

АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ ОТНОСНО НИВОТО НА КАРИЕСНА ПРОФИЛАКТИКА НА ВЪЗРАСТНИЯ ПАЦИЕНТ В ДЕНТАЛНИ КАБИНЕТИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ГРАД ВАРНА

Мая Дойчинова, Славчо Димитров, Майя Колева

Факултет по дентална медицина, Медицински университет - Варна

QUESTIONNAIRE SURVEY REGARDING THE EXTENT OF CARIES PREVENTION ON ADULT PATIENTS IN DENTAL PRACTICES IN VARNA

Maya Doychinova, Slavcho Dimitrov, Mayya Koleva

The Faculty of Dental Medicine, Medical university of Varna

РЕЗЮМЕ

Целта на анкетното проучване е да установи степента и характера на кариесна профилактика на възрастния пациент сред дентални лекари, практикуващи на територията на гр. Варна. Предмет на анализа са мненията на 120 лекари по дентална медицина, анкетираны с пряка индивидуална анкета, на база личен контакт, за период от 120 дни. Статистическа обработка със SPSS. От анкетираните 77,5% никога не са изготвяли индивидуална програма за профилактика. На клинична орална хигиена разчитат 58% при провеждане на кариесна профилактика. Повече от половината (88%) интервюирани имат трудности с диференциалната диагноза на бели емайлови лезии и с третирането им. Съществува статистическа връзка между дела на затрудняващите се с БДЛ и очакваната продължителност на клиничното време за профилактика от минути. Съществува сериозно negliжиране на основен компонент от кариесната профилактиката на възрастните - съставянето на индивидуална профилактична програма. Налице е предпочитане към метода на клинична орална хигиена и химична инхибиция на биофилма при провеждането на кариесна профилактика. Няма посочени иновативни подходи и методи при превенцията и лечението както на БДЛ, така и сред профилактичните мероприятия за предпазване от първичен и вторичен кариес. Времето, което колегите биха отделяли за профилактика сред по-големия процент анкетираны, е около 45 минути на пациент.

Ключови думи: профилактика, зъбен кариес, бели деминерализационни лезии

ABSTRACT

The objective of the survey is to determine the extent and the nature of caries prevention on adult patients among dentists practicing in Varna. The analysis is performed based on the opinions of 120 dentists, surveyed by direct individual questionnaire, on personal contact basis, for a period of 120 days. Statistical analysis is performed with SPSS. The share of dental practitioners who have never prepared an personal caries preventive program is 77,5%. The Clinical Oral hygiene is the only approach used by 58% when caries prevention is concerned. More than half experience difficulties with the management of white enamel lesions. (88%) There is a statistical relationship between the proportion of people who have difficulties with the management of caries incipience and the expected duration of clinical time for prevention. There is strong evidence of neglecting a basic component of caries prevention in adults - the preparation of personal prevention program. Caries prevention is performed by the method of clinical oral hygiene and chemical inhibition of biofilm. Innovative approaches and methods in caries prevention are not cited. The most preferred duration of preventive clinical procedure is 45 minutes.

Keywords: prevention, dental caries, demineralized white lesions

ВЪВЕДЕНИЕ

Зъбният кариес се нарежда сред социалните заболявания поради факта, че има пандемично разпространение – среща се повсеместно в човешката популация без значение от пол, възраст или географско положение. Без целенасочена първична и вторична профилактика на заболяването при възрастни индивиди овладяване и контрол на състоянието не може да настъпи. Кариесът е микробно медирано, полиетиологично, динамично протичащо състояние на нарушен баланс, на процесите на деминерализация и минерализация на твърдите зъбни тъкани (ТЗТ) и затова предписанията относно профилактиката му са разнопосочни: механичен контрол на денталния биофилм, клинична и лична орална хигиена, екзогенна и ендогенна флуорна профилактика, химична инхибиция на денталния биофилм, контрол на диетата и начина на живот, контрол на количеството и качеството на слюнката, локални реминерализиращи терапии (3,4,7).

ЦЕЛ

Настоящото проучване си поставя за цел да установи кои са предпочитаните и използвани подходи за профилактика на кариеса на възрастния пациент сред практикуващите на територията на гр. Варна лекари по дентална медицина.

Други основни цели на проучването са да се установи:

- търсенето на профилактични грижи от страна на пациентите и степента на интерес сред тях на новости относно предпазването от зъбен кариес;
- предоставянето на индивидуални профилактични програми от страна на анкетираните и най-често използваните подходи и методи както при първична превенция на кариеса на възрастния пациент, така и профилактика на некавитирани лезии при наличие на състояние на първична обратима деминерализация на емайла;
- наличието на статистическа връзка между броя на затрудняващите се с диагностиката и лечението на некавитирани деминерализационни лезии на емайла (въпрос №3) и очакване относно продължителността на клиничния протокол за профилактика (въпрос №11)

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Предмет на анализа на настоящото анкетно проучване са мненията на лекарите по дентална медицина, намерили отражение в отговорите на закритите и откритите въпроси, част от анкетната карта (Прил. 1). Анкетната карта съдържа 11 въпроса, с които са анкетирани 120 дентални лекари, практикуващи на територията на град Варна. Продължителността на социологичното изследване обхваща период от 90 дни.

Данните за анкетираните са представени на Табл. 1, Табл. 2

Табл. 1. Брой анкетирани разпределени по признака специалност

Специалност	Брой анкетирани
Оперативно зъболечение и Ендодонтия	3
Протетична Дентална медицина	9
Детска Дентална медицина	6
Клинична Дентална Алергология	2
Общо практикуващи	100

Табл. 2. Характеристика на контингента по възраст и продължителност на трудовия стаж

Най-продължителен трудов стаж	37 г
Най-кратък трудов стаж	1 г
Възрастов диапазон 24-67 години	100%
Възрастов диапазон 29-45 години	57%

МЕТОДИ

- За провеждане на проучването е използван репрезентативен извадков метод, който е приложен на база личен контакт.
- Методът за набиране на информацията е пряка индивидуална анкета.
- **При статистическата обработка са използвани:** непараметричната и параметрична теория за оценка на статистически хипотези чрез сравняване на относителни величини от две независими извадки; изчисляване на показатели за относителен дял; графичен анализ - за визуализация на получените резултати.

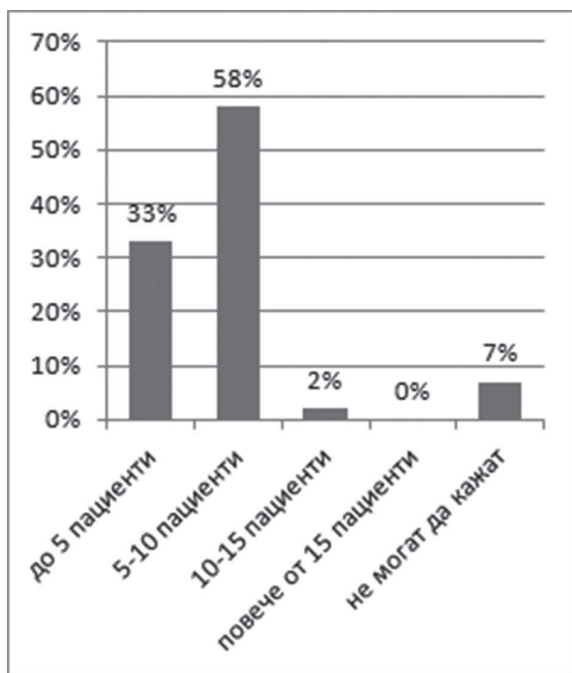
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Основните проблеми, които идентифицираме в настоящата анкета, са:

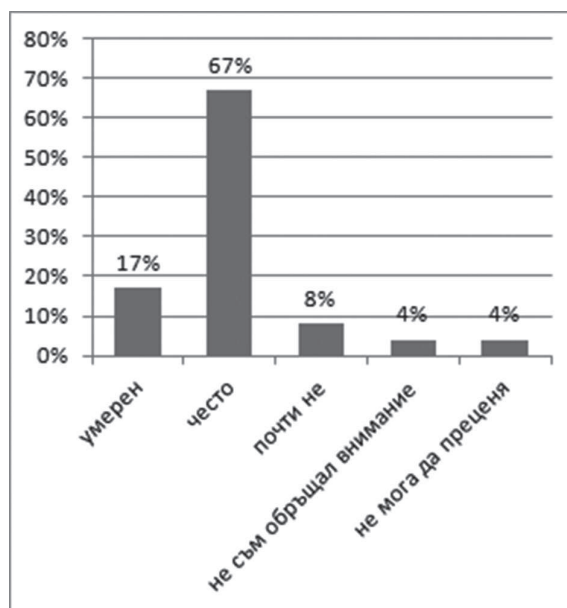
1. Наличие на търсене и желание от пациентите на профилактични грижи и несъответствието на това търсене ангажиране на денталните медици в провеждането на индивидуално ориентирана кариес-профилактика.
2. Наличието на диагностични и лечебни трудности при третирането на обратимото състояние на първичен ранен стадий на кариес на емайла – бели деминерализационни лезии (БДЛ).

По правилата на съвременната превенция на кариеса и пародонталните заболявания индивидуалната профилактична програма е задължителен елемент от грижата за всеки пациент, посетил денталния кабинет, дори и не по повод профилактика (6,7). Индивидуалната профилактична програма е част от протокола при лечението на зъбния кариес като заболяване; препарирането на кавитети, грижата за дентинната рана и obtурирането с алопластичен материал е друга част от протокола, която обединява в себе си както превантивния, така и хирургичния традиционен подход в медицината. Единият без другия елемент води до неуспех на лечението на заболяването зъбен кариес. Процентът вторични кариеси, открити годишно, процентът подменени obtурации поради вторичен кариес или поправени такива са доказателство в широк мащаб на този извод, направен косвено от анкетата (1).

Разпределението на отговорите на въпрос №1 и въпрос №2 е доказателство за активност и желание от страна на пациентите да получат как-



Фиг. 1. Разпределение на отговорите на въпрос № 1



Фиг. 2. Разпределение на отговорите на въпрос № 2

то теоретичен отговор за най-новото в областта на кариес-профилактиката, така и подходящата превантивна грижа, за да избягат от порочния кръг на поставяне на obtурации и заменянето им с нови поради вторичен кариес.

Или на типичната ситуация в ежедневната дентална практика: приключило преди половин година лечение и отново начало на кариесна активност по други зъбни повърхности.

Въпрос №3 третира отношението на съсловието към ранната обратима деминерализация на емайла. Разпределението на отговорите показва, че 88% от анкетираните изпитват затруднения при диагностицирането или лечението на БДЛ. Съвременното лечение леже артис на бели деминерализационни лезии, определяни като *caries incipiens* на емайла по гладките зъбни повърхности, категорично изключва хирургичния подход (препариране на кавитет и obtуриране) и е съсредоточен върху провеждането на превантивно лечебни мероприятия, целящи редуциране действието на етиологичните фактори и засилване на реминерализационните процеси за сметка на деминерализационните (5).

Известно е, че микробният етиологичен фактор се повлиява чрез контрол върху биофилма – количество, зрялост, патогенност. Това от своя страна е функция както на клиничните грижи на лекаря, така и на обучението и мотивацията на пациента. Промяната в диетичните навици, приемът на подходящи напитки и мониторингът на качеството и количеството на слюнката са задължителна част от програмата за лечение на начален кариес без кавитация. На дотук изброените

подходи се разчита да допринесат за изместване на стойностите на рН в близост до зъбната повърхност към такива, допринасящи за реминерализационните процеси. Като следваща стъпка е засилване на реминерализацията за определен период от време, до стационарирането на лезиите, посредством третирането им с реминерализиращи средства (гелове, лакове, разтвори).

В подкрепа на този реминерализационен процес са създадени множество продукти. От отговорите на следващите два въпроса се установяват предпочитаните от съсловието във Варна подходи и методи като част от клиничния протокол (въпрос №4),

Табл.3

Предпочитан клиничен алгоритъм	Брой анкетираните n(%)
Клинична орална хигиена(КОХ) (а)	25 (58%)
КОХ и реминерализиращи разтвори (б)	5 (12%)
КОХ и флуорни лакове и гелове (в)	10 (23%)
Реминерализиращи разтвори (г)	3 (7%)

както и инструкциите за ежедневна грижа от страна на пациентите извън кабинета (въпрос №5).

Табл. 4. Разпределение на отговорите на въпрос № 5

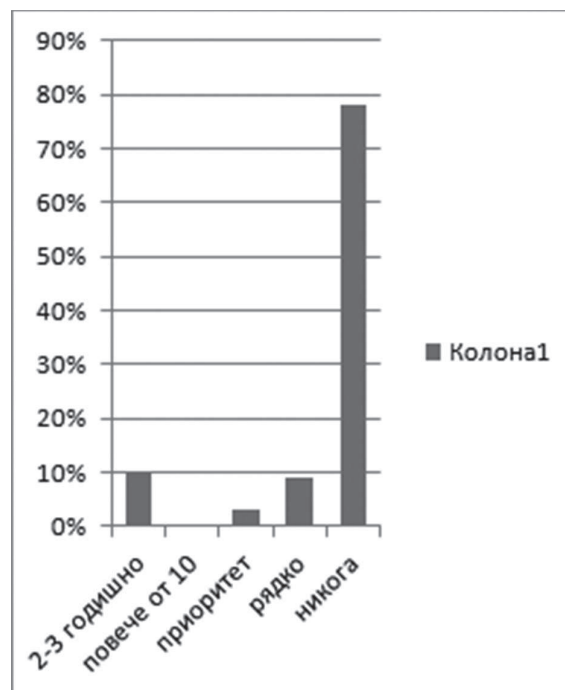
Домашни грижи при БДЛ	Брой анкетираните n (%)
Промяна в диетата (а)	30 (25%)
Промяна в диетата и Тут Мус(б)	42 (35%)
Промяна в диета и препоръки за прием на поне 2 л вода на ден (в)	20 (17%)
Избягване на плодови сокове и газирани напитки (г)	9 (7%)
Тут Мус (д)	19 (16%)

Въпросите са открити, за да се даде пълна свобода и да се обхване целият спектър от средства и подходи, прилагани от лекарите по дентална медицина, без императивно да се насочва вниманието и да се припомнят подходи, преподавани в денталните факултети, теоретично познати, но неприлагани.

Факт е, че никой от анкетираните не е отговорил с инструкции и мотивация за правилна лична орална хигиена. От това личи подценяването

на контрола на микробния фактор като част от личните грижи, а именно в процеса на този ежедневен контрол се обръща балансът между деминерализация и реминерализация (2,6). Отсъствието на такъв отговор сред получените на въпрос №5, сравнено с по-големия процент (58%), които отговарят, че провеждането на професионална орална хигиена е предпочитана част от клиничните грижи (въпрос №4), води до заключението, че микробната етиология е negliжирана. Защо – е въпрос на спекулации: незнание, nihilизъм или недоверие в препоръчваните алгоритми.

Резултатите на въпрос №6 насочват вниманието ни към проблема за липса на целенасочен профилактичен подход сред по-големия процент на практикуващите зъболекари на територията на гр. Варна (77,5% никога не са изготвяли индивидуална програма за профилактика, а 9,2% отговарят „рядко“, без да се ангажират с конкретен брой. Предвид на това, че единият възможен отговор е „2-3 програми годишно“, може да заключим, че отговарящите „рядко“ имат предвид не повече от 1 програма годишно.)



Фиг. 3. Разпределение на отговорите на въпрос № 6

Сред анкетираните има 7 колеги със специалност или специализиращи Оперативно зъболечение и ендодонтия и 10 - Детска дентална медицина. Това са специалностите, най-пряко свързани с кариес-профилактиката.

Мнението ни е, че възрастта между 30-46 години (57% от анкетираните, Табл. 2.) е най-про-

дуктивната за професия като тази на денталния медик, когато натрупаното знание достига своя оптимум и се съчетава с придобиването на все повече клиничен опит. Но въпреки това познанията и прилагането на тези знания, касаещи първичната и вторична профилактика в областта на денталното здраве и по-конкретно в областта на зъбния кариес, остава на необяснимо ниско ниво. Възможни причини са:

- мисленето, че липсва достъпен бърз метод за профилактика с предвидими резултати;
- липса на клинично време;
- неотделянето от страна на здравната каса на средства за профилактика на кариеса при възрастния пациент;
- социално-финансовия статус на населението;
- фокусирането на колегите в „по-сериозни проблеми“, свързани с по-добро краткосрочно финансово облагодетелстване;
- контингент, който е предимно във фазата на нужда от третична профилактика – протетична рехабилитация;
- контингент, имащ финансова възможност за решения на единични проблеми, „на парче“ в устната кухина, свързани с най-голям дискомфорт;
- непревантивен приоритет на практиката – протетична и хирургична насоченост;
- непознаване възможностите на превенцията;
- подценяване на етиологичните причини за зъбен кариес;
- несигурност и недоверие към съществуващите методи за превенция.

Данни относно най-познатата и най-предпочитана форма на профилактика на кариеса на възрастния пациент се съдържат в отговорите на въпрос №№ 7 и 8. Не е изненадващо, че 80-82,5% познават най-добре (въпрос №7) и препоръчват на пациентите (въпрос №8) метода на клинична орална хигиена (КОХ).

Табл. 5. Разпределение на отговорите на въпрос № 7 и 8

Метод за кариес - профилактика на възрастния пациент	Брой n (%)
Ендогенна флуорна профилактика	2 (1,7%)
Екзогенна флуорна профилактика	25 (20,9%)
Механично отстраняване на плаката	99 (82,5%)
Химично повлияване на плаката посредством разтвори	97 (80%)
Всички изброени	6 (5%)

Що се отнася до включваните подходи при изготвянето на профилактични програми, съвсем логично отново КОХ - механична и химична, и в комбинация с екзогенна флуорна профилактика - са използвани от 67% от отговарящите положително на въпрос №6. Отдръпването от ендогенната флуорна профилактика проличава в липсата на потвърдителни отговори, които да касаят нетопикалното прилагане на флуориди.

Ако трябва да се избере и посочи едно профилактично клинично мероприятие, най-често осъществявано в условията на практиката им, 22% от анкетиранияте отговарят „профилактичен преглед“. Condition sine qua non, безспорно, всичко започва от прегледа както при лечението, така и при профилактиката, но както при лечението, така и при профилактиката не би трябвало да свърши там, тъй като ще се получи единствено констатация за даден феномен. Няма да има реално осъществяване на профилактични грижи.

Най-масовото мероприятие е провеждането на КОХ. От една страна КОХ е дейност, която според нас отнема поне 45 минути, а понякога може да продължи и час. От друга страна ефектът от КОХ, без мотивация и инструкция на пациента относно ежедневната му лична профилактична грижа, не би бил дългосрочен. А както бе подчертано, такъв отговор не се намира в нито един от отворените въпроси №№ 5, 7, 8 и 10, където е логично да се появи. От 120 анкетирани никой не декларира, че обучението и мотивацията на пациента са част от профилактиката.

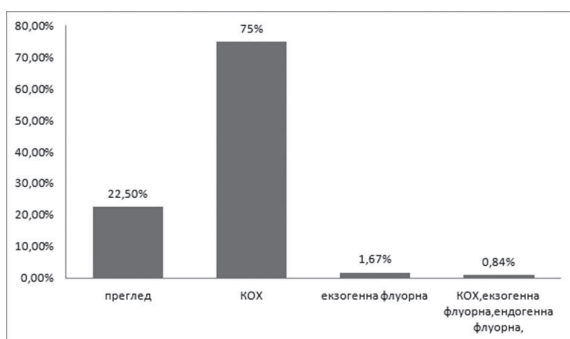


Фиг. 4. Разпределение на отговорите на въпрос № 7 и 8. КОХ- клинична орална хигиена, ФП- Флуорна профилактика, ЕЗФП- екзогенна флуорна профилактика

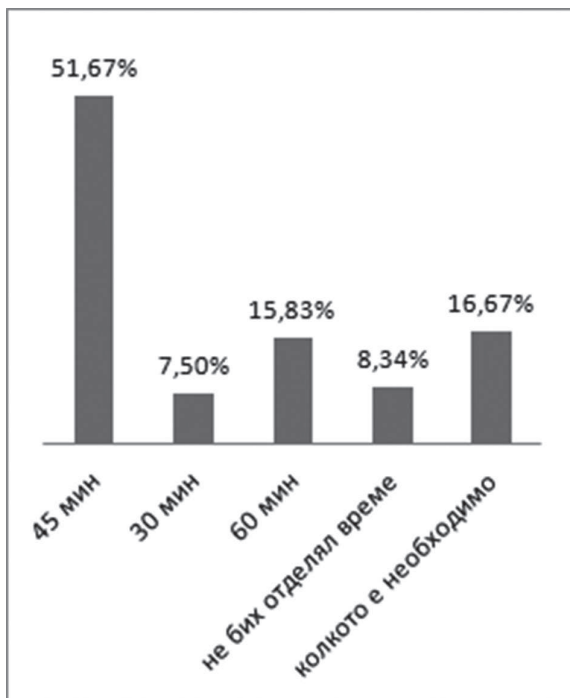
Разпределението на отговорите на въпрос №10 са систематизирани на Фиг. 5.

От разпределението на отговорите на въпрос №11 личи, че най-висок процент колеги биха отделяли 45 минути за профилактика, и считаме, че действително практиката показва като най-разумното отделяне на време на пациент между 40-50 минути.

Що се касае за статистическата закономерност, която си поставихме за цел да изследваме,



Фиг. 5. Разпределение на отговорите на въпрос № 9



Фиг. 6. Разпределение на отговорите на въпрос № 11

установихме, че има закономерност между фактора трудност при БДЛ и очаквана продължителност от 45 мин. или „колкото е необходимо“. Както и липса на трудност и изключването на „колкото е необходимо“ (3/11).



Фиг. 7. Статистически значима връзка между отговорите на въпрос № 3 и тези на въпрос № 11

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Направената анкета показва потребността от профилактика както на ниво пациент, така и на ниво лекар. Съществува сериозно negliжиране на основен компонент от кариесната профилактика на възрастните - съставянето на индивидуална профилактична програма. Налице е предпочитание към метода на клинична орална хигиена и химична инхибиция на биофилма при провеждането на кариесна профилактика. Няма посочени иновативни подходи и методи при превенцията и лечението както на БДЛ, така и сред профилактичните мероприятия за предпазване от първичен и вторичен кариес. Времето, което колегите биха отделяли за профилактика сред по-големия процент анкетирани, е около 45 минути на пациент.

Приложение 1

АНКЕТНА КАРТА ЗА ЧЕСТОТАТА И МЕТОДИТЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА КАРИЕСНА ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ВЪЗРАСТНИТЕ ПАЦИЕНТИ В ДЕНТАЛНИ КАБИНЕТИ - ГР. ВАРНА

- Какъв е броят на пациентите, които Ви посещават средно месечно с желание за профилактичен преглед, без конкретни оплаквания?
 - 0-5
 - 5-10
 - 10-15
 - повече от 15
 - не мога да преценя
- Как бихте определили интереса на пациентите Ви към новости в областта на предпазването от кариес?
 - умерен
 - често задават подобни въпроси
 - почти не получавам подобни въпроси
 - не съм обръщал внимание
 - не мога да преценя
- Затруднявате ли се при диагностиката и лечението на лица с множество бели деминерализационни лезии по гладките повърхности?
 - да
 - не
- Имате ли предпочитан клиничен алгоритъм за третирането им? Ако да, моля посочете го.
 - да
 - не
- Какво препоръчвате на пациентите като част от домашните грижи при справянето с белите деминерализационни петна?

.....

6. Изготвяте ли индивидуални профилактични програми на пациенти с висок риск за развитие на кариес?

а/ 2-3 за изминалата година

б/ до 10 годишно

в/ да, това е приоритет на практиката ми

г/ рядко, но не мога да посоча конкретен брой

д/ никога не съм изготвял подобна програма

7. Кой метод за профилактика на кариеса на възрастния пациент Ви е най-познат и предпочитан?

а/ ендегенна флуорна профилактика

б/ екзогенна флуорна профилактика

в/ методи и средства за механично отстраняване на плаката като цяло (средства за орална хигиена)

г/ изплакване с антисептични разтвори с активни вещества от типа на хлорхексидин, цетилпиридин хлорид и др.

д/ всички изброени

8. Кой/и от методите препоръчвате на пациентите?

.....

9. Кои от изброените методи сте включвали в програма за индивидуална профилактика?

.....

10. Кое профилактично мероприятие провеждате най-често в условията на денталната ви практика?

.....

11. Колко клинично време ви се струва удачно за провеждане на профилактични мероприятия и обучение на пациент:

а/ 45 мин б/ 30 мин в/ 60 мин

г/ не бих отделял време за профилактика

д/ колкото е необходимо

Възраст на анкетирания:

Година на завършване:

Придобита специалност по:

ЛИТЕРАТУРА

1. Димитрова, С. Вторичен кариес. Анализ на рискови фактори и нови възможности за профилактика (лабораторни и клинични изследвания). Дисертационен труд, Пловдив, 2014.
2. Aas J, Griffen AL, Dardis SR, Lee AM, Olsen I et al. Bacteria of dental caries in primary and permanent teeth in children and young adults. J Clin Microbiol. 2008 Apr; 46(4):1407-17.
3. Autio-Gold J. The role of chlorhexidine in caries prevention. Oper Dent. 2008 Nov-Dec; 33(6):710-6.
4. Caufield P, Li Y, Dasanayake A. Dental caries: an infectious and transmissible disease. Compend Contin Educ Dent. 2005 May; 26(5 Suppl 1):10-6.
5. Featherstone JD. The continuum of dental caries--evidence for a dynamic disease process. J Dent Res. 2004; 83 Spec No C:C39-42.
6. Featherstone JD. The caries balance: the basis for caries management by risk assessment. Oral Health Prev Dent. 2004;2 Suppl 1:259-64
7. Mandel ID. Caries prevention: current strategies, new directions. J Am Dent Assoc. 1996 Oct; 127(10):1477-88.

Адрес за кореспонденция:

Мая Дойчинова

Катедра "Консервативно зъболечение и орална патология", Факултет по дентална медицина

Варна, ул. Одрин 17

e-mail: drmd@abv.bg