2. – С. 54-56.
6. Жилка Н.Я. Стан здоров'я дітей в Україні та основні медико-соціальні чинники, що впливають на його формування / Н.Я. Жилка, З.А. Шкіряк-Нижник // Збірник наукових праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики». – 2013. – №18. – С. 116-122.
7. Калініченко Ю.А., Сіротченко Т.А., Взаємозв'язок та взаємовплив стоматологічного та соматичного здоров'я дітей та підлітків як сучасна медико-соціальна проблема. – «Здоровье ребенка» 3 (24) 2010 <http://www.mif-ua.com/archive/article/12985>.
8. Кріль І. А. Поширеність системної гіпоплазії емалі у школярів м. Івано-Франківська / І. А. Кріль, М. М. Рожко // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 53–55.
9. Мельник В.С. Поширеність і види зубощелепних аномалій серед 12-15 – річних дітей м. Ужгорода / В.С. Мельник // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – № 2. – С. 118-119.
10. Мірчук Б.М. Вплив зубо-щелепних аномалій на стан функціональних реакцій і неспецифічної резистентності дітей / Б.М. Мірчук, А.Е. Деньга, О.Б. Завойко // Інновації в стоматології. – 2013. – № 1. – С. 30-34.
11. Фетісова Г.Л. Порівняльний аналіз розповсюдженості зубощелепних аномалій серед населення Полтави та Полтавської області / Г.Л. Фетісова, М.В. Трофименко, А.Є. Карасюнок [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2008. – Т. 8, № 3. – С. 179-180.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2018 р.

Медико-соціальне обоснование оптимизированной модели оказания ортодонтической помощи детскому населению на региональном уровне

Голованова І.А., Ляхова Н.А.

Українська медичинська стоматологічна академія, Полтава, Україна

Цель. Предоставить медико-социальное обоснование разработанной оптимизированной модели оказания стоматологической ортодонтической помощи детскому населению на региональном уровне.

Материалы и методы: использованы методы моделирования, системного анализа и системного подхода. В основу модели положены данные анализа общемирового опыта по проблеме организации и оказания ортодонтической помощи детям и результаты проведенных исследований.

Результаты. Исходя из полученных результатов исследования, была построена оптимизированная модель оказания ортодонтической помощи детскому населению на региональном уровне, определены цели, составляющие элементы и принципы взаимодействия между ними, основные направления оптимизации.

Выводы. Внедрение модели позволит снизить распространенность ортодонтической патологии и других стоматологических заболеваний, оптимизировать и повысить эффективность профилактической и санитарно-просветительской работы, повысить уровень информационного воздействия со стороны педиатров и семейных врачей на родителей детей по поводу профилактики ортодонтической патологии, повысить уровень осведомленности родителей детей по поводу факторов риска, профилактики и необходимости лечения ортодонтической патологии, оптимизировать ведение учета.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ортодонтическая патология; дети; скрининг; профилактика; диспансеризация; факторы риска; оптимизированная модель оказания ортодонтической помощи.

Medical-social justification of optimized model for providing of dental orthodontic assistance for the children`s population at the regional level

Holovanova I.A., Lyakhova N.A.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

The aim. Provide a medical and social justification for the developed optimized model of dental orthodontic care for children at the regional level.

Materials and methods: used methods of modeling, systems analysis and systems approach. The model is based on data from the analysis of global experience on the organization and provision of orthodontic care for children and the results of the research.

Results. Based on the results of the study, an optimized model of orthodontic care for children at the regional level was built, the goals, the constituent elements and principles of interaction between them, the main directions of optimization were determined.

Conclusions. The introduction of the model will reduce the prevalence of orthodontic pathology and other dental diseases, optimize and increase the effectiveness of preventive and sanitary-educational work, increase the level of informational impact from pediatricians and family doctors on parents of children about prevention of orthodontic pathology, raise awareness of parents of children about factors risk, prevention and the need for treatment of orthodontic pathology, to optimize the maintenance of eta.

KEYWORDS: orthodontic pathology; children; screening; prevention; dispensary; risk factors; model for providing of dental assistance.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Голованова Ірина Анатоліївна – професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії, Полтава, вул. Шевченка 23, 36011.

Ляхова Наталія Олександрівна – викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії, Полтава, вул. Шевченка 23, 36011.