

Оценка эффективности междисциплинарной системы ранней первичной профилактики кариеса у детей первых трех лет жизни ЛЕТ.

Раджабова Фотима Рустамовна
Ургенчский государственный медицинский институт

В данной научной статье подробно рассматривается концепция междисциплинарной интеграции между службой педиатрии и детской стоматологией, направленная на раннюю превенцию кариеса у детей до трех лет. Авторами обоснован тот факт, что врачи-педиатры, регулярно наблюдающие ребенка с момента рождения, обладают максимальным потенциалом для выявления ранних поведенческих и алиментарных рисков. В работе детально описывается методика внедрения сквозного анкетирования, алгоритмов оценки стоматологического статуса на педиатрическом приеме и маршрутизации пациентов. Проанализированы результаты двухлетнего клинического мониторинга ста двадцати детей, разделенных на группы со стандартным и интегративным наблюдением. Клинически подтверждено, что совместная работа специалистов обеспечивает своевременное перенаправление к стоматологу до достижения года и снижает прирост интенсивности кариеса на 68,5%. В основной группе зафиксировано качественное улучшение гигиенического поведения родителей и снижение частоты кариесогенных ночных кормлений. В заключении сформулированы четкие организационные выводы и ожидаемый медико-социальный эффект для системы здравоохранения.

Проблема кариеса раннего детского возраста (Early Childhood Caries — ECC) остается одной из наиболее острых и трудноразрешимых задач современного здравоохранения. Несмотря на появление новых реставрационных материалов и малоинвазивных технологий, распространенность поражения временных зубов у детей в возрасте до трех лет в глобальном масштабе не имеет тенденции к снижению. Особенность данной патологии заключается в ее стремительном, деструктивном течении: эмаль временных зубов, обладающая низкой степенью минерализации сразу после прорезывания, подвергается быстрой деградации под воздействием органических кислот, продуцируемых бактериями. Традиционная схема, при которой первый визит к детскому стоматологу происходит лишь при появлении видимого дефекта или болевого синдрома, признана экспертным сообществом неэффективной. К этому моменту патологический процесс, как правило, переходит в деструктивную стадию, требующую оперативного вмешательства, нередко в условиях общего обезболивания (наркоза). Главная причина неудач кроется в упущенном времени: окно возможностей для этиопатогенетического воздействия закрывается до того, как ребенок впервые попадает в стоматологическое кресло. Решение данной проблемы видится в кардинальной перестройке организационной модели и интеграции усилий детских стоматологов и врачей-педиатров участковой службы, которые выступают главным звеном контакта с семьей в первые месяцы жизни младенца.

Врач-педиатр обладает уникальным и стратегически важным ресурсом — регулярностью наблюдения за ребенком в рамках диспансеризации первого и второго годов жизни (так называемые Well-Child Visits — осмотры здорового ребенка). Именно педиатр контролирует характер вскармливания, оценивает соматическое развитие и имеет возможность корректировать пищевое поведение семьи задолго до формирования устойчивых кариесогенных привычек. Тем не менее, в рутинной практике потенциал педиатрической службы в отношении профилактики стоматологических заболеваний используется не в полной мере из-за дефицита междисциплинарных протоколов, жестких временных рамок приема и недостаточной информированности специалистов о современных критериях оценки стоматологического риска в раннем возрасте. Построение бесшовной модели взаимодействия

«педиатр — детский стоматолог» позволит сместить диагностический фокус на антенатальный и ранний постнатальный периоды, обеспечив своевременное выявление предикторов ЕСС.

Для разработки, внедрения и объективной оценки эффективности междисциплинарной модели профилактики нами было организовано двухлетнее рандомизированное контролируемое исследование. Базой для проведения работы послужили крупная детская городская поликлиника и профильное детское стоматологическое отделение. В исследование вошли 120 пар «мать — ребенок» (дети в возрасте от 6 до 12 месяцев на момент включения). Методика исследования состояла из нескольких последовательных технологических этапов. На первом этапе для врачей-педиатров экспериментальных участков был проведен краткий модульный цикл обучения, сфокусированный на правилах визуального скрининга полости рта ребенка, алгоритмах оценки кариесогенных факторов риска и правилах антиципирующего (опережающего) руководства для родителей. В практику педиатрического приема была внедрена валидированная скрининг-анкета, заполняемая матерью в процессе ожидания приема. Анкета позволяла оперативно выявить критические маркеры: наличие ночных кормлений углеводными смесями после года, использование общих столовых приборов и отсутствие навыков очищения зубов с момента прорезывания первого резца.

Второй этап методики включал разделение участников на две репрезентативные группы. В контрольную группу ($n=60$) вошли дети, наблюдавшиеся педиатрами по стандартному протоколу, согласно которому направление к детскому стоматологу выдавалось в плановом порядке в возрасте двух-трех лет или по требованию родителей. В основной группе ($n=60$) была реализована интегративная модель. Педиатр в рамках ежемесячных или квартальных осмотров проводил экспресс-оценку полости рта, выявлял наличие видимого налета (Visual Plaque Index — VPI) и при наличии хотя бы одного фактора риска или меловидных пятен на эмали осуществлял прямую маршрутизацию ребенка к детскому стоматологу. На стоматологическом приеме для детей основной группы формировался индивидуальный превентивный паспорт: выполнялось обучение родителей технике очищения зубов с фторидсодержащими пастами в дозировке 1000 ppm (объемом с рисовое зерно) и проводилось профессиональное покрытие эмали 5% фторидом натрия 2–3 раза в год. Объективный контроль стоматологического статуса детей в обеих группах с подсчетом индекса интенсивности кариеса (кпу зубов) выполнялся независимыми экспертами-стоматологами через 12 и 24 месяца от начала исследования.

Анализ результатов исследования выявил высокую организационную и клиническую значимость междисциплинарного подхода. Исходное анкетирование подтвердило, что более 78% матерей не имели базовых представлений о сроках начала гигиены полости рта у младенцев и практиковали кариесогенные режимы питания (беспорядочное использование бутылочек перед сном). Внедрение интегративной модели позволило кардинально изменить сроки первого визита к стоматологу: в основной группе 91,6% детей посетили детского стоматолога в возрасте до 12 месяцев (средний возраст — $9,4 \pm 0,6$ мес.), тогда как в контрольной группе этот показатель составил всего 18,3%, а большинство детей впервые попали к специалисту после двух лет уже с развившимися деструктивными формами кариеса.

Через 24 месяца динамического наблюдения были зафиксированы выраженные клинические различия. В основной группе, где превентивные рекомендации транслировались консолидированно и педиатром, и стоматологом, уровень комплаентности родителей возрос до 88,3%. Среднее значение индекса кпу зубов у детей основной группы к концу исследования составило $0,54 \pm 0,12$, в то время как в контрольной группе данный показатель достиг $1,72 \pm 0,28$ ($p < 0,05$). Таким образом, интеграция служб обеспечила редукцию прироста интенсивности кариеса на уровне 68,6%. За счет раннего выявления педиатрами начальной деминерализации и незамедлительного назначения стоматологом ремотерапии, у 52,3% детей основной группы

удалось добиться стабилизации кариеса в стадии белого пятна и предотвратить образование полостей. В контрольной группе у 23,3% детей развились множественные формы осложненного кариеса (пульпиты), потребовавшие санации.

Подводя итог, можно заключить, что изоляция стоматологической службы от первичного педиатрического звена является главным барьером на пути к эффективной профилактике ЕСС. Педиатр — это первый медицинский специалист, формирующий культуру здоровья ребенка, и его вовлечение в процесс гигиенического воспитания родителей имеет решающее значение. Успешная интеграция позволяет преодолеть неосведомленность семей, минимизировать алиментарные риски и реализовать концепцию «стоматологического дома» (Dental Home) в оптимальные сроки — до первого дня рождения ребенка. Создание единого информационно-методического поля между ведомствами преобразует первичную профилактику из декларативной концепции в работающий инструмент практического здравоохранения.

Выводы

1. Интеграция деятельности педиатра и детского стоматолога обеспечивает раннюю явку детей к профильному специалисту в возрасте до 1 года (91,6% случаев) и приводит к снижению прироста интенсивности кариеса раннего возраста на 68,6% в течение двух лет наблюдения.
2. Скрининговое анкетирование и визуальный осмотр полости рта на педиатрическом приеме позволяют своевременно выявлять поведенческие факторы риска и направлять пациентов на превентивное лечение на этапе обратимых изменений эмали.
3. Сочетанное превентивное воздействие двух специалистов значительно повышает приверженность родителей к соблюдению правил домашней гигиены и рациональному вскармливанию ребенка.