

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН К ОБРАЩЕНИЮ ЗА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Кафедра ортопедической стоматологии

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» ФАЭ и СР,

Россия, 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, 1. E-mail: shamovsm@mail.ru

Путем анкетирования школьников и их родителей в нескольких населенных пунктах Республики Дагестан была изучена степень мотивации населения к получению ортодонтического лечения. Выявлен уровень знаний школьников и их родителей о причинах возникновения и методах профилактики зубочелюстных аномалий, рациональных сроках и принципах лечения.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, эпидемиология.

S. M. SHAMOV

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF ORTHODONTIC CARE SEEKING BY THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Department of prosthodontics GOU VPO «Dagestan state medical academy»,

Russia, 367000, Makhachkala, pl. Lenina, 1. E-mail: shamovsm@mail.ru

By questioning students and their parents in several areas of the Republic of Dagestan, we studied a motivation of the population for orthodontic care seeking. We also assessed a knowledge of pupils and their parents about causes of and prevention methods for dentition anomalies, as well about time schedule and general principles of its treatment.

Key words: dentofacial anomalies, epidemiology.

Введение

При организации любого вида стоматологической помощи, безусловно, необходимо учитывать потребность населения в лечении и распространенность заболеваний. Однако в современных условиях не менее важен и спрос населения на конкретный вид медицинской помощи и уровень мотивации к её получению. Еще важнее осознанное участие населения в работе системы профилактики на всех её этапах. То и другое требует четкого понимания причин развития зубочелюстных аномалий, принципов их предотвращения, методов и сроков лечения.

Цель исследования – оценить степень мотивации к получению ортодонтического лечения, а также выяснить уровень знаний школьников и их родителей о причинах возникновения и методах профилактики зубочелюстных аномалий, рациональных сроках и принципах лечения.

Материалы и методы

Было проведено анкетирование 2528 детей, подростков и их родителей во всех регионах Республики Дагестан. Исследование проводилось на базе общеобразовательных средних школ.

Результаты и обсуждение

В ответах на вопрос о причинах развития зубочелюстных аномалий было выявлено значительное разнообразие в ответах. Однако большинство респондентов – 47,36% – затруднились с ответом. Приблизительно столько же респондентов – 48,25% – отметили самые разные варианты: от плохой наследственности до кариеса. И лишь 4,40% указали, что развитие зубочелюстных аномалий определяется несколькими факторами. Причем принципиальных отличий между ответами в различных группах не было.

челюстных аномалий определяется несколькими факторами. Причем принципиальных отличий между ответами в различных группах не было.

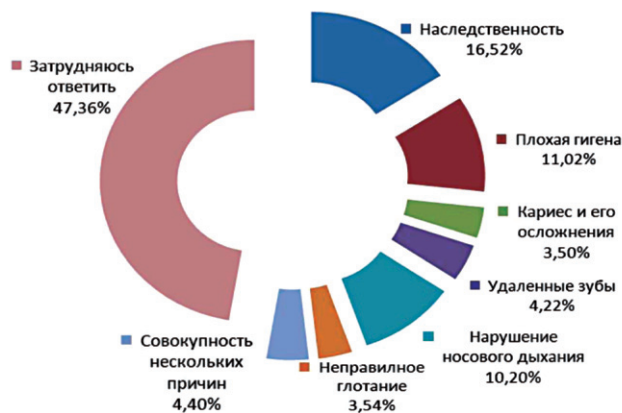


Рис. 1. Что является причиной развития зубочелюстных аномалий?

В основном родителям был адресован вопрос об оптимальном возрасте для начала лечения зубочелюстных аномалий. Почти треть опрошенных – 27,16% – затруднились с ответом. 39,97% считают таковым возраст 11–13 лет, 11,64% – возраст 17–18 лет, 19,27% отметили, что чем раньше начать лечение, тем лучше, и 1,96% посчитали оптимальным возраст 6–7 лет.

На вопрос «Нуждаетесь (нуждались) ли вы в ортодонтическом лечении?» частота различных ответов приблизительно одинакова: ~ по 1/3. 30,56% затруднились с ответом, 34,44% считают, что в лечении не ну-

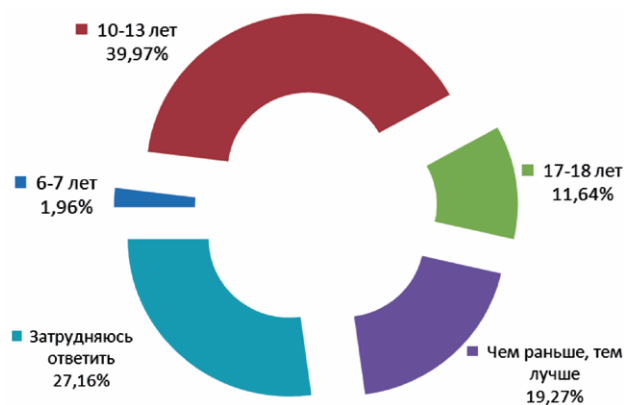


Рис. 2. Какой возраст является оптимальным для начала ортодонтического лечения?

ждаются, 34,99% отмечают у себя отклонения от нормального прикуса. Однако, что характерно, родителей, не определившихся с ответом, значительно больше, чем их детей (47,88% и 13,15% соответственно), а ответивших «Да» значительно меньше (20,96% и 49,10% соответственно). Ответивших «Нет» в той и другой группе фактически поровну.

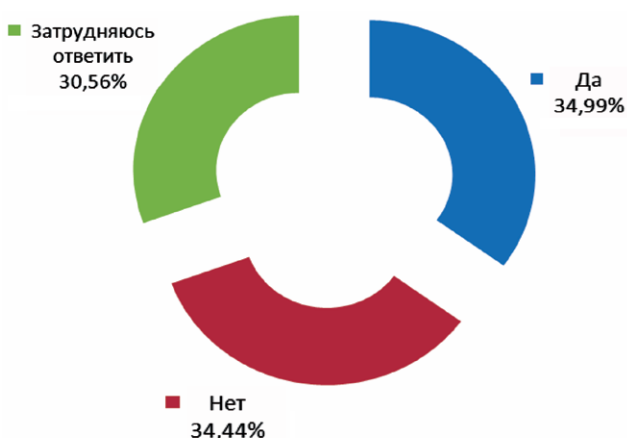


Рис. 3. Нуждаетесь (нуждались) ли вы в ортодонтическом лечении?

Одним из самых показательных является ответ родителей на вопрос «Необходимо ли вашим детям ортодонтическое лечение?». На то, что такой необходимости нет, указала треть респондентов (31,51%). Четверть (24,73%) респондентов затруднились с ответом, т. е. они не знают, как оценить этот критерий, либо считают заболевания зубочелюстной системы несущественными и не обращают на них внимания.

Остальные 43,77% отметили, что их дети имеют искривленные зубы и нуждаются в лечении специалиста. Этот показатель даже выше, чем реальная необходимость в лечении, т. е. родители несколько его завышают. Однако при этом, как уже было отмечено при проведении осмотра, только $3,10 \pm 0,46\%$ детей в последние годы получали лечение. Родителям ответить ребенка к ортодонту мешает либо отсутствие в городе хороших специалистов (17,95%), либо отсутствие времени (16,30%) и средств (9,52%) на проведение лечения.

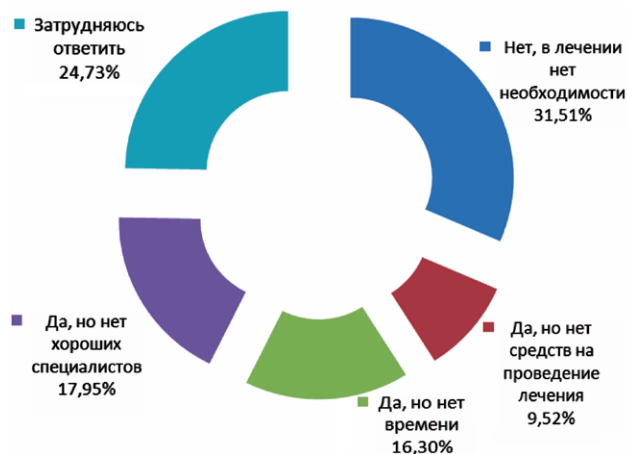


Рис. 4. Необходимо ли вашим детям ортодонтическое лечение?

И, наконец, последним был вопрос «Проводилось ли вам ортодонтическое лечение?». Характерно, что только 3,02% ответили, что лечение проводилось, причем подавляющее большинство – это дети. Показатель проведенного лечения крайне низок, даже несмотря на то, что 30,7% респондентов знали о его необходимости, но не нашли возможности его провести. И еще 67,6% опрошенных отметили, что имеют незначительные искривления зубов и поэтому в ортодонтическом лечении необходимости нет.

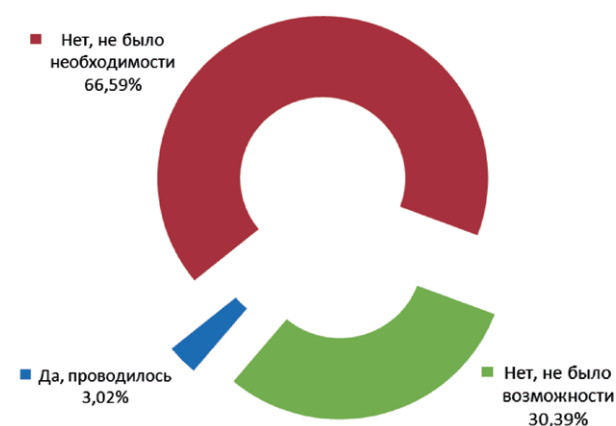


Рис. 5. Проводилось ли вам ортодонтическое лечение?

Представления респондентов о факторах, способствующих развитию зубочелюстных аномалий, смутные, что и признает большая их часть: почти половина опрошенных (47,36%) затруднились ответить на этот вопрос. Конкретных знаний фактически нет, а без понимания причин невозможна осознанная профилактика. Только 4,4% опрошенных имеют правильное представление об этиологии зубочелюстных аномалий.

На вопрос об оптимальном возрасте для начала ортодонтического лечения 27% опрошенных затруднились ответить. Еще около 40% взрослых и детей считают таковым возраст порядка 10–13 лет, когда прорезались все постоянные зубы. Это отчетливо демонстрирует, насколько укоренилось среди населения ложное представление, что оптимальным возрастом для первого посещения ортодонта является период, когда уже практически сформирован постоянный прикус. Об этом же свидетельствуют и объективные данные: самые высокие показатели обращаемости за ортодонтической помощью отмечены в возрасте 15–17

лет. И это несмотря на то, что сегодня существует большой спектр методик для исправления формирующихся аномалий еще в стадии сменного или даже молочного прикуса, причем даже без использования аппаратного метода, к примеру, с помощью ортодонтических трейнеров и миогимнастики. Эти методики значительно менее трудоемкие и затратные в отличие от традиционного аппаратного метода и позволяют проводить лечение и в раннем школьном, и даже в дошкольном возрасте [4, 5, 6, 8]. В представлении же населения ортодонтическая помощь в основном ограничивается применением пластинчатых аппаратов и брекет-систем.

Показательными являются ответы на вопрос, адресованный родителям: «Необходимо ли вашим детям ортодонтическое лечение?». Более 43% родителей осознают, что их детям необходима помощь врача-ортодонта, но по различным причинам они не могут её получить. Этот показатель даже несколько выше реальной потребности детей в лечении [7]. То есть у родителей есть достаточно объективное понимание, в каких случаях необходимо лечение. Почти 18% родителей готовы отвести своих детей к ортодонту, но они не могут найти специалиста, заслуживающего доверия.

Отдельно хотелось бы отметить, что на все эти 4 вопроса («Причина развития зубочелюстных аномалий?», «Каков оптимальный возраст для начала ортодонтического лечения?», «Нуждается (нуждались) ли вы в ортодонтическом лечении?», «Проводилось ли вам ортодонтическое лечение?») около трети опрошенных затруднились ответить. Это еще раз демонстрирует, насколько низок уровень санитарно-гигиенической грамотности: треть населения вообще не понимает, о чем идет речь.

И, наконец, следует отметить, в ответах практически на все вопросы взрослые и дети удивительно солидарны, что говорит не только о низком уровне санитарно-гигиенической грамотности всех слоев населения, но и об отсутствии достоверных источников, откуда эти знания можно было бы почерпнуть. Даже подростки, более активные и продвинутые в плане получения и обсуждения информации, демонстрируют свою неосведомленность в вопросах профилактики ЗЧА. Таким образом, санитарно-просветительская работа с большой эффективностью могла бы быть проведена именно в школьном возрасте поликлиническими врачами-стоматологами и ортодонтами, а также школьными стоматологами. Многими авторами именно школьному стоматологическому кабинету из всей системы профилактических и лечебных учреждений придается наибольшее значение [1, 2, 3]. Школа является удобной формой организации профилактической работы. Здесь в условиях организованного коллектива есть все возможности для обследования детей, выявления факторов риска, проведения лечебно-профилактических мероприятий с индивидуальным подходом, под постоянным контролем медицинского персонала и в тесном контакте с педагогами и родителями.

Таким образом, отмечается чрезвычайно низкая санитарно-гигиеническая грамотность населения Республики Дагестан в вопросах этиологии, принципах лечения и профилактики зубочелюстных аномалий: около трети населения сами признают свою неосведомленность.

Наблюдается высокий показатель мотивации населения к получению специализированной ортодонтической помощи: 34,99% опрошенных признают, что у них есть проблемы с прикусом и им необходимо лечение.

Основными причинами, затрудняющими возможность получения лечения, по мнению респондентов, являются отсутствие необходимого количества квалифицированных специалистов (17,95%) и времени на проведение лечения (16,30%).

Для предупреждения возникновения и прогрессирования зубочелюстных аномалий врачам-стоматологам и стоматологам-гигиенистам необходимо уделять достаточно внимания санитарно-просветительной работе с родителями, в особенности с подростками в школе, для повышения мотивации населения к самостоятельному проведению всего комплекса профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова О. Г., Муравьева С. С. Детская профилактическая школьная программа. – М., 2004. – 15 с.
2. Бурда Г. К. Организация профилактики зубочелюстных аномалий у детей / Г. К. Бурда, И. Е. Герасимова, С. С. Степанова // Ортодонт-инфо, 1999. – № 4. – С. 27–29.
3. Данилова М. А. Программа профилактики у детей, перенесших внутриутробное инфицирование (этапы проведения, оценка эффективности) Текст / М. А. Данилова, А. С. Буторин // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2003. – № 3–4. – С. 3–6.
4. Проффит У. Р. Современная ортодонтия: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с.
5. Стоматология детей и подростков: пер. с англ. / Под ред. Е. Мак-Дональда Ральфа, Р. Эйвери Дейвида. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 766 с.: с ил.
6. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544 с.: с ил.
7. Шапов С. М. Изучение эпидемиологии зубочелюстных аномалий у детей и подростков Республики Дагестан с помощью двухкомпонентного ортодонтического индекса // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Т. XIX. № 3. – С. 82.
8. Karaiskos N., Wiltshire W. A., Odium O. et al. Preventive and interceptive orthodontic treatment needs of an inner-city group of 6- and 9-year-old Canadian children // J. can. dent. assoc. – 2005. – Vol. 71. № 9. – P. 649.
9. Occurrence of malocclusion and need of orthodontic treatment in early mixed dentition / K. Keski-Nisula, R. Lehto, V. Lusa et al // Am. j. orthod. dentofacial orthop. – 2003. – Vol. 124. № 6. – P. 631–638.

Поступила 13.09.2013