

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© БУТОВА В.Г., КУЗНЕЦОВ В.Д., 2014

УДК 616.314-08-058.862

*Бутова В.Г.¹, Кузнецов В.Д.²***ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ВОСПИТАННИКАМ ДЕТСКИХ ДОМОВ**

¹Научно-методический отдел ФГБУ Центральный НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, 119991, г. Москва, ²кафедра общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, 127206, г. Москва, Россия

В связи с низкой обеспеченностью населения Московской обл. врачами-ортодонтами, очередью на лечение и отсутствием в штатах детских домов данных специалистов единственным путем совершенствования ортодонтической помощи служит организация децентрализованного оказания ее воспитанникам детских домов. Разработанная нами функционально-организационная модель с включением в ее структуру дополнительного модуля – мобильного стоматологического кабинета – способствует совершенствованию организации ортодонтической помощи данному контингенту.

Ключевые слова: воспитанники детских домов; ортодонтическая помощь; функционально-организационная модель.

*Butova V.G., Kuznetsov V.D.***FUNCTIONAL ORGANIZATIONAL MODEL ORTHODONTIC CARE PROVIDED TO INMATES OF CHILDREN'S HOMES**

¹Scientific-methodical Department «Central research Institute of dentistry and maxillo-facial surgery Department of the Ministry of health of Russia, 119991, Moscow, ²Department of public health and health A.I. Evdokimov Moscow state medical dental university», 127206, Moscow, Russia

Due to the low availability of orthodontists in Moscow region, queuing for medical care and lack of staff in children's orphanages the only solution for improvement is decentralization of orthodontic care. Self-developed model of mobile dentistry services (including extra module in its structure) promotes improvements of medical care for targeted audience.

Key words: orphans, children's orphanages; orthodontic care; functional model.

Изучение вопросов организации, управления ортодонтической службой, этиологии, патогенеза, распространенности зубочелюстных аномалий (ЗЧА) и деформаций представляет научный и практический интерес как для врачей-ортодонт, так и для врачей других специальностей. Исследования данных аспектов отражены в трудах Ф.Я. Хорошилкиной [1], А.В. Алимского [2], А.В. Алимского и соавт. [3], Л.С. Персина [4, 5], Л.С. Персина и соавт. [6], И.В. Гуненковой [7], Ю.Л. Образцовой, С.Н. Ларионовой (2007), Е.С. Смолиной [8], Д.О. Романова [9], О.О. Янушевича и соавт. (2012), М. Dolwich [10], К.К. Lew [11].

Однако работы, освещающие распространенность зубочелюстных аномалий и нуждаемость в ортодонтическом лечении детей, воспитывающихся в детских домах, в современной литературе фрагментарны и носят эпизодический характер (Колесникова Л.Р. [12]; Матвеева Е.А. [13]; Михайлова И.Ю. [14]. По данным Л.Р. Колесниковой (2004), в целом ортодонтическая помощь на сегодняшний день недостаточно развита. Что же касается детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, то эта группа населения не охвачена данным видом помощи, что существенно влияет на дальнейший рост стоматологической заболеваемости. Таким образом, актуальность совершенствования ортодонтической помощи детям-сиротам и

детям без попечения родителей очевидна, что и послужило побудительным мотивом к проведению исследования.

Цель исследования – совершенствование организации ортодонтической помощи детям и подросткам, воспитывающимся в детских домах.

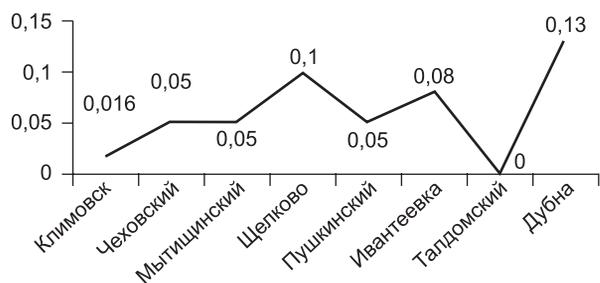
Материал и методы

На основе анализа статистических данных за 2009–2011 гг., отраженных в сборнике «Стоматологическая помощь населению Московской области» (2009, 2010, 2011), проведено изучение состояния оказываемой ортодонтической помощи. Кроме того, проанализированы счета-фактуры системы обязательного медицинского страхования (ОМС) типовых стоматологических поликлиник и реестр услуг врача-ортодонта, работающего в системе ОМС. Осуществлена экспертная оценка реализованных объемов и видов ортодонтической помощи, оказываемой 400 воспитанникам детских домов в 8 регионах Московской области. Выполнен анализ охвата воспитанников детских домов групповой и индивидуальной профилактикой стоматологических заболеваний и мероприятий по профилактике развития ЗЧА.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования свидетельствуют о том, что обеспеченность детского населения врачами-ортодонтами в Московской области составляет ответствует 0,12 на 1000 населения, что ниже норматива (0,16 на 1000). Неравномерна нагрузка данных специалистов на приеме – от 1,94 до 26,68

Для корреспонденции: Бутова Валентина Гавриловна – д-р мед. наук, проф., зав. научно-методическим отделом, e-mail: Butova49@rambler.ru.



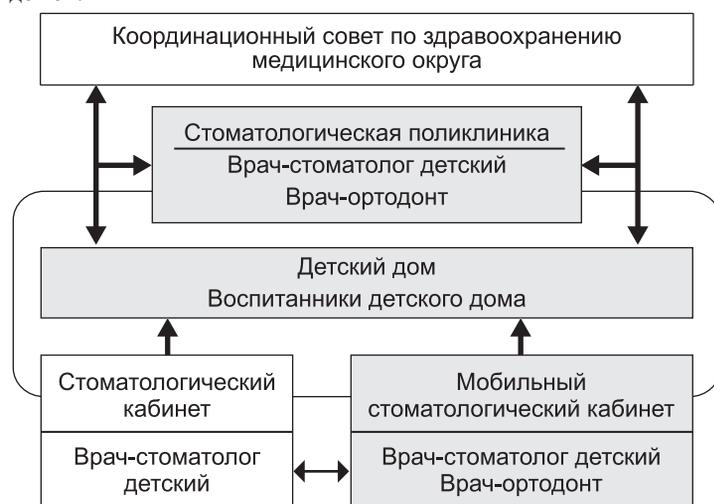
Обеспеченность детского населения врачами-ортодонтами.

посещения, от 5,30 до 56,36 условной единицы трудоемкости (УЕТ) в день. Реестр услуг ОМС врача-ортодонта содержит 15 наименований, что недостаточно для эффективного лечения. Приоритетными проблемами в организации ортодонтической помощи детскому населению Московской области являются:

- низкая обеспеченность кадрами врачей соответствующего профиля (см. рисунок);
- неравномерная нагрузка данных специалистов на приеме;
- недостаточный для эффективного лечения реестр услуг ОМС врача-ортодонта.

Реализация программы ОМС в аспекте профилактики ЗЧА у воспитанников детских домов и их лечения проводится в крайне недостаточном объеме. Так, в анализируемом периоде (2009–2011) мероприятиями по профилактике ЗЧА было охвачено только 1/3 воспитанников детских домов. На консультацию к врачам-ортодонтам направлено всего от 4 до 6% данного контингента, идентичны данной величине показатели направления детей и подростков для коррекции аномалий к врачам-стоматологам-хирургам – 4–5% и коррекции речи к логопедам (педагогам-дефектологам) – 6%. Из 17 человек (6% от общего числа нуждающихся), направленных на лечение, закончили его всего 7 (41,18%). При лечении детей и подростков с ЗЧА используется съемная ортодонтическая аппаратура. Более эффективные сложные комбинированные устройства, сочетающие элементы устройств двух основных типов съемной и несъемной аппаратуры (брекеты, брекет-системы, лингвальные брекеты), не применяются. Манифестирующим показателем, свидетельствующим о неблагоприятном положении в оказании ортодонтической помощи, является ожидание очереди – от 0,5 года до 11 лет.

Схема функционально-распространенной модели ортодонтической помощи, предоставляемой воспитанникам детских домов.



При низкой обеспеченности населения кадрами врачей-ортодентов трудно ожидать позитивных тенденций. Определенный негатив данное обстоятельство накладывает на разработку предложений по совершенствованию ортодонтической помощи воспитанникам детских домов.

В связи с существованием подобных фактов и отсутствием в штатах детских домов врачей-ортодентов единственным путем служит организация дополнительного децентрализованного оказания ортодонтической помощи воспитанникам детских домов, т. е. должна быть разработана функционально-организационная модель, взявшая на себя реализацию данной цели. Для выполнения основных функций (профилактика стоматологических заболеваний, оказание ортодонтической помощи воспитанникам детских домов) необходимо создать эффективную организационную структуру. Организационная структура (модель) – это принципы формирования подразделений, делегирования полномочий и наделения ответственностью. По сути организационная модель показывает, как сформировать подразделение.

Модель оказания ортодонтической помощи воспитанникам детских домов рассматривается нами с позиций формирования дополнительного модуля – мобильного стоматологического кабинета (см. схему):

- детские дома, отдаленные от стационарной стоматологической помощи, обслуживаются врачами-ортодонтами мобильных стоматологических кабинетов;
- детские дома, находящиеся на доступном расстоянии от стоматологической поликлиники (отделения), обслуживаются врачами-ортодонтами данных учреждений.

Практическая реализация объективного функционирования данной модели сводится к описанию ее организационной и функциональной структуры.

Функциональная структура модели основана на принципе специализации организационных подструктур по функциональным признакам (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация, материально-техническое оснащение, финансирование и др.). Каждая специализированная функциональная подструктура означает, что сотрудники мобильного стоматологического кабинета подчиняются главному врачу стоматологической поликлиники, ответственному за это направление деятельности.

В медицинском округе или округах (находящихся в территориальной близости) на базе стоматологической поликлиники (стоматологического отделения медицинской организации) целесообразно организовать работу мобильного стоматологического кабинета (модуля).

План-график выездных работ модуля утверждается руководителем стоматологической поликлиники, структурным подразделением которого является модуль, по согласованию с Координационным советом по здравоохранению медицинского округа и администрацией детского дома.

Директору детского дома делегируются полномочия в границах выполняемых им функций – обеспечения медицинской помощью воспитанников детских домов. Выполнение отдельных функций по конкретным вопросам оказания стоматологической помощи возлагается на врача-стоматолога детского (находящегося в штате детского дома) или врача-стоматолога детского стоматологической поликлиники, к которой прикреплены воспитанники детских домов.

Нами разработано «Положение об организации деятельности мобильного стоматологического кабинета». Кстати приказом от 13.11.2012 № 910 н оно не предусмотрено.

Оснащение мобильного кабинета должно обеспечивать оказание ортодонтической помощи. При укомплектовании мобильного кабинета необходимо руководствоваться Приложением № 9 к «Порядку оказания медицинской помощи детям со стоматологическими за-

болеваниями», утвержденному приказом Минздрава России от 13.11.2012 № 910н.

Следует предусмотреть оказание стоматологической помощи (не только ортодонтической) воспитанникам детских домов врачом-стоматологом мобильного кабинета в случае отсутствия данного специалиста в штате детского дома. Врач-стоматолог детский при диагностике зубочелюстной патологии обязан направить ребенка (подростка) к врачу-ортодонт, но прежде он должен подготовить воспитанника детского дома к ортодонтическому лечению.

К проведению профилактических мероприятий целесообразно привлекать гигиениста стоматологического как в стоматологическом кабинете детского дома, так и в мобильном стоматологическом кабинете.

Заключение

Основой укрепления ортодонтической помощи воспитанникам детских домов в Московской области являются совершенствование обеспеченности детского населения кадрами врачей-ортодонтов, актуализация реестра ОМС врача-ортодонта, организация контроля за деятельностью врачей-ортодонтов. В связи с существованием подобных фактов отсутствием в штатах детских домов врачей-ортодонтов единственным путем служит организация дополнительного децентрализованного оказания ортодонтической помощи воспитанникам детских домов. Разработанная нами функционально-организационная модель с включением в ее структуру дополнительного модуля – мобильного стоматологического кабинета способствует совершенствованию организации ортодонтической помощи воспитанникам детских домов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хорошилкина Ф.Я. *Нарушение осанки при аномалиях прикуса*. Ортодент-Инфо. 2000; 1(2): 40–7.
2. Алимский А.В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников. *Стоматология*. 2002; 5: 67–71.
3. Алимский А.В., Никоненко В. Г., Смолина Е.С. Распространенность аномалий зубочелюстной системы и их структура среди первокурсников Военного университета. *Экономика и менеджмент*. 2006; 19: 60–2.
4. Персин Л.С. *Ортодонтия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий: Учебник для вузов*. М.: Ортодент-инфо; 1999.
5. Персин Л.С. *Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: Руководство для врачей*. М.: Медицина; 2004.
6. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. *Стоматология детского возраста*. 5-е изд. М.: Медицина; 2006.
7. Гуненкова И.В. *Состояние ортодонтической помощи в России и перспективы ее развития: Дисс. М.*; 2005.
8. Смолина Е.С. *Определение нуждаемости в ортодонтической помощи школьников современного мегаполиса: Дисс. М.*; 2008.
9. Романов Д.О. *Распространенность, профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей Краснодарского края: Дисс. Краснодар*; 2010.
10. Dolwich M. Internal derangement of the temporomandibular joint: fact of function. *J. Prosth. Dent.* 1983; 49(3): 415–8.
11. Lew K.K. Changes in lip contour following treatment of maxillary protrusion with esthetic orthodontic appliances. *J. Esthet. Dent.* 1992; 4(1): 16–23.
12. Колесникова Л.Р. *Медико-организационные подходы к совершенствованию стоматологической помощи воспитанникам детских домов и школ-интернатов: Дисс. Хабаровск*; 2004.
13. Матвеева Е.А. *Клинико-эпидемиологическое обоснование совершенствования ортодонтической помощи детям: Дисс. Чита*; 2009.
14. Михайлова И.Ю. *Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Дисс. М.*; 2010.

Поступила 09.02.14

REFERENCES

1. Khoroshilkina F.Ya. Poor posture when malocclusion. *Ortodent-Info*. 2000; 1(2): 40–7. (in Russian)
2. Alimskiy A.V. Age dynamics of growth of prevalence and changes in the structure of the anomalies of the dental system among pre-schoolers and schoolchildren. *Stomatologiya*. 2002; 5: 67–71. (in Russian)
3. Alimskiy A.V., Nikonenko B.G., Smolina Ye.S. Prevalence of anomalies of the dental system and their structure is among the first year students of the Military University. *Ekonomika i menedzhment*. 2006; 19: 60–2. (in Russian)
4. Persin L.S. Orthodontics. *Diagnosis, Types of Tooth-Jaw Anomalies: Textbook for High Schools*. [Ortodontiya. Diagnostika, vidy zubocheljustnykh anomalii]. Moscow: Ortodent-info; 1999. (in Russian)
5. Persin L.S. Orthodontics. *Diagnostics and Treatment of Dental Anomalies: Guide for Physicians*. [Diagnostika i lecheniye zubocheljustnykh anomalii: Rukovodstvo dlya vrachey]. Moscow: Meditsina; 2004. (in Russian)
6. Persin L.S., Elizarova V.M., Diakova S.V. *Stomatology of Children's Age*. [Stomatologiya detskogo vozrasta]. 5-th Ed. Moscow: Meditsina; 2006. (in Russian)
7. Gunenkova I.V. *State Orthodontic Care in Russia and Prospects of its Development*. [Sostoyaniye ortodonticheskoy pomoshchi v Rossii i perspektivy ee razvitiya]: Diss. Moscow, 2005. (in Russian)
8. Smolina E.S. *Definition of Need in Orthodontic Care of Schoolchildren of the Modern Metropolis*. [Opredeleniye nuzhdaemosti v ortodonticheskoy pomoshchi shkol'nikov sovremennogo megapolisa]. Diss. Moscow; 2008. (in Russian)
9. Romanov D.O. *Prevalence, Prevention and Treatment of Dental Anomalies and Deformities in Children of Krasnodar Region*. [Rasprostranennost', profilaktika i lecheniye zubocheljustnykh anomalii i deformatsiy u detey Krasnodarskogo kraja]: Diss. Krasnodar; 2010. (in Russian)
10. Dolwich M. Internal derangement of the temporomandibular joint: fact of function. *J. Prosth. Dent.* 1983; 49(3): 415–518.
11. Lew K.K. Changes in the lip contour following treatment of maxillary protrusion with esthetic orthodontic appliances. *J. Esthet. Dent.* 1992; 4(1): 16–23.
12. Kolesnikova L.R. *Medical and Organizational Approaches to the improvement of Dental Care to Children's Homes and Boarding Schools*. [Mediko-organizatsionnye podkhody k sovershenstvovaniyu stomatologicheskoy pomoshchi vospitannikam detskikh domov i shkol-internatov]: Diss. Khabarovsk; 2004. (in Russian)
13. Matveeva E.A. *Clinical and Epidemiological Rationale for the Improvement of Orthodontic Care for Children*. [Kliniko-epidemiologicheskoye obosnovaniye sovershenstvovaniya ortodonticheskoy pomoshchi detyam]. Diss. Chita 2009. (in Russian)
14. Mikhailova I.Yu. Assessment Orthodontic Care, Provided in the Program of Obligatory Medical Insurance. [Otsenka sostoyaniya ortodonticheskoy pomoshchi, okazyvaemoy po programme obyzatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya]: Diss. Moscow; 2010. (in Russian)

Received 09.02.14