

**ҚОЖААХМЕТЯСАУИАТЫНДАҒЫХАЛЫҚАРАЛЫҚҚАЗАҚ-
ТҮРІКУНИВЕРСИТЕТІ**

**ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ
МАГИСТРАТУРА**

6M050700-Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент

**МАГИСТРЛІК ЖОБА
Мектеп жасындағы балалардың
ауыз қуысы ауруларын емдеу тиімділігін бағалау**

Орындаушы _____ Мухамбетов М.А. " ____ " _____ 2019 ж.
/қолы / /Т.А.Ә./

Ғылыми жетекші доктор-PhD _____ Ботабаева Р.Е.
/регалии/ /қолы //Т.А.Ә./

" ____ " _____ 2019 ж.

Түркістан 2019

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	3
АНЫҚТАМАЛАР	4
БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР	7
КІРІСПЕ	8
1-ТАРАУ. ӘРТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ АҚПАРАТТЫ ҚАБЫЛДАУЫНЫҢ ПСИХОЭМОЦИОНАЛДЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.	13
1.1. Кіші мектеп жасындағы кезең	13
1.2. Орта мектеп жасындағы кезең (жасөспірімдер кезеңі)	18
1.3. Ересек мектеп жасындағы кезең (ерте жастық)	20
2 – ТАРАУ ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ.	14
3- ТАРАУ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ	26
ҚОРЫТЫНДЫЛАР	37
ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР	41
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	44
ҚОСЫМША 1	57
ҚОСЫМША 2	60
ҚОСЫМША 3	63

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы диссертацияда келесі нормативтік құжаттар мен стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

Қазақстан Республикасының 23 маусым 2015 жылы № 440 «Инфекциялық және паразиттік, кәсіптік аурулар мен улану жағдайларын тексеру қағидалары» туралы заңы.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 – 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы №1113.

МС 7.32-2001– (мемлекетаралық стандарт) ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп. Рәсімдеу ережесі және құрылымы № 1113.

МС 15.101-98 – (мемлекетаралық стандарт) Өндіріске өнімді әзірлеу және қою жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмыстарын орындау тәртібі.

МС 7.1-2003. Бойынша стандарттар жүйесі ақпарат , кітапхана және баспа ісі. Библиографиялық жазба. Библиографиялық сипаттама. Жалпы талаптар және құрастыру ережелері.

МС 7.9-95 (ИСО 214-76) ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Реферат және аннотация. Жалпы талаптар.

МС 7.12-93 – Кітапханалық баспа ісі, ақпарат бойынша стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазба. Орыс тіліндегі сөздерді қысқарту. Жалпы талаптар мен ережелер.

МС 7.54-88 – Ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-техникалық құжаттарда заттар мен материалдардың қасиеттері туралы сандық деректерді ұсыну. Жалпы талаптар.

МС 8.417-2002 – Өлшем бірлігін қамтамасыз етудің мемлекеттік жүйесі. Өлшем бірліктері.

АНЫҚТАМАЛАР

Кариодық зақымдану- бұл тістің шіруі. Алайда, аурудың пайда болу механизмі бір қарағанда қарапайым емес. Ауыз қуысындағы тістер жағымсыз әсерлерге бейім. Бұл ауыз қуысы арқылы күн сайын үлкен мөлшерде тамақ өтеді. Бұдан басқа, ауыз қуысы, тістердің өздері де өте күрделі геометриялық пішін мен құрылымы бар. Тістің бетінде, олардың арасында, тістер мен қызыл иектер арасындағы тереңдікте, сондай-ақ ауыз қуысында қалған тамақ бөліктерін және ең алдымен, көмірсуларды "бөліп" алмайтын түрлі ауру тудыратын бактерияларды таба алатын көптеген орындар бар. Бұл бактериялар мен тамақтың бөліктері сарғыш ұшаны құрайды, ол кейде тістің бетінде көруге болады.

Streptococcus Mutans - грамон, факультативті анаэробты бактериялардың түрі стрептококкоктар түріндегі, әдетте адамның ауыз қуысында анықталатын, кариестің пайда болуына елеулі үлес қосады. Микроорганизм бастапқыда болды сипатталған Д. К. Клэрком 1924 жылы. Бактерия ата-аналардан балаға, сондай-ақ бір баладан екіншісіне тұрмыстық байланыстар арқылы берілуі мүмкін (ыдыс, ішуге арналған сабан және т.б.).

Аминофторид – бұл тіс эмалын нығайтатын фтордың органикалық қосылысы, оның бетінде тұрақты қорғаныс пленкасын жасайды. Аминофторидтен басқа, тіс пасталары мен гельдердің құрамына кальций фториді мен натрий фториді кіреді. Олар сондай-ақ күшейтетін қасиеттерге ие, бірақ әр түрлі әрекет жылдамдығы бар.

Фторид (Fluoride) -бұл фтордың ионы. Фтор бар барлық органикалық және органикалық емес қосылыстарды фторидтер деп аталады.

Тәуекел факторы-мінез-құлықтың немесе өмір салтының аспектісі, орта жағдайларындағы экспозиция немесе эпидемиологиялық деректерден белгілі болғандай, алдын алу маңызды деп саналатын денсаулыққа қатысты жағдайға байланысты туа біткен немесе мұра болған ерекшелік.

ТФ термині келесі мәндердің кез келгенінде өте еркінқолданылады: Ауру

сияқты нақты нәтиженің жоғары ықтималдығына байланысты белгі немесе экспозиция. Міндетті емес себеп факторы. Тәуекел маркері.

Аурудың немесе өзге нақты нәтиженің ықтималдығын арттыратын белгі немесе экспозиция. Детерминанта Араласумен өзгеруі мүмкін Детерминант, осылайша, аурудың пайда болу ықтималдығын немесе басқа да нақты нәтижелерді төмендетеді.

Эпидемиология-белгілі бір популяцияларда денсаулыққа (адам) жататын жай-күйлердің немесе оқиғалардың таралуы және олардың детерминанттары туралы ғылым, сондай-ақ осы зерттеулерді денсаулық проблемаларын бақылауда қолдану.

Ауру - 1000 тұрғынға есептелген белгілі бір мерзімде (жыл) туындаған инсульттің жаңа жағдайларының саны.

Өлім - 1000 тұрғынға есептелген өлім-жітім (бір жыл ішінде) аяқталған инсульт жағдайларының саны.

Өлім-аурудың барлық тіркелген жағдайларына қатысты инсульттің өлім жағдайларының үлесі (пайызбен)

Когорттық зерттеу-бұл бөлінген адамдар тобы (когорт) кейбір уақыт бойы бақылайтын обсервациялық зерттеу. Осы когорттың әр түрлі топшаларында сыналушылардың нәтижелері, кім зерттелетін препаратпен емдеуге ұшырағанда немесе ұшырамағанда (немесе әртүрлі дәрежеде ұшырағанда) салыстырылады.

Нандомизацияланған сынақ-топқа қатысушыларды бөлу кездейсоқ тәртіппен емес, зерттеушінің еркі бойынша немесе алдын ала белгіленген жоспар бойынша жүргізілетін зерттеу.

Статистикалық мәнділік-нөлдік гипотезаның тәуелсіз және тәуелді айнымалылары арасындағы ассоциацияның байқалатын немесе жоғары дәрежесіндегі ықтималдығын бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық әдістер. Статистикалық маңыздылықтың қол жеткізілген деңгейін көбінесе 0,005 немесе 0,01-ге тең, статистикалық маңыздылықтың априорлы берілетін

сыни деңгейінен ажырату қажет. Әдетте статистикалық мәнділік деңгейі p -шасымен көрінеді.

Сенімді интервал (СИ) - популяциядағы параметрдің шынайы мәні қандай шектерде болуы мүмкін екенін бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық көрсеткіш: шынайы мәндердің тербелу диапазоны. 95% - ы сенімді интервал 95% ықтималдығы бар шынайы мән оның шегінде екенін білдіреді. Сенімді интервал шамасы деректерді дәлелдеу дәрежесін сипаттайды, ал p шамасы нөлдік гипотезаның қате ауытқу ықтималдығын көрсетеді.

СТ (салыстырмалы тәуекел) - белгілі бір әсерге ұшыраған және ұшырамаған тұлғалар арасындағы зерттелетін нәтиже жиілігінің қатынасы. ОР абсолюттік тәуекелдің (сырқаттанушылықтың) шамасы туралы ақпарат алмайды. СТ әсер ету мен ауру арасындағы байланыс күшін көрсетеді.

Оңалту-мүгедек болып табылатын науқасқа кемістікті еңсеруге, оны өзіне-өзі қызмет көрсетуге және аурудың салдарынан туындаған жаңа жағдайларда еңбек қызметіне бейімдеуге бағытталған іс-шаралар жүйесі.

Транскраниальды магниттік стимуляция (ТМС) – қысқа магниттік импульстер арқылы ми қыртысын инвазивті емес ынталандыруға мүмкіндік беретін әдіс.

Нәтиже – зерттеушінің қызығушылығының объектісі болып табылатын клиникалық маңызды құбылыс, зертханалық көрсеткіш немесе белгі. Клиникалық сынақтарды жүргізу кезінде нәтижелер емдік немесе профилактикалық әсердің тиімділігін бағалау критерийлері болып табылады.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

КОЕ / мл	- колониялар құраушы бірлік / мл
ГИ (АҚ)	- гигиена индексі (ауыз қуысы)
кпа (т)	- сүт тістері жегісінің қарқындылық индексі, "к" - кариоздық, "п" -пломбыланған, "а" - алынған тістердің санымен сипатталатын
кпа (б)	- сүт тістерінің түрлі беттеріндегі тіс жегісінің қарқындылық индексі
МК	- Микрокристаллизациясы (сілекейдің)
ДДСҰ	- дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
НГИ	- нақтылаушы гигиена индексі
ҒЗЖ	- ғылыми-зерттеу жұмысы
AmF	- Аминофторид
Ca	- Candida albicans
ЕЕС	- Early Childhood Caries (ертебалаларкариесі)
F	- Фтор-ион
ICDAS	- кариесті анықтау және бағалаудың халықаралық жүйесі
LB	- Lactobacilli (лактобациллалар)
M	- орташа арифметикалық
m	- Стандартты ауытқу
RR	- RR-салыстырмалы тәуекел
SM	- Streptococcus Mutans (стрептококк мутанс)
SMs	- Streptococcus Mutans salivary (сілекейдегі стрептококк мутанс)
SMp	- Streptococcus Mutans plaque (тіс ұшасындағы)
СИ	- сенімділік интервалы
ТО	- Түркістан облысы

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі.

Ерте жастағы балалардың тіс жегісі әлемнің барлық елдерінде маңызды мәселе болып табылады, бұлаурудың ауырлығы мен жиілігінің ұлғаюына байланысты (Куомджиди Н. - Алматы: "Мектеп" баспасы, 2007. , 2010; Л. П. Кисельникова. авт., 2011; Кузьмина Э. М., 2011; Шаковец Н. В. в., 2011; Dye B. A., 2007; Nunn M. E.авт.- Алматы: "Мектеп" Баспасы, 2009; El-Yazeed A. M., 2011; Kawashita у., 2011; Dawani N.және соавт., 2012). Жеңілуді бағалау үшін тістері кариеспен дәстүрлі түрде ДДҰ критерийлері қолданылады тістері немесе кариозды қуыстары, пломбалары, сондай-ақ тісжегінің салдарынан алынған тістері тіркеледі. Тістің кариеспен зақымдануын бағалау үшін жаңа өлшемдер (ICDAS, ICDAS II) тек кариозды қуыстар мен пломбалар ғана емес, тістің қатты тіндерінің бастапқы зақымдануларын да ескереді, алайда оларды қолдану ерте жастағы балалар жеткіліксіз зерттелген (Braga M. және соавт., 2010; Altarakemah Y.және соавт., 2012).

Ерте жастағы тіс жегісінің даму қаупінің факторлары сәбилерді құрамында қант бар өнімдер мен сусындармен жиі түнгі "шөлмекті" азықтандыру, негізгі тағамдардың арасында тәтті тағамдарды жиі қолдану, тағамның болмауы, әлеуметтік-экономикалық мәселелері болып табылады (Хамадеева А. М. және соавт., 2008; Л. П. Кисельникова.авт. 2009; Martens L., 2006; Schroth R. J., 2008; Tang, 2009; Seow W. K. және соавт., 2009). Жиын арасында тіс жегісінің дамуына ықпал ететін факторлар жетекші рөлді тіс клеткасының кариесогенді микрофлорасы атқарады: Streptococcus mutans, - Алматы: "Мектеп" баспасы, 2007. 2006; Jeevarathan J.авт., 2007; Nishikawara F.және соавт., 2007; Ge у. және соавт., 2008; Walsh L. J., Tsang A. K., 2008).

Тіске кариесогенді микрофлораның патогенді әсері ауыз қуысының Мұқият тұрақты гигиенасын азайту, сондықтан қазіргі заманғы стоматология ата-аналар бастау ұсынадыалғашқы тістің пайда болған сәтінен бастап балаларға тістерді тазалау (Кузьмина Э. М., 2003; Chu S., 2006). Бүгінгі күні өнім нарығы балаларға арналған ауыз қуысы гигиенасының құралдары үлкен, ол майлықтарды камтиды ксилитпен, құрамында фторидтер, ксилит, ферменттер бар тіс пасталары, гигиеналық тіс пасталары (Денякина Е. К., Саркисян Г. А., 2008; Матело С. Қ., 2008; Ammagi A. B. авт., 2003).Однако туралы мәліметтер стоматологтардың ұсыныстарын орындауға ата-аналардың бейімділігі және ауыз қуысы гигиенасының әр түрлі құралдарын қолдану жиілігі туралы ерте жастағы балаларда жоқ.

Фторидтерді қолдану кезінде балаларда ауыз сұйықтығының минералды құрамы мен сутектік көрсеткішінің өзгеруі туралы деректер бар (Шаковец Н. В. және соавт.) Алайда ауыз қуысы гигиенасының түрлі құралдарын қолдану кезінде тиісті мәліметтер жоқ. Ауыз қуысы гигиенасының әр түрлі құралдарын қолданатын балаларда ауыз қуысы гигиенасының құрамы мен қасиеттерінің өзгеруі зерттелмеген, ерте жастағы балаларда тіс жегісінің алдын алуда ауыз қуысы гигиенасының әр түрлі құралдарының салыстырмалы тиімділігі зерттелмеген. Осыған байланысты біз осы зерттеу жүргіздік, ерте жастағы балалардың проблемаларын терең зерттеуге бағытталған және ауыз қуысы гигиенасының тиімді құралдарын анықтау ерте жастағы балалар.

Зерттеу мақсаты: ерте жастағы балалардың тіс жегінің алдын алу тиімділігін арттыру үшін ауыз қуысы гигиенасының құралдарын таңдауды оңтайландыру.

Зерттеудің мақсаты келесі міндеттерді шешуде іске асырылады:

1. Тіс жегісінің зақымдануын және гигиена жағдайын зерттеу алғашқы рет дәрігер-стоматологқа жүгінген ерте жастағы балалардағы ауыз қуысы.
2. Ата-аналардың санитарлық мәдениетінің деңгейін және ерте жастағы балалардың тістерін гигиеналық күтудің ерекшеліктерін анықтау.
3. Ерте жастағы балалардағы мүйіз сұйықтығының микрокристалдануын, буферлік сыйымдылығын және қышқылдығын анықтау ауыз қуысы гигиенасының әртүрлі құралдарын қолдану.
4. Карисогенді ауыз микрофлорасының отарлануын бағалау сұйық (Str . Mutans, Lactobacilli, Candida albicans) және тіс (Str. (Mutans) ерте жастағы балаларда ауыз қуысы гигиенасының әртүрлі құралдарын қолдану басталғанға дейін және кейін.
5. Ауызқуысының гигиеналық жағдайын, зақымдануын зерттеу және ерте жастағы балаларда тіс жегісінің даму қаупі ауыз қуысы гигиенасының әртүрлі құралдарын қолдануға тәуелділік.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы.

Алғаш рет тістерді гигиеналық күтуге байланысты ерте жастағы балалардың ауыз қуысының карисогенді жағдайына кешенді зерттеу жүргізілді.

Ерте жастағы балаларда алғаш рет гигиеналық ауыз қуысына күтім жасау: - ICDAS II жүйесі қолданылды және тіс жегісі мен беттерін жұқтырған тіс жегісі, окшаулау динамикасы туралы жаңа мәліметтер алынды түрлі дәрежедегі кариозды зақымданулар;

- түрлі әдістер мен құралдарды қолдану жиілігі анықталды ауыз қуысына гигиеналық күтім жасау, гигиена индексі мен оның бағалау критерийлері ұсынылған, әртүрлі ауыз қуысының гигиеналық жағдайына Гигиена құралдары;

- тістерді күтудің тәсілінің сілекейдің минералдандырушы әлеуетіне, буферлік сыйымдылыққа және мүйіз сұйықтығының қышқылдығына,

ауызсұйықтығының кариесогенді бактерияларымен колонизацияға (Str. Mutans, Lactobacilli, Candida albicans) және тісұшады. Mutans) жүргізілді, интегралдық рейтингтік тіс пастасының тиімділігін бағалау;

- 12-23

ай жастағы балаларда тіс жегінің дамуының салыстырмалы қауіпін анықталды. мүйізсұйықтығының көрсеткіштері және ауызсұйықтығымен тіс ұшқышындағы кариесогенді бактериялардың деңгейлері бойынша;

-

ерте жастағы балаларда тіс жегісінің алдына лудатүрлі тіс пасталарының тиімділігі анықталды;

ерте жастағы балаларда тіс жегісімен зақымдалған және даму қауіпінң елеулі төмендеуіне фторидті тіс пастасын ($RR = 0,23$) пайдалану көмектеседі, тістерді жүйелі гигиеналық күтімге қарағанда ($RR = 0,77$).

Қорғауға шығарылатын нережелер:

- Тістің қатты тіндерімен тістері кариеспен зақымдануының сипаттамасы;

ауызқуысы гигиенасының әртүрлі құралдарын қолдануға байланысты ерте жастағы балалардағы ауызқуысы гигиенасының жағдайы.

- Кариесогенді жағдай көрсеткіштерінің серпіні (микрoкристаллизация, ауызсұйықтығының қышқылдығы және буферлік сыйымдылығы; деңгейлер

тістерді гигиеналық күтім болмаған кезде және енгізілгеннен кейін 12-23 ай жастағы балалардың ауызқуысында тіс жегісін өсіретін микрофлорамен ауызсұйықтығын отарлау).

-

Тіс жегісінің алдына луд және ерте жастағы балалардың даму қауіпін төмендету де түрлі тіс пасталарының тиімділігі.

Жұмыстың теориялық және практикалық маңыздылығы.

Жұмыстың теориялық маңыздылығы зерттеу нәтижелері мен анықталады ерте жастағы балаларда тіс жегісінің даму динамикасына анықтау мен ауызқуысы гигиенасының құралдары. Жоғары практикалық маңыздылығы ерте жастағы балаларда дәлірек колдану туралы деректер бартістер мен беттердің кариоздық ақымдануының ауырлығын бағалау критерийлері (ICDAS II жүйесі), ауызқуыстың гигиеналық жағдайын бағалау ауыз (гигиена индексі), құралдардың тиімділігі туралы деректер әртүрлі белсенді компоненттер мен ауызқуысының гигиенасы.

Балалар стоматологтарының практикалық қызметі үшін маңызды автор дәлелденген экспресс-диагностикатестілерін пайдалану мүмкіндігі (қышқылдығы, буферлік сыйымдылық, микрокристаллизация ауыз сұйықтығын отарлау. Mutans, Lactobacilli, Candida albicans, Str тісті отарлау. Mutans) тіс жегісінің даму қаупіне анықтау және ерте жастағы балалардың тіс жегісінің алдын алу тиімділігін бағалау мақсатында.

Ізденушінің жеке үлесі.

Жұмыста қолданылған барлық деректер ізденушінің жеке қатысуы мен алынған ғылыми зерттеу кезеңдері. Автор балаларға бақылау динамикасында стоматологиялық тексеру, контентталдау, ата-аналармен сұхбат жүргізу, Клиникалық-зертханалық зерттеулер, статистикалық өңдеу және алынған мәліметтерді талдау, тәуекелді бағалау жүргізді тіс жегісін дамыту және ауызқуысы гигиенасы тіс жегісінің алдына алу.

1-ТАРАУ. ӘРТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ АҚПАРАТТЫ ҚАБЫЛДАУЫНЫҢ ПСИХОЭМОЦИОНАЛДЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.

Адамның өсуі мен өсуі процесінде қоршаған шындықты қабылдау және алынған білімді талдау түбегейлі өзгереді. Қозғалыс функциялары мен қоршаған орта жағдайларына бейімделуі қалыптасады және кемелдікке жеткізіледі, даралық қалыптасады. Бірақ балаларда мұның бәрі баяу жүреді. Хронологиялық және психологиялық жастың сәйкес келмеуі мүмкін. Баланың дамуы жеке және көп жағдайда психофизикалық, Әлеуметтік және тұрмыстық жағдайларға байланысты болады. Баланың жас ерекшелік психологиялық сипаттамалары балалардың ауыз қуысы гигиенасына оқыту стратегиясын әзірлеу процесін айтарлықтай жақсартып, жеңілдетуі мүмкін.

1.1. Кіші мектеп жасындағы кезең

6-7 жастан бастап кіші мектеп жасындағы кезең басталады, ол қыздарда 11 жасқа дейін созылады, ал ұлдарда 13 жасқа дейін; дәл осы кезеңде оқу біліктілігінің негізі қаланады.

Кіші мектеп жасындағы кезеңге қарай мидың үлкен жарты шары қабығының алдыңғы бөлігі пісіп-жетілуде, бұл қозғалыс пен сөйлеуді үйлестірудің дамуына, жағдайды талдауға ықпал етеді. Бала өзін жеке тұлға ретінде қабылдай бастайды, өз іс-әрекетіне мән бере бастайды. Бұл кезеңде мектепке дайындық жүргізіледі, бұл бала өміріндегі кезең болып

табылады, өйткені білім алуға үйрену керек. Әлеуметтік жауапкершілік сезімі қалыптасады.

Танымдық қажеттілік және мотивация баланың жас ерекшеліктеріне байланысты. Бұл ескертуді дәлдеп ауыстыру қажет Леонтьева, Л. И. Божович және т.б., жасы жетілу сатысы ретінде емес, баланың іс-әрекетінің сипатын және оның осы жастағы қоршаған адамдармен өзара іс-қимыл жасау жүйесін анықтайды. [Львова С. В. оқушылардың танымдық қажеттіліктерін дамыту және оқу уәждемесінің жас ерекшеліктері / С. В. Львова // жүйелі психология және әлеуметтану-2014. - 79-85 Б.]

Осы сатыға мыналар тән:

* Баланың материалдық, коммуникативтік, эмоциялық қажеттіліктерін қанағаттандыруда Отбасы негізгі рөл атқарады;

* Мектеп баланың әлеуметтік-танымдық қызығушылықтарын қалыптастыру мен дамытуда шешуші мәнге ие • ;

* Ортаның теріс әсеріне қарсы тұрудағы басты қорғаныс функциясын отбасы мен мектеп атқарады.

Көрнекі-бейнелі ойлау 6-8 жастағы баланың ойлау әрекетінің жетекші түрі болып табылады [Берулава Г. А. интегративті ойлаудың психологиялық ерекшеліктері //ойлау психологиясының Совсерементті мәселелері: сбор.ғ. к.тр. БиГПИ НИЦ.Бийск, 1994. - 13-20с.].

Бастауыш сынып оқушыларының негізгі мәселелері:

1. Әлеуметтік мәртебенің ауысуы: мектеп жасына дейінгі баланың мектепте қалыптасуы.

Бұл ретте қарама – қарсы екі шаманың қосылуы пайда болады: бір жағынан таңдау еркіндігі, екінші жағынан-оқушының мінез-құлқының

белгілі бір шеңбері. Әрбір бала осы өзгерістерді тыныш қабылдай алмайды, көпшілігінде бұл ауыр.

2. Қызметтегі психологиялық қайта құру.

Ерте жастағы балалардың танымдық функциясы ойын арқылы жүзеге асырылды, енді оның орнына баланың танымдық қызығушылықтары мен адамгершілік түсініктерін дамытуға түрткі болатын ілім келеді. Бұл қайта құру " бірнеше кезеңдері бар:

- * мектеп өмірінің жаңа жағдайларына алғашқы кіру;

- * оқу процесіне және балалар мен ересек ұжымның қарым-қатынасының жаңа жүйесіне кіру;

- * мектеп өмірінің нормалары мен ережелеріне қарым-қатынастың бастапқы формаларының пайда болуы" [Белкин А. С. жас ерекшелік педагогикасы негіздері: оқу. пособие для студ. жоғ. пед. оқу, орындары. — М.: "Академия" баспа орталығы, 2000. - 192 б.].

1-2 жастағы оқушылар үшін баланың ата-аналарына, басқа балалар мен қоршаған ортаға деген көзқарасын қалыптастыруда мұғалім басты рөл атқарады. Оның бағалаулары, пайымдаулары түсініксіз шындық ретінде қабылданады. Бұл ретте мұғалімге деген қарым - қатынас екі нұсқада қалыптасуы мүмкін: 1) мұғалім әділ, мейірімді, мұқият адам (адам басы); 2) мұғалім-көп білетін, талапшыл, көтермелеу және жазалай білуге, ұжымның өмірі мен қызметінің жалпы атмосферасын жасай білуге (педагогикалық, "мұғалім" басы) тиіс адам.

Осы жаста кіші оқушылар арасында қоғамдық топтар мен компаниялар құрылады. Бұл үдерісте мұғалімнің беделінің рөлі зор, ол "көңіл-күй", оларға мұғалімдер беретін бағалар арқылы оқушылардың бір-біріне деген қарым-қатынасы мұндай жағдайды елемеуге тура келді, онда оның орнына ұғыну кезеңі келеді.

4-5 сынып аралығында оқушылардың сүйікті заттарын таңдау, тапсырмаларды орындау қажеттілігі, бірақ тек интуитивті болжамдар деңгейінде ғана дамиды.

Кіші оқушының өсіп-жетілуі мен қалыптасуына қарай біртіндеп ұғыну сатысы оқытушыға қатысы жоқ, жеке мүдделердің басымдығымен, оның затпен әуестенуімен сипатталатын мағыналы таңдау сатысына өтеді. Бұл позиция әлі де "ұнамайды-ұнамайды".

Кіші оқушылармен жұмыс жасаудағы жетекші педагогикалық идея-оларда жалпыадамзаттық құндылықтар базисінде құрылған алғашқы балалар нанымын қалыптастыру, оқу қызметінде табыс жағдайын жасау.

Тиісінше, педагогикалық қызметтің негізгі бағыттары мен технологиялары:

1. Бастауыш сынып оқушыларының әлеуметтік маңызды наным-сенімдерінің жемісі болып табылатын бастауыш балалар наным-сенімдерін қалыптастыру.

НДУ – ды қалыптастырудың басты шарты-жеке тұлғаның ерекшеліктерін есепке алуды қарастыратын жеке көзқарастың басым болуы. Тұлғалық көзқарас жеке тұлғаның ерекшеліктерін дамытуды, оларды жаңғыртуды, педагогикалық қайта құруды білдіреді, оған:

- a) Көзделу оң сапасы мен оптимистичная вера олардың дамуы;
- b) қоғам оқушы ретінде ғана емес, социумның толыққанды қатысушысы ретінде танылуы;
- c) Іске асыру қажеттілігін, баланың назарында ретінде отбасы және мектеп;
- d) Мойындау, оған құқық құрметпен, мәдени қарым-қатынасы ересектер тарапынан;

е) оқушылардың жасы мен мүмкіндігін ескере отырып, педагогтармен ынтымақтастық принципін жүзеге асыру.

2. Қоғамдық қарым-қатынасты дамыту және мұғалім рөлінің авторитарлығының дамуының алдын алу (төртінші-бесінші сынып синдромы").

3. Мораль тұтастығы, мінез-құлықтың адамгершілік нормаларының бірлігі туралы бастапқы түсініктерді қалыптастыру.

Бастауыш сынып оқушылары (әсіресе, 1-2 жыл Оқу) осы жас тобы үшін ең беделді тұлға ретінде, мұғалім оны жетелейтін нормалар мен қағидаттарға жоғары сенімділігімен ерекшеленеді.

3-4 сынып аралығында оқушылар өз іс-әрекеттерін (өз және айналасындағыларды) бағалау критерийлері дамиды, осы кезеңде мұғалімнің беделі күрделі болады.

4. Оқу қызметінде жетістік жағдайын жасау.

"Табыс" және "СУ" ұғымдарын ажырату қажет, өйткені мұғалімнің міндеті оқушы өзі қалаған адамға қол жеткізе алады, жетістіктің қуанышын бастан кешіреді, өзіне сенеді. Жетістіктер тізбегі Жеке тұлғаның одан әрі дамуының "іске қосу тетігі" болуы мүмкін. Осының негізінде қызметтің күшті себептері қалыптасып, өзін-өзі бағалау, өзін-өзі құрметтеу деңгейі өзгеруі мүмкін.

Табысқа екі өзара байланысты жақтар ие: жеке қуаныш уайымдау (үлкен оқушыларға тән) және нақты индивидуумның жетістіктерін ұжымдық бағалау, ұжымның осы адамның жетістігіне қатынасы (ерте мектеп жасына тән). Осылайша, мұғалімнің рөлі оқушының табысқа жету жағдайларын генерациялау арқылы жаңа білім алуға оң уәждемесін, сондай-ақ (осы табысқа жеткен кезде) баланың жетістіктерін бастан кешіріп, ұжымды тарту болып табылады.

Әр түрлі жас кезеңдерінде оқушы мен мұғалімнің өзара іс-қимылы әртүрлі, атап айтқанда, кіші мектеп жасына үлкендерге (ата – аналар, мұғалім) шешуші рөл тиесілі кезде тәлімгерлік тән; кіші мектеп, кіші жасөспірімдер кезеңі үшін – серіктестік; кіші және аға жасөспірімдер үшін – ынтымақтастық (табыс ересектер мен оқушылар тарапынан бірдей күш-жігермен қамтамасыз етіледі); ынтымақтастық-үлкен балалық шақ кезеңі.

Ерте мектеп жасындағы көрнекі қабылдау және ойын мотивтері негізгі рөл атқаратынын ұмытпаңыз. Тиісінше, гигиена дағдыларын табысты қалыптастыру және бекіту үшін әртүрлі сюжеттік суреттер мен символдарды пайдалана отырып, сөздік және көрнекі әдістерді үйлестіру қажет.

Кіші сынып оқушылары үшін мәдени-гигиеналық дағдылар мен әдеттердің физиологиялық негізі бұрынғысынша шартты-рефлекторлық байланыстарды қалыптастыру, динамикалық стереотиптерді жасау болып табылатынына назар аударған жөн, бұл белгілі бір іс-әрекеттер жиынтығын бірнеше рет орындауға негізделген осы жас тобындағы оқушыларға педагогикалық тәсілдің белгілі бір үлгісін көрсетеді. Алдымен балаларды гигиеналық тәртіптің қарапайым ережелерін орындауға үйретеді: қолдарын тамақтанғанға дейін/кейін жуу, тамақ ішкеннен кейін аузын шаю, тістерді күніне екі рет тазалау. Автоматизм жасалғаннан кейін (белгілі бір әрекеттерді орындау әдеті) баланы неғұрлым күрделі манипуляцияларға үйретуге болады. Ауыз қуысының гигиенасын оқыту барысында оқушы үшін бұл мінез-құлықтың табиғи ережесіне айналуға ұмтылу қажет. Бұл ережелер ерте мектеп жасындағы балалар үшін аса өзекті, өйткені дәл осы кезең үшін орталық жүйке жүйесінің ең жоғары икемділігі тән.

1.2. Орта мектеп жасындағы кезең (жасөспірімдер кезеңі)

Жасөспірімдер кезеңінің шекарасы 5-8(9) сыныптарда оқумен сәйкес келеді және ұлдарда 13 жаста, қыздарда 11 жаста басталады және 15 жасқа дейін созылады (бірақ көрсетілген мерзімдерге сәйкес келмеуі, бір жылдан ерте/кешірек басталуы мүмкін). Бұл кезең үшін тән:

- * Баланың материалдық, коммуникативтік, эмоциялық қажеттіліктерін қанағаттандыруда Отбасы негізгі рөл атқарады, бірақ кезең соңында оқушылардың өз материалдық қажеттіліктерін өз бетінше қанағаттандыру мүмкіндігі пайда болады.;

- * Мектеп баланың әлеуметтік-танымдық қызығушылықтарын қалыптастыру мен дамытуда шешуші мәнге ие • ;

- * Ортаның теріс әсеріне қарсы тұрудағы басты қорғаныс функциясын отбасы мен мектеп атқарады.

- * Үлкендердің (ата-аналар, мұғалімдер) жасөспірімнің жеке тұлға ретінде өзін-өзі билеуіне үлкен әсері сақталады;

- * Өз іс-әрекеттері үшін заңды жауапкершілік пайда болады •

Бала ағзасында жыныстық жетілу кезінде болатын түбегейлі өзгерістер осы кезеңнің психо-педагогикалық доминантының басым бөлігін құрайды. Атап айтқанда, жыныстық және физикалық жетілу, әлеуметтік функциялардың дамуы, құқықтар мен міндеттер санының артуы салдарынан жасөспіріммен "ересектермен қарым-қатынас" қажеттілігі. Жасөспірімнің наразылығы ересектермен қарым-қатынастың барлық саласына таралады, оның дербестігіне, гиперопектеріне қысым жасауға қарсы наразылық білдіру пайда болады.

Жасөспірімдік жастағы балалармен жұмыс істеу кезіндегі басты педагогикалық мақсат-баланың жеке тұлға ретінде өзін-өзі оң растай алатын ең маңызды және маңызды қызмет салаларында ББ құру; құндылықты ұстанымдарды қалыптастыру.

Бастауыш сынып оқушыларының ғана емес, сонымен қатар орта және жоғары сынып оқушыларының да өз тиімділігін көрсеткен СУ – "таным қуанышы" түріндегі жағдай.

Психологияда қызметке итермелейтін оқу мотивтерінің бірнеше түрін бөліп көрсету керек:

- тікелей итермелеушілер (ең аз әлеуметтік мәні бар, қазіргі нақты сәтте қажеттіліктерді қанағаттандырумен байланысты-мақұлдау, нақты нәтиже алуға ұмтылу, жазалаудан аулақ болу, соттау);

- моральдық (әлеуметтік маңызы бар-оқушының отбасы, қоғам және т. б. алдындағы адамгершілік борышы туралы түсінеміз.);

– қарым-қатынас себептері (әлеуметтік маңызы бар-оқушының ұжымда болу, құрдастар арасында оқыту қажеттілігімен байланысты);

- зияткерлік (дүниетану қажеттілігі).

1.3. Ересек мектеп жасындағы кезең (ерте жастық)

Бұл жыныстық жетілу кезінен басталатын (физиологиялық шекара ретінде анықталады) және ересек кезең басталуымен аяқталатын (әлеуметтік шекараға сәйкес келеді) даму сатысы. Осы кезең 15 жастан басталады және кәмелетке толғанға дейін созылады (стандартты шекарадан бір жылға ауытқуы мүмкін). Оған келесі белгілер тән:

* Отбасы бұрынғысынша баланың материалдық және эмоциялық саласында басты рөл атқарады, бірақ елеулі өзгерістер байқалады: оқушының өзін-өзі анықтау қажеттілігі туындайды, отбасы таңдауына елеулі әсер етеді; материалдық өзін-өзі қамтамасыз етуді іске асыру мүмкіндігі артады, осыған байланысты отбасының бала өмірінің материалдық құрамдас бөлігіне әсері төмендейді;

* Мектеп әлі де әлеуметтік-психологиялық, танымдық қажеттіліктерді қанағаттандыруға жауап береді, бірақ өзін-өзі жетілдіру рөлі айтарлықтай артады;

* Толық заңдық жауапкершілікті, өзін-өзі санасын, қоршаған ортаның теріс әсеріне қарсы тұру қабілетін түпкілікті қалыптастыру;

Педагогикалық қызметтің негізгі бағыттары мен технологиясы:

1. Жоғары сынып оқушыларының өзін-өзі тәрбиелеуге бағдарлау (өз қызметін өзін-өзі реттеу);
2. Өзін-өзі тану (жақын болашаққа мінез-құлық бағдарламасы));
3. Өзін-өзі болжауды ұйымдастыруға көмек (өз іс-әрекетінің себебі мақсатында анықтау).

Жас кезеңі бала уақыты мен ересектердің бірінші жасы арасындағы аралық деп аталады. Хронологиялық тұрғыдан ол келесі уақытша рамкалармен белгіленген екі ішкі кезеңге бөлінеді:

1. Ерте жастық кезеңі (15-17 жасқа сәйкес келеді, яғни мектеп жасындағы шеңберге кіреді), баланың ересек өмірге алғашқы кіруімен сипатталады;
2. Кеш жастық кезеңі (18-22 жыл).

Қандай да бір мағынада, жастықты адамның дербес тұлға ретінде қалыптасуы деп атауға болады. Бұл кезеңде адамның негізгі әлеуметтік-психологиялық ерекшеліктерінің түбегейлі өзгерістері орын алады. Мұнда "Мен" сезімі, даралығы, бірегейлігі және қайталануы анықтаушы болып табылады.

Адам тұлғасын дамытудың алдыңғы кезеңдерінен, жас кезеңдерінен айырмашылығы, қоршаған ортаға және онда болып жатқан оқиғаларға түбегейлі көзқарас. "Жасөспірімдік максимализм" деген ең көп таралған

ұғым, мінез-құлық көп жағдайларда нақты белгілі бір Максималармен берілген кезде, бұл көптеген нәрселерге күрт қарым-қатынас тудырады. Көбінесе бұл жасөспірімдер қоғамдағы көптеген құбылыстарға, сондай-ақ кейде жастардың құрбыларына қатыгездік қарым-қатынасына тап болады және тек қана емес.

Екінші жағынан, осы кезеңде жасөспірімдер психикасының ерекшеліктері оларды және басқа жаққа итермелеуі мүмкін-бұл достары мен ата-аналары жоқ кезде жалғыздықтан әлдеқайда көп уақыт өткізуге итермелейді. Жас жігіттер мен қыздардың пубертаттық кезеңдегі шыңы, сондай-ақ жастардың мінез-құлқы мен құндылықтық бағдарларына өздерінің "күрделі" түзетулері туралы ұмытпау керек. Алайда, "қайыққа" карамастан, өзін және қоршаған әлемді қабылдаудағы түбегейлі өзгерістер қорытынды бойынша болашақ ересек адамның құндылық және әлеуметтік-психологиялық базасын анықтайды. Адам өміріндегі осы кезең оның тұлғалық өзін - өзі анықтауының-оның кәсіби бағдарларының, дүниетанымдық, философиялық, саяси және өзге де көзқарастарының бастауы болып табылады. Мүмкін, мұндай "кедергілерді" еңсере отырып, жасөспірім ересек өмірде өз бетінше өмір сүре алмайтын" өзекше" тәрбиелеуі мүмкін. Осыған байланысты, осы кезеңде балаға ерекше көңіл бөлу қажет, ол барынша ойластырылып, жұмсалған уақытқа ғана емес, сонымен қатар осы кезеңде ол үшін шын мәнінде маңызды нәрсеге мұқият қарайды.

Зерттеу материалдары мен әдістері.

Зерттеу дизайны эпидемиологиялық, әлеуметтік, стоматологиялық клиникалық және клиникалық-зертханалық зерттеулерді үйлестіретін төрт бағытты қамтыды. Балалардың зерттеуге қатысуына ата-аналардан келісім алынды. Зерттеудің бірінші бағыты ерте жастағы балалардың тіс жегу мәселесі туралы қазіргі заманғы түсініктерді бағалау, шешілмеген

мәселелерді анықтау және тақырыптың өзектілігін растау үшін әдебиет көздерін мұқият талдауға арналды.

Екінші бағыт- 4-36 ай жастағы 596 бала (4-11 ай- 288 адам, 12-23 ай. -220 адам, 24-35 ай -88 адам), алғашқы рет дәрігер-стоматологқа жүгінген кросс-секциялды зерттелді. Балаларды тексеру Шымкентк. "Облыстық балалар клиникалық емханасы" ҚДСБдені сау бала бөлмесінде жүргізілді. Балаларды стоматологиялық тексеру нәтижелері бойынша ауыз қуысы гигиенасының деңгейін, сүт тістері жегісінің таралуы мен қарқындылығы анықталды. Аналардан сұхбат алу арқылы, ата-аналардың біліктілігін және балалардың тістерін гигиеналық күту ерекшеліктерін анықтады. Ата-аналарға балалардың ауыз қуысы гигиенасы және тамақтану мәселелері бойынша ұсыныстар берілді.

Үшінші бағыт-проспективті когорттық зерттеу, оған 228 бала қатысты (балалар кросс секциялық зерттеу шеңберінде бірінші рет тексерілді, ата-аналар балалардың проспективті зерттеуге қатысуына келісім берді). Балаларды алғашқы тексеру 2010-2011 жылдар аралығында жүргізілді (125 адам 4-11 ай., орташа жасы 9,4 ай. және 103 адам 12-23 ай., орташа жасы 15,5 ай.), балаларды қайта тексеру бір жылдан кейін, 2011-2012 жылдар аралығында жүргізілді. Алғашқы және балаларды қайта тексеру кезінде ата-аналармен сұхбаттасу жүргізілді.

Төртінші бағыт ауыз гигиенасы әдістерінің балалардың ауыз қуысындағы кариесогенді жағдайға әсерін зерттеу. Бұл проспективті рандомизацияланған ашық зерттеудегі қатарлас топтарға 12-23 айлық жастағы 60 бала енгізілді (орташа жасы 16,9 ай). Балаларды зерттеуге қосу критерийлері: анамнезінде созылмалы соматикалық аурулардың болмауы, сау тістер, ауыз қуысының гигиеналық күтімінің болмауы, баланың зерттеуге қатысуы туралы анасының хабарландырылған келісімі және зерттеу шарттарын мұқият сақтау. Балаларды зерттеуден шығару критерийлері: созылмалы соматикалық аурулардың болуы, тістің қатты

тіндерінің кариозды және кариозды емес зақымдануының болуы, ауыз қуысының гигиенасын зерттеу басталғанға дейін жүргізуі, зерттеуде пайдаланылатын гигиена құралдарының қандай да бір компоненттеріне аллергияның болуы, ата-аналардың зерттеу шарттарын сақтамауы, ата-аналардың баланың зерттеуге қатысуынан бас тартуы.

Қарапайым рандомизация арқылы балалар 4 топқа біріктірілді (әр қайсысында 15 баладан) ауыз қуысы гигиенасының тәсіліне байланысты.

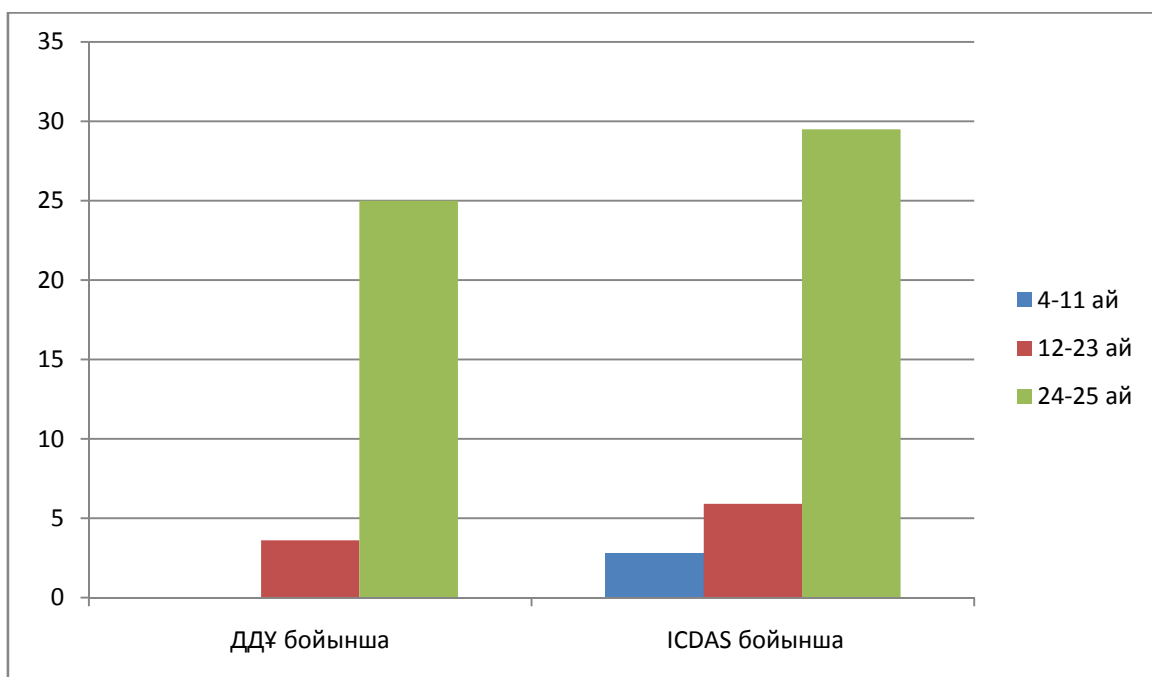
Бірінші топ: ата-аналар тістерді тіс пастасы жоқ сумен суланған тіс щеткасымен тазалаған балаларды қамтыды. Басқа топтарда балалар тістерді тіс щеткасымен және түрлі тіс пастасымен тазалады: 250 ppmF (2 топ) немесе 500 ppmF бар фторид пасталары (3 топ); құрамында ксилиті жоғары пасталар (4 топ). Балаларды қайта стоматологиялық тексеру 3 және 12 айдан кейін жүргізілді. Барлық топтарда балаларда биологиялық материалды (ауыз сұйықтығы мен тіс қабығы) зерттеу басталғанға дейін және балалардың тістерін гигиеналық күтуді бастағаннан кейін 3 және 12 айдан кейін алу және бағалау жүргізілді. Қышқылдық, буферлік сыйымдылық, сілекейдің микрокристалдануы, str Mutans (SM), Lactobacilli (LB), Candida albicans (CA) колонияларының сілекейдегі құрамы анықталды және тіс қабығындағы SM колонияларының анықталды. Dentobuff Strip, Dentocult SM Stripmutans, Dentocult LB, Dentocult CA (Orion Diagnostica, Finland) экспресс-диагностика жүйелері пайдаланылды. Балаларда клиникалық-зертханалық зерттеу нәтижелері бойынша тіс жегінің даму қаупінің маркерлері анықталды: төмен буферлік сыйымдылық және ауыз сұйықтығының қышқылдығы (<4,5); ауыз сұйықтығында жоғары дәрежелі патогендігі SM, LB, CA болуы (>10⁴ КОЕ/мл); тіс ұшуында жоғары SM болуы (>10⁴ КОЕ/мл); 4-6 мүйіз сұйықтығының микрокристаллизациясының түрі (0-2 балл). Балада үш және одан да көп маркерлер анықталса кариестің даму қаупін жоғары деп санадық.

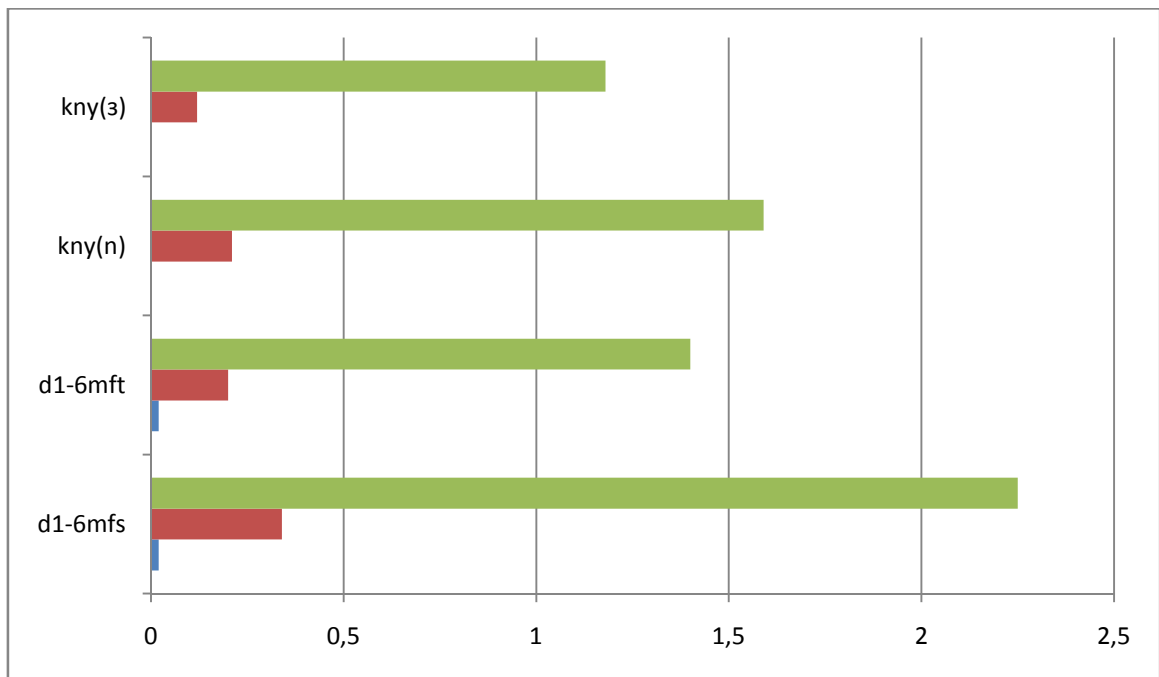
Зерттеуге барлығы 1192 адам (596 бала және 596 ата-ана) қатысты. Жұмысты орындау барысында 944 балаларға стоматологиялық тексеру жүргізілді, 824 сауалнама талданды, қышқылдығын, буферлік сыйымдылықты және микрокристалдандыруды бағалау үшін ауыз сұйықтығын 360 зерттеу, ауыз сұйықтығын SM, LB және CA құрамына 540 зерттеу, бақылау динамикасында тіс ұшуындағы SM құрамын 720 бағалау (барлығы 1620 тест) орындалды.

Зерттеу барысында алынған мәліметтер математикалық статистика бағдарламаларының стандартты пакеттерін (Microsoft Excel 2007 бағдарламасы) пайдалана отырып ЭЕМ-де интегративті Математикалық талдау әдістерімен өңделді. Белгілердің жиілігін анықтадық (%), орташа мәннің шамасы (M), орташаның стандартты ауытқуының шамасы (m). Алынған деректерге компаративтік талдау жүргізді. Топтар арасындағы айырмашылықтарды анықтау үшін Стьюденттің (t) мәнділік өлшемі, айырмашылықтардың (p) мәнділік дәрежесі. Айырмашылықтар $t > 2$; $p < 0,05$ кезінде маңызды (маңызды) деп саналды. Тәуекелдің төмендеуі /жоғарылауының салыстырмалы тәуекелін (RR) анықтады ауыз қуысы гигиенасының әр түрлі құралдарын пайдаланатын ерте жастағы балаларда тісжегінің дамуы. Осының барлығы негізделген қорытындылар мен ұсыныстар жасауға мүмкіндік берді.

Зерттеу нәтижелері

Балаларды алғашқы тексеру және ата-аналарды сұхбат жүргізу нәтижелері. Зерттеу барысында алынған мәліметтер, ICDAS II критерийлерінің көмегімен ерте жастағы балаларда тіс жегісінің зақымдануын зерттеу ДДСҰ критерийлеріне қарағанда тістің қатты тіндерінің зақымдануы туралы ғана емес, сонымен қатар кариозды процестің ауырлығы туралы да нақты ақпарат алуға мүмкіндік беретінін көрсетті (сур. 1).





Сур.1 Балалардағы тісжегінің таралуы (А) және қарқындылығы (Б)

ДДҰ критерийлеріне сәйкес бір жастан асқан балаларда тістің кариоздық зақымдануы анықталды: 11-23 айда тістің таралуы 3,6%., 25% - 24-35 мес. тіс жегісінің қарқындылығы, кпу (з)- $0,12 \pm 0,11$ және $1,18 \pm 0,21$, беті. кпу (п) - тиісінше $0,21 \pm 0,23$ және $1,59 \pm 0,60$. ICDAS II көмегімен бірінші жастағы балаларда бастапқы кариозды зақымданулар анықталды, бұл ретте жасы ұлғайған тістердің/беттердің бастапқы зақымдану қарқындылығы артты. D, t / d, 3s индексі 4-11 айда $0,02 \pm 0,04 / 0,02 \pm 0,04$ -тен артты. 12-23 айда $0,08 \pm 0,04 / 0,16 \pm 0,06$ дейін. және $0,43 \pm 0,07 / 0,71 \pm 0,10$ 24-35 айда D^{mft} / d / 4mfs индекстері бойынша тіс жегісінің жалпы қарқындылығы да 4-11 айда балаларда $0,02 \pm 0,04 / 0,02 \pm 0,04$ ұлғайған. 12-23 айда $0,20 \pm 0,09 / 0,34 \pm 0,18$ дейін. және $1,40 \pm 0,15 / 2,25 \pm 0,31$ в 24-35 ай. Кариес тегінің таралуы 4-11 айлық балаларда 2,8% құрады., 12-23 айда 5,9%. және 24-35 айда 29,5%. Жалпы, 4-11 айдан бастап. 24-35 айға дейін балаларда тіс жегісінің таралуы 10,5 есе, тіс жегісінің қарқындылығы — 70 есе, беттердің таралуы-112,5 есе.

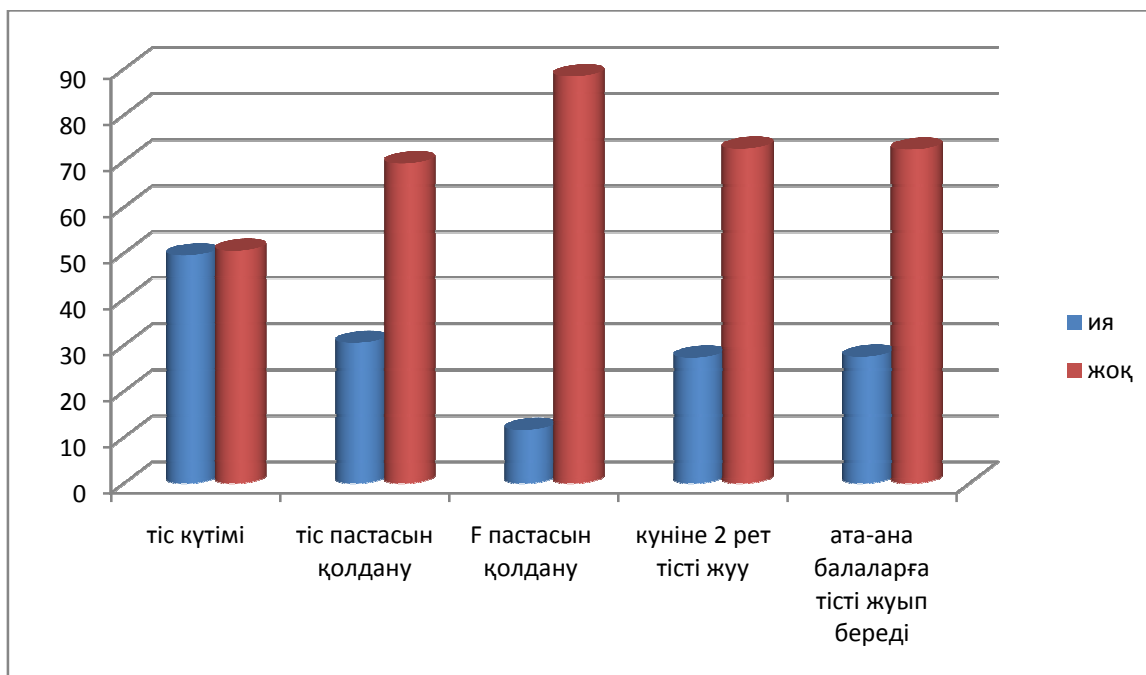
ICDAS II жүйесінің көмегімен ерте жастағы балаларда кариоздық зақымдануларды оқшаулау ерекшеліктері анықталды: бастапқы және терең

кариоздық зақымданулардың 90,1% жоғарғы жақ кескіштерінде және жоғарғы және төменгі жақ сүйектерінің бірінші сүт ұлпаларында орналасқан. Көбінесе (38,8% жағдай) вестибулярлы беттер зақымдалды, сирек - аспан (24,6%) және окклюзиялық (21,0%), өте сирек - медиальды (11,0%) және дистальды (4,6%) тіс беті. Вестибулярлы және аспан беттерінде бастапқы (ICDAS = 1,2,3) және терең (ICDAS = 4,5,6) кариозды зақымданулар жиі кездеседі, ал окклюзиялық, медиалды және дистальды беттерінде терең зақымданулар басым болды.

Ерте жастағы балалардың ата-аналарында санитарлық мәдениеттің төмен деңгейі анықталды, олар өз балаларының тістерін қажетті гигиеналық күтуді 50,5% жағдайда жүзеге асырмаған (стандартталған көрсеткіш). Ең қолайсыз жағдай бірінші және екінші жастағы балаларда тіркелген, онда тіс жарылғаннан кейін ауыз қуысының гигиенасы тиісінше 23,3% - да және 35,4% - да жүргізілген; тек екі жастан кейін балалардың көпшілігі (89,8 %) тістерге гигиеналық күтім ала бастады.

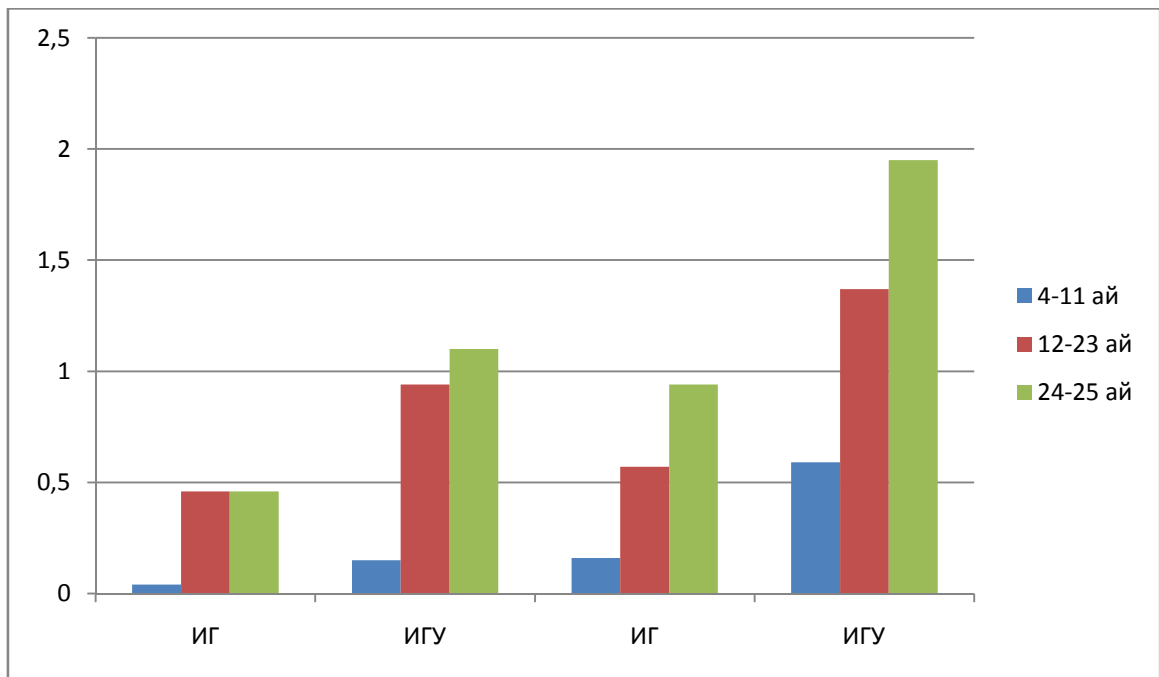
Тіске қандай да бір күтім жасалған балалар арасында 224 жағдайдың 116-да (51,8 %) ата - аналар балаларға тіс пастасы жоқ тістерді тазалады (сумен суланған тіс щеткасы, силиконды бастырма немесе дәке - 48,7%, ксилиті бар салфетка, сода — 2,6%, сүт ферменттері бар көбікті-0,4 %). Қалған 108 (48,2 %) жағдайларда тіс щеткасы және тіс пастасы қолданылды (ксилитпен, сүт ферменттерімен - 26,3 %, фторидтермен - 16,9 %, белсенді ингредиентсіз - 0,4 %).

Стандартталған көрсеткіштерді есептеу кезінде тексерілген 596 ерте жастағы балалардың үштен бір бөлігінен кем (30,5 %) тіс щеткасын және тіс пастасын қолдана отырып, тістерді тазалаумен қамтамасыз етілгені анықталды, сонымен қатар 11,6% жағдайда ғана құрамында фторид бар тіс пастасы пайдаланылғандығы анықталды (сурет. 2). Тек 27,5% - да ата-аналар өз балаларының тістерін күніне екі реттен кем емес тазалаған-27,3%.



Сур.2. 4-35 айлық балалардағы ауыз қуысын гигиеналық күтімнің стандартталған көрсеткіштері.

Тістері тазаланбаған балаларда гигиена деңгейі нашар болды: ГИ = 0,56, НГИ = 1,30. Балалардың тістері үшін ата-ана күтімі жеткіліксіз болды және ауыз қуысының гигиеналық жағдайын едәуір жақсартты: гигиенаның жақсы деңгейі тек бір жасқа толмаған балаларда ғана болды, ал бір жастан асқан балаларда гигиена деңгейі ст деректері бойынша қанағаттанарлық және қанағаттанарлықсыз болды.(сурет. 3)



Сур.3. Жасына және ауыз қуысының гигиенасына байланысты балалардағы гигиеналық индекстердің (ГИ және НГИ) орташа мәні

Индекстердің орташа мәндері: ГИ = 0,32 (қанағаттанарлық деңгей), НГИ = 0,73 (қанағаттанарлықсыз деңгей). Тістерді күтуді есепке алмағанда стандартталған көрсеткіштерді есептеу 4-11 ай жастағы балалардың ауыз қуысының гигиеналық жағдайы екенін көрсетті. қанағаттанарлық болды (ГИ = 0,13, НГИ = 0,49), ал 12-35 ай балаларда. - жаман (ГИ = 0,52, НГИ = 1,20). Ауыз қуысының гигиеналық жай-күйін ГИ және НГИ көрсеткіштерінің көмегімен бағалау нәтижелерін салыстыру ерте жастағы балалардағы ауыз қуысының гигиеналық жай-күйін дәл анықтауға мүмкіндік беретін соңғысының артықшылығын куәландырады (сурет. 3).

Балалардың ауыз қуысындағы кариесогендік жағдайды зерттеу нәтижесінде тістерге гигиеналық күтім болмаған жағдайда сілекейдің кариеспротективтік қасиеттері жеткіліксіз болған. Кристалданудың төмен қабілеті балалардың 51,7% — ында, буферлік сыйымдылықтың төмендігі мен қышқылдығы-38,3% - да анықталды. Көптеген балаларда тіс қабығы мен мүйіз сұйықтығын кариесогенді микроорганизмдермен отарлаудың патогенді деңгейлері анықталды: 25,0 % - тіс ұшқышындағы SM патогенді

деңгейі, 11,7 % - мүйіз сұйықтығында; 20% және 6,6 % - мүйіз сұйықтығындағы СА және LB патогенді деңгейлері.

Алынған деректер негізінде анықталған тәуекелдер даму тіс жастағы балалардың 12-23 мес. ата-аналар тістерді тазаламаған. Мүйіз сұйықтығының тестілері және микробиологиялық тестілер бойынша балалардың 8,4% - ы кариестің даму қаупінің маркерлері анықталған жоқ, көпшілігінде (70,1 %) 1-2 қауіпті маркер анықталды. Сонымен қатар, әрбір бесінші балада (21,5 %) кариестің даму қаупінің 3 және одан да көп маркерлері анықталды, бұл кариесогенді жағдайдың жүзеге асырылу және ерте жастағы кариестің даму ықтималдығының жоғары болуын анықтады.

Қайта зерттеу нәтижелері. Қайта клиникалық зерттеу нәтижесінде алынған деректер бойынша 228 бала 12 айдан кейін анықталды. кариеспен зақымдану белгілері бар балалар саны 2 есе артты, кариозды бастапқы зақымдану саны 3 есе, тереңірек - 3,4 есе артты. Жаңа бастапқы немесе терең кариоздық зақымданулар әрбір үшінші балада (таб. I). Осы жағдайдың себептерінің бірі ата-аналардың комплаенттілігінің жеткіліксіз деңгейі болды. Оң динамикаға қарамастан, 12 айдан кейін. ата-аналарды гигиеналық тәрбиелеуден және оқытудан кейін әрбір жетінші (15,8 %) бала тістерді тұрақты күтумен қамтамасыз етілмеген, әрбір төртінші (27,6%) бала тістерді тіс пастасын қолданбай тазалаған, балалардың көпшілігі (62,7%) тіс пастасынан жасалған тісжегінің фторидті алдын алу шараларын алмаған (сурет. 4).

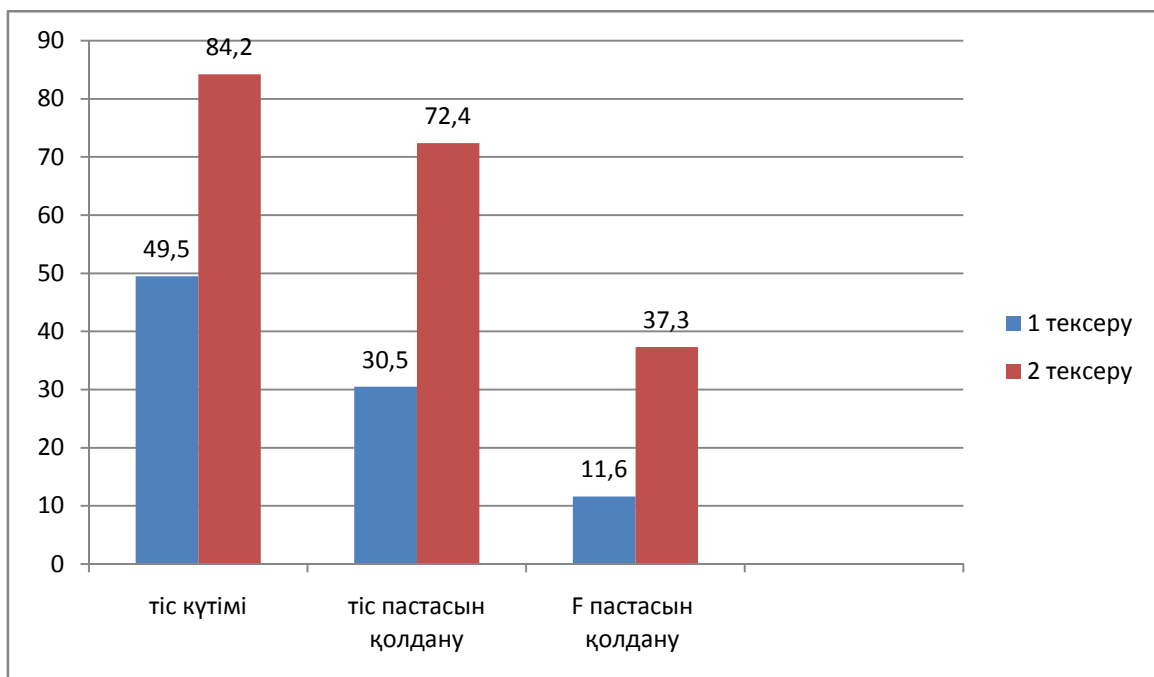
Таблица 1

Бастапқы және қайталама тексерулерде ерте жастағы балалардағы сүт тістерінің кариесімен зақымдануы (ICDAS II бойынша)

ICDAS II критерийлері	Бастапқы тексеру	Қайталама тексеру
		$M \pm m$

D1-3t	0,04±0,04	0,08±0,03
D1-3s	0,08±0,03	0,24±0,07*
d4-6t	0,05±0,04	0,16±0,05
d4-6s	0,07±0,04	0,24±0,07*
ft	0,00	0,00
fs	0,00	0,00
d1-6mft	0,10±0,04	0,27±0,07*
d1-6mfs	0,16 ±0,07	0,50±0,11**
Кариестің таралуы , %	4,1±0,88	8,3±1,83
±m		

*бастапқы және қайта зерттеулер көрсеткіштері арасындағы айырмашылық $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

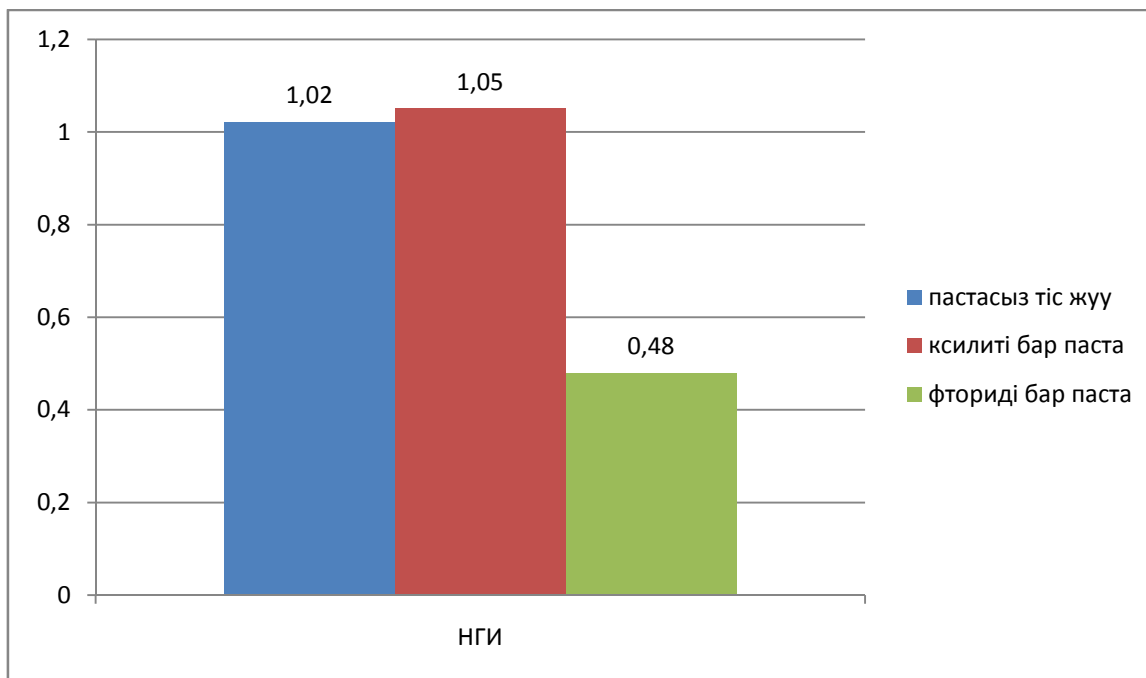


Сур.4. Зерттеудинамикасындағы балалардың тістерін күту

Балалардың ауызқуысының гигиеналық жағдайы тістерді күтуге байланысты болды.

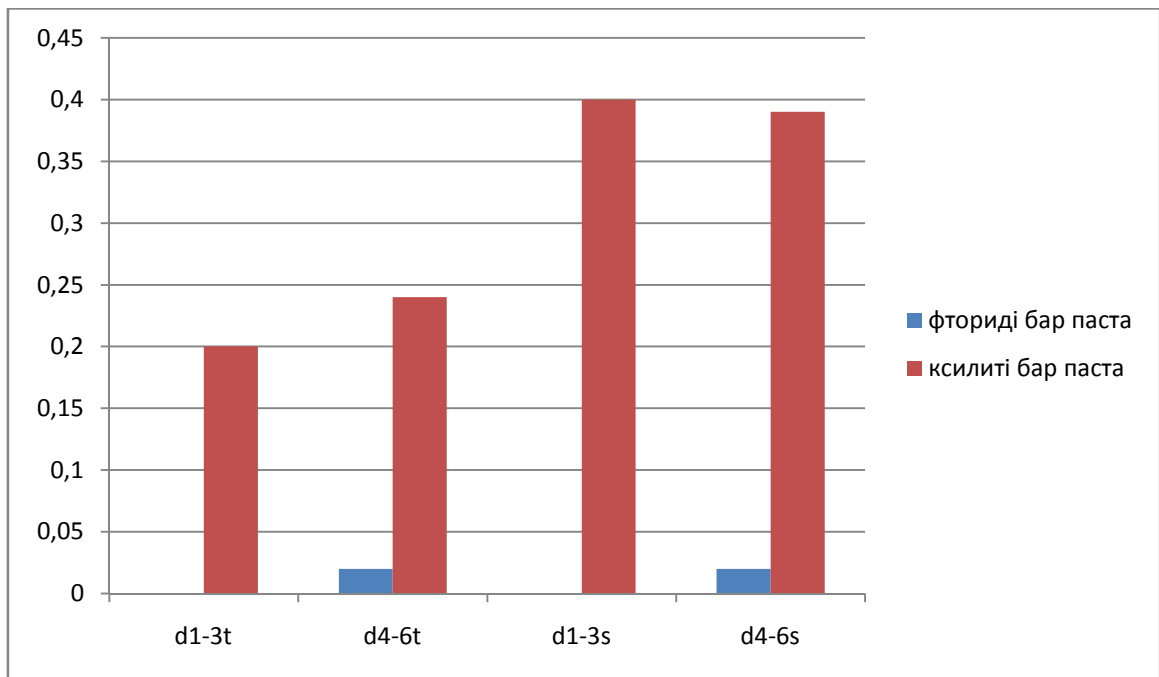
Құрамында фторидтер бар тіс пасталарын пайдалана отырып тістерді тазалаған балаларда гигиена жағдайы ксилиті бар тіс пасталарын қолданған немесе тістер

дітазалау кезінде тіс пасталарын пайдаланбаған балалардан жақсы болды (сурет . 5).



Сур.5. Қолданылатын гигиена құралдарына байланысты балалардың ауыз қуысының гигиеналық жағдайы

Әр түрлі белсенді ингредиенттері бар тіс пастасын қолданған балаларда тіс жегісі зақымдалуында елеулі айырмашылықтар анықталды (сурет. 6). Фторидті тіс пасталарын қолданған балалардың тістерінің қатты тіндерінің зақымдану қарқындылығының жиынтық индекстері ксилиті бар пасталарды қолданған балалардан 22/39,5 есе төмен болды: $d^{mft} / d_{.6mfs} = 0,02 \pm 0,08 / 0,02 \pm 0,09$ және $0,44 \pm 0,08 / 0,79 \pm 0,15$ тиісінше, $p < 0,001$.

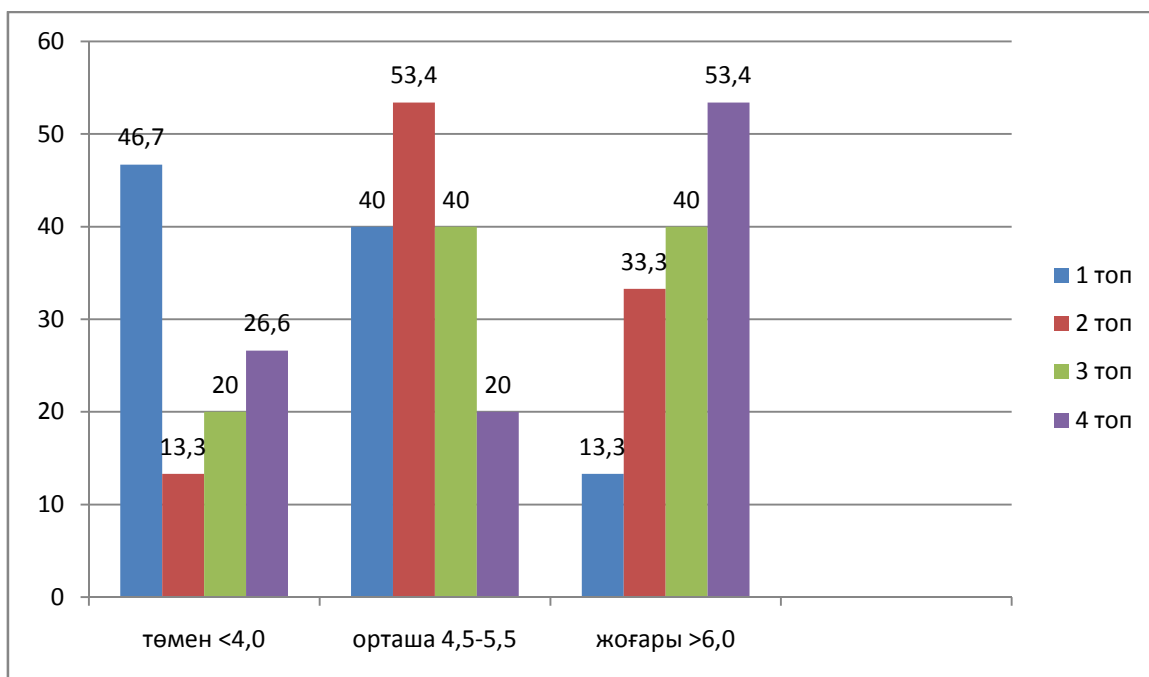


Сур.6. Балалардың тіс пастасын қолдануға байланысты ICDASII бойынша тістер мен беттердің бастапқы және терең кариозды зақымданулары

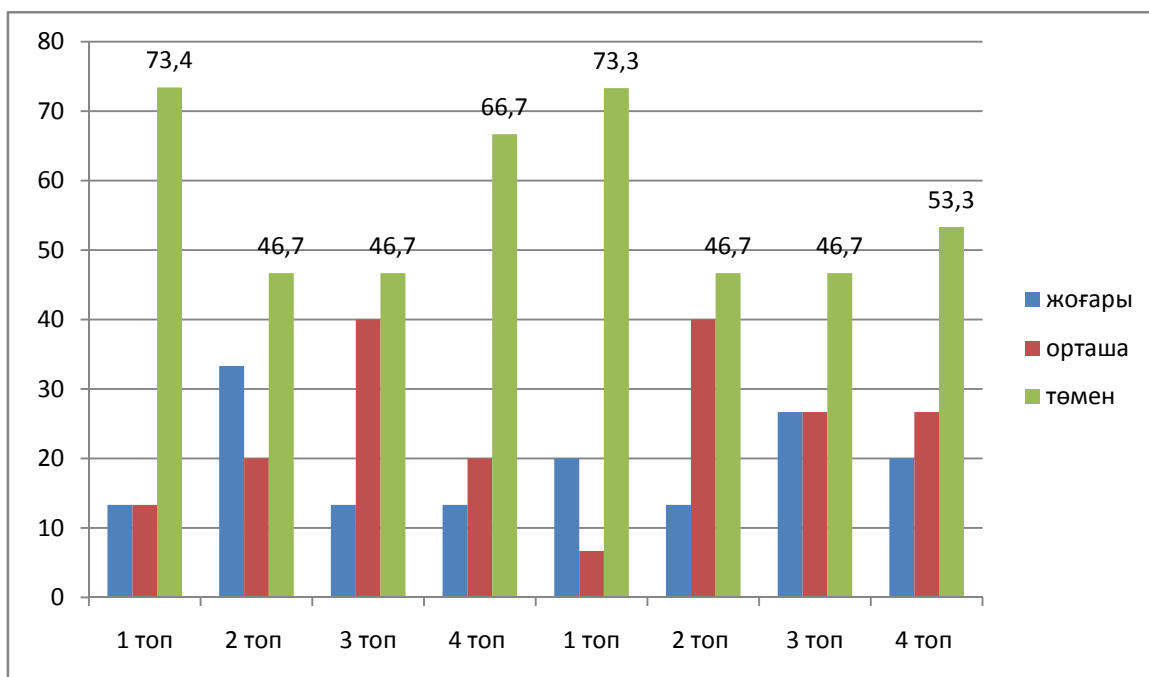
Ерте жастағы балаларда тіс жегісінің дамуының салыстырмалы қатерін анықтау (RR) ауыз қуысы гигиенасының сипатына байланысты тістерге жүйелі күтім жасау ерте жастағы балаларда тіс жегісінің даму қаупін 1,3 есе (RR = 0,77) төмендетті, ал тістерді тазалау үшін фторидті тіс пастасын пайдалану тістердің бастапқы жегиозды зақымдануының пайда болу қаупін 5 есе (RR = 0,20), терең жегиозды зақымданулардың пайда болу қаупін 14,3 есе (RR= 0,07), тіс жегісінің жалпы RR = 0,23).

Параллель топтарда жүргізілген балалардың ауыз қуысындағы кариесогенді жағдайға гигиеналық күтімнің әсерін зерттеу тістерді пастасыз тіс щеткасымен тазалау (1 топ) қышқылдықтың, буферлік сыйымдылықтың жақсаруына, ауыз сұйықтығының микрокристалдануына ықпал етпейтінін көрсетті. Сонымен қатар, бір жыл бойы тіс пастасын (2-4 топ) қолдану сілекейдің қышқылдығы мен буферлік сыйымдылығының артуына әкелді (сурет. 7), сілекейдің минералдандырушы әлеуетін жақсарту (сурет. 8) тіс жегісінің даму қаупін төмендетуге ықпал етті, тіс

пастасы қолданбаған балалармен салыстырғанда. Көрсеткіштердің жақсару үрдісі 4 топта байқалды.

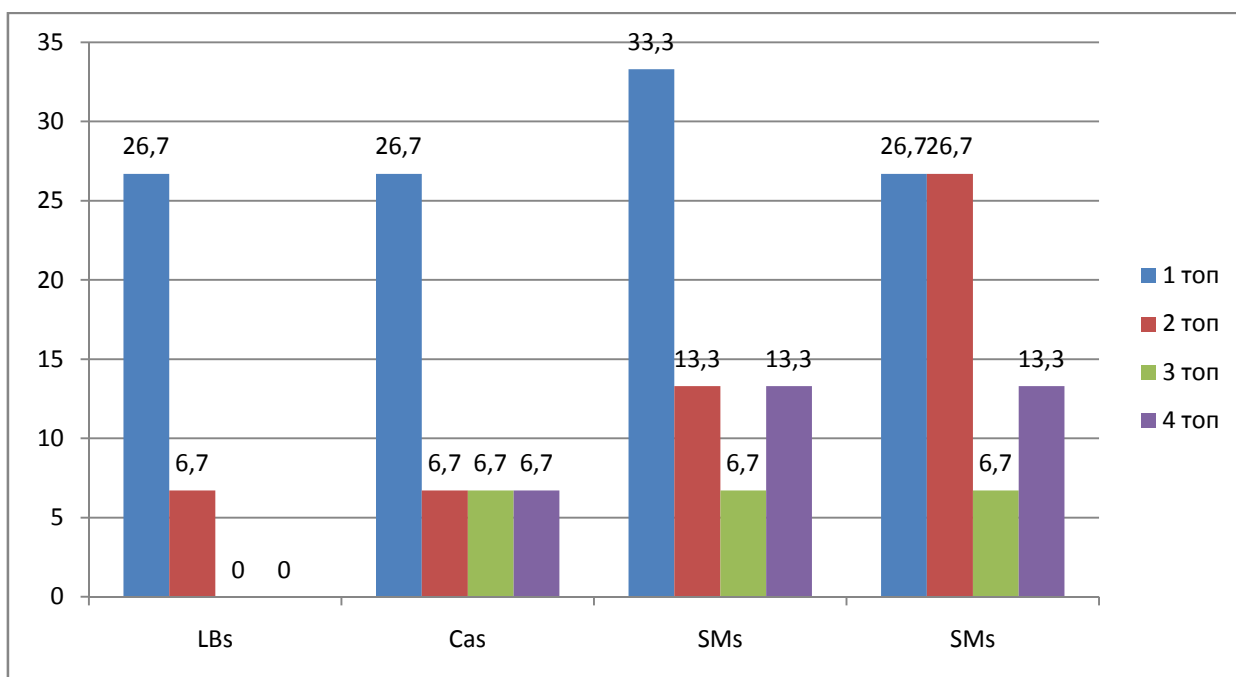


Сур.7. Тістерді тазалауға арналған әр түрлі гигиеналық құралдарды қолданғаннан кейін 12 айдан кейін балалардағы ауыз сұйықтығының қышқылдығы мен буферлік сыйымдылығы



Сур.8. Ауыз қуысы гигиенасының түрлі құралдарын қолданғаннан кейінгі балалардағы МКС деңгейлері

Параллель топтарда жүргізілген балалардың ауыз қуысындағы кариесогенді жағдайға гигиеналық күтімнің әсерін зерттеу тістерді пастасыз тіс щеткасымен тазалау (1 топ) қышқылдықтың, буферлік сыйымдылықтың жақсаруына, ауыз сұйықтығының микрокристалдануына ықпал етпейтінін көрсетті. Сонымен қатар, бір жыл бойы тіс пастасын (2-4 топ) қолдану сілекейдің қышқылдығы мен буферлік сыйымдылығының артуына әкелді (сурет. 7), сілекейдің минералдандырушы әлеуетін жақсарту (сурет. 8) тіс жегісінің даму қаупін төмендетуге ықпал етті, тіс пастасы қолданбаған балалармен салыстырғанда. Көрсеткіштердің жақсару үрдісі 4 топта байқалды (сурет. 9).



Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін интегративті талдау көрсеткендей, ерте жастағы балалардың ауыз қуысындағы кариесогендік жағдайға әсер етудің жиынтық тиімділігі бойынша құрамында 500 ppmF бар тіс пасталары 1 - ші орынды, құрамында ксилит бар 2 - ші орынды, құрамында 250 ppmF бар 3-ші орынды-пасталар иеленді. 12 айдан кейін. ауыз қуысы гигиенасы енгізілгеннен кейін балалардың 18,4% - ында тіс

жегісінің даму қаупінің бірде-бір факторы анықталған жоқ, 68,4% - ында тіс жегісінің даму қаупінің 1-2 факторы, 13,2% - да тіс жегісінің даму қаупінің 3 және одан да көп факторы анықталды. Бастапқы деректермен салыстырғанда тіс жегісінің жоғары қаупі бар балалар саны 1,6 есе азайды: 21,5% - дан 13,2% - ға дейін.

ҚОРЫТЫНДЫЛАР

1. ICDAS II критерийлері бойынша кариоздық зақымданулар балаларда өмірінің бірінші жылынан бастап анықталды. Балалардың кариеспен ауруы жасы ұлғайған: кариестің таралуы - 10,5 есе (4-11 айда 2,8% - дан). 24-35 айда 29,5% - ға дейін),

d mft / d MFS индекстері бойынша кариестің қарқындылығы - 70/112,5 есе (тиісінше $0,02 \pm 0,02$ / $0,02 \pm 0,02$ -ден $1,40 \pm 0,15$ / $2,25 \pm 0,31$ -ге дейін). Үш жасқа дейінгі балаларда кариоздық зақымданулардың 90,1% - ы жоғарғы жақ кескіштерінде және жоғарғы және төменгі жақ қапты моллярларда орналасқан. Көбінесе (38,8% жағдай) вестибулярлы беттер зақымданды, сирек — аспан (24,6%) және окклюзиялық (21,0%), өте сирек-медиальды (11,0%) және дисгальды (4,6%) тістердің беттері.

2. Тістерге күтім жасамаған балаларда ауыз қуысының гигиеналық жағдайы нашар болды (ГИ = 0,56, НГИ= 1,30), ауыз қуысының гигиенасы жүзеге асырылған балаларда — қанағаттанарлық, ИГ (ИГ = 0,32) деректері бойынша және қанағаттанғысыз, ГИ (НГИ = 0,73) деректері бойынша, бұл ерте жастағы балалардың тістеріне ата-аналық күтім сапасының төмендігін куәландырады.

3. Ерте жастағы балалардың ата-аналарында санитарлық мәдениеттің төмен деңгейі анықталды: балалардың 49,5% - ында кесілген тістерге гигиеналық күтім жасалды; балалардың 30,5% - ында тіс пастасы қолданылды; құрамында фторид бар тіс пастасы 11,6 балада қолданылды; тек әрбір төртінші балаға ата-аналар күніне екі рет тістерді тазалады. Гигиеналық тәрбие мен оқытудан кейін ата-аналардың комплаенттілігі жеткіліксіз болды: балалардың 15,8% - ы бұрынғысынша ауыз қуысының тұрақты гигиенасымен қамтамасыз етілмеген; балалардың 27,6% - ында тіс пастасы қолданылған жоқ; балалардың тек 37,3% - ы ғана алифторидті тіс пастасы.

3. Ерте жастағы балалардың ата-аналарында санитарлық мәдениеттің төмен деңгейі анықталды: балалардың 49,5% - ында кесілген тістерге гигиеналық күтім жасалды; балалардың 30,5% - ында тіс пастасы қолданылды; құрамында фторид бар тіс пастасы 11,6 балада қолданылды; тек әрбір төртінші балаға ата-аналар күніне екі рет тістерді тазалады. Гигиеналық тәрбие мен оқытудан кейін ата-аналардың комплаенттілігі жеткіліксіз болды: балалардың 15,8%-ы бұрынғысынша ауыз қуысының тұрақты гигиенасымен қамтамасыз етілмеген; балалардың 27,6% - ы тіс пастасы қолданылған жоқ; балалардың тек 37,3% - ы фторидті тіс пасталарын алған.

4. 12-23 ай жастағы балаларда тістерге гигиеналық күтім жасау басталғанға дейін. экспресс-тестілердің мәліметтері бойынша, 38,3% жағдайда сілекейдің буферлік сыйымдылығы мен қышқылдығы төмен, 51,7% жағдайда сілекейдің кристалдануға қабілеттілігі төмен. Ауыз қуысының гигиенасын енгізу сілекейдің минералдандырушы әлеуетін жақсартуға және ауыз сұйықтығының микрокристалдануы төмен деңгейдегі балалар санының азаюына ықпал етті.; буферлік сыйымдылықты және ауыз сұйықтығының қышқылдығын арттыру тәсілі-құрамында фторидтер бар тіс пастасын немесе ксилиттің жоғары концентрациясын қолдануға мүмкіндік берді.

5. Ауыз қуысы гигиенасы болмаған жағдайда балаларда 25,0% жағдайда патогендігі жоғары дәрежедегі SM тіс қабатының отарлануы анықталды. Жоғары патогендігі бар кариесогенді бактериялармен мүйіз сұйықтығының отарлануы анықталды: CA - 20,0 %, SM - 11,6 %, LB - 6,6% жағдай. Ауыз қуысының гигиенасы тіс пастасын қолданбай ауыз сұйықтығының отарлануын және тіс жегісегенді бактериялармен тіс қабығының жоғарылауына кедергі келтірмеді. 250 ppmF бар тіс пастасын қолдану әсер еткен жоқ (RR =1,0), ксилитпен-шамалы азайған (RR = 0,5), 500 ppmF - ерте жастағы балалардағы ауыз сұйықтығындағы патогендігі

жоғары SM колонияларының санын айтарлықтай төмендетті (RR = 0,18). Патогендігі жоғары LB және CA отарлануының төмендеуіне көбінесе 500 ppmF (RR = 0,20 және 0,37) тіс пастасын қолдану және 250 ppmF (RR = 0,18 және 0,40) тіс пастасына қарағанда ксилиттің жоғары мөлшері (RR = 0,18 және 0,40) ықпал етті. Патогендігі жоғары кариесогенді микроорганизмдермен ауыз сұйықтығы мен тіс қабығының отарлануының азаюына әсер етудің жиынтық тиімділігі 500 ppmF тіс пастасында ең жоғары болды".

6. Ерте жастағы балаларда ауыз қуысының гигиеналық жағдайын жақсартуға тістерді тұрақты екі рет тазалау және құрамында фторидтер бар тіс пасталарын қолдану ықпал етті. Тіс пастасы жоқ тістерді тазалау немесе ксилиттің жоғары концентрациясы бар тіс пастасын қолдану балалардың ауыз қуысының гигиеналық жағдайын айтарлықтай жақсартуға әкеп соқпады.

7. Ерте жастағы балалардағы тістің кариеспен зақымдануы тістің гигиеналық күтімінің болуына және тіс пастасын қолдануға байланысты болды. Фторидті тіс пасталарын пайдаланған балалардағы тістердің қатты тіндерінің зақымдану қарқындылығының жиынтық индекстері ксилиті бар тіс пасталарын пайдаланған балалардан 22/39,5 есе төмен болды: $d, \text{ _6 mft} / d, \text{ ^ mfs} = 0,02 \pm 0,08 / 0,02 \pm 0,09$ және $0,44 \pm 0,08 / 0,79 \pm 0,15$ тиісінше, $p < 0,001$.

8. Ауыз қуысындағы кариесогенді жағдайдың көрсеткіші бойынша тісжегінің жоғары даму қаупі 12-23 ай жастағы балалардың 21,5% - да анықталды. ата-аналар тістерді тазаламаған. Ерте жастағы балаларда тістерді гигиеналық күтімнің болмауы тіс жегісінің салыстырмалы даму қаупін 2,3 есе арттырғаны анықталды, гигиена кешенінде фторидті тіс пастасының болмауы тіс жегісінің бастапқы зақымдану қаупін 5 есе, терең — 1,4 есе, тіс жегісінің жалпы даму қаупін 4,3 есе арттырғаны анықталды. Тістерге жүйелі гигиеналық күтім жасау және фторидті тіс пастасын

пайдалану детерраннег жасындағы тіс жегісінің даму қаупін айтарлықтай төмендетті (RR = 0,77 және RR = 0,23).

ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР

1. Ата-аналарға арналған стоматологиялық алдын алу бағдарламаларында алғашқы тістерді байқаған сәттен бастап балалардың ауыз қуысына гигиеналық күтім жүргізу қажеттілігіне назар аудару керек, себебі гигиенасыз ауыз сұйықтығы мен тіс қабығының отарлануы жоғары патогендігі бар кариесогенді бактериялармен жоғарылайды және тістердің кариеспен зақымдануы артады. 500 ppmF~ бар фторидті тіс пастасын қолданудың рөлін атап өту маңызды, ол ксилит пастасы және 250 ppm F карағанда неғұрлым тиімді", ерте жастағы кариестің даму қаупін төмендетуде.

2. Ерте жастағы балаларды стоматологиялық тексеру кезінде біз ұсынған нақты гигиена индексі (НГИ) қолдануды ұсынамыз, ол балалардың ауыз қуысының гигиеналық жағдайы туралы нақты мәлімет алуға мүмкіндік береді. Индексті анықтау әдістемесі: тістерді тіс қабығының детекторы бояғаннан кейін баллдағы ұшу санын бағалайды (0 — бояу жоқ, 1 - тіс қабығының 1/3 кем бояу, 2 — тіс қабығының 1/3 артық бояу). Есептеу мына формула бойынша жүзеге асырылады: $НГИ = \frac{\text{балл сомасы}}{\text{тексерілген тістердің саны}}$. НГИ = 0 балл баланың ауыз қуысы гигиенасының деңгейі жақсы, 0,1-0,6 балл қанағаттанарлық, 0,7-1,1 балл қанағаттанарлықсыз, 1,2 - 2,0 балл нашар деп есептеледі.

3. Ерте жастағы балалардағы тістердің қатты тіндерінің жағдайын бағалау үшін тіс жегісімен зақымданудың таралуын, қарқындылығын және ауырлығын неғұрлым дәл көрсететін ICDAS II жүйесін қолданған жөн, кейіннен тиімді емдеу үшін бастапқы кариозды зақымдануларды тіркеуге мүмкіндік береді.

4. Балалар стоматологтарының практикалық жұмысында буферлік сыйымдылықты және ауыз сұйықтығының қышқылдығын, тіс жегінің жоғары даму қаупі бар ерте жастағы балаларды анықтау, жеке алдын алу

бағдарламаларын жасау және олардың тиімділігіне мониторинг жүргізу мақсатында кариесогенді микрофлорамен ауыз қуысының тұқымдалуын бағалау үшін экспресс-тестілерді қолдануды ұсынамыз. Балаларда үш немесе одан да көп қауіпті маркерлер анықталған кезде тісжегінің даму қаупін жоғары деп санау керек: мүйіз сұйықтығында немесе тіс ұшуында патогендігі жоғары SM болуы; ауыз сұйықтығында патогендігі жоғары LB немесе CA болуы; сілекейдің буферлік сыйымдылығы төмен және қышқылдығы < 4,5; 4-6 сілекей микрокристаллизациясының түрлері.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДБИЕТТЕР:

1. Авдусенко Л.А. Разработка экспресс-метода оценки резистентности эмали и их применение в стоматологической диспансеризации: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. - Киев, 1990. - 46 с.
2. Адмакин О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России: Автореф. дис. . канд. мед. наук. -М., 1999.-27 с.
3. Айназаров Х. Влияние комплексной профилактики стоматологических заболеваний на качество лечения кариеса зубов и устойчивость пломб // Стоматология. 1989. - № 4. - С. 59-61.
4. Алимский А.В. Принципиальные подходы к организации профилактики стоматологических заболеваний в условиях рыночной экономики // Новое в стоматологии. 1997. - № 5. - С. 7-9.
5. Алимский А.В. Сроки формирования постоянного прикуса у детей, родившихся и постоянно проживающих в регионе находящемся вблизи бывшего ядерного полигона // Стоматология. 1999. - № 5. - С. 53-56.
6. Алимский А.В., Алиева Р.К. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде // Стоматология для всех. 1999. - № 1. - С. 44-45.
7. Алимский А.В., Павлов Н.Б., Шустова О.А. Показатели поражаемости кариесом зубов и состояние стоматологической помощи школьникам г. Нижневартовска // Экономика и менеджмент в стоматологии. -2002. -№ 3 (8). С. 92-94.

8. Алямовский В.В. Анализ клинико-технологических условий использования светоотверждаемых композиционных пломбировочных материалов // Институт стоматологии (ноябрь 2000). С. 52-53.
9. Алямовская Е.Н. Психопрофилактика в стоматологии // Новое в стоматологии. 2002. - № 6. - С. 12-13.
10. Антонов А.А., Сунцов В.Г., Выборов С.Г. Уровень знаний и состояние гигиены полости рта у детей Хабаровского края // Стоматология детского возраста и профилактика. 2001. - № 3. - С. 22-24.
11. Артельт Х.М., Дрожжина В.А., Федоров Ю.А. Современные стоматологические материалы и их применение в лечебной практике. СПб., -Куксхавен, 1996. - 139 с.
12. Арутюнов С.Д., Кузьмичевская М.В. Профилактика кариеса. Учебно-методическое пособие. М., 2003. - 80 с.
13. Ахатова Д.М., Марапова Л.А., Сейдаметова З.Р. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников // Сборник научных трудов. Казань, 1990. - С. 97-100.
14. Балин В.Н., Ковалевский А.М., Иорданишвили А.К. и др. Лечение кариеса химико-механическим методом // Клиническая стоматология. 2001. - № 12. - С. 72-74.
15. Барер Г.М., Кузьмина И.Н. Особенности диагностики ранних форм кариеса жевательных поверхностей первых постоянных моляров // Новое в стоматологии. 1996. - № 2. - С. 3-4.
16. Барер Г.М., Завьялова В.А., Овчинникова И.А. и др. Выключите страх, или размышления о будущем профилактике в стоматологии // Клиническая стоматология. 2002. - №3. - С. 18.

17. Бахмудов Б.Р. Некоторые закономерности развития вторичного кариеса зубов // Тезисы конференции врачей стоматологов Татарской АССР. Казань, 1990.-С. 37-38.
18. Беляев В.В. Распространенность основных стоматологических заболеваний и особенности их профилактики у детского населения Тверской области: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 1998. -21 с.
19. Беляев В.В. Уровень знаний и навыков по гигиене полости рта у детского населения Тверской области // Стоматологические заболевания у детей (эпидемиология, профилактика, лечение). Тверь, 2000. - С. 50-52.
20. Биденко Н.В. Стеклоиономерные цементы в стоматологии. Киев.: Книга плюс, 1999. - 120 с.
21. Бокая В.Г., Анисимова И.В. Принципы организации гигиенического воспитания населения // Стоматология. 1993. - № 2. - С. 65-66.
22. Борисенко А.В. Кариес зубов. Киев.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
23. Боровский Е.В., Леус П.А. Кариес зубов. М.: Медицина, 1979. - 256 с.
24. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М.: Медицина, 1991.-304 с.
25. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. М.: ОАО Стоматология. - 2001. - 144 с.
26. Боровский Е.В. Терминология и классификация кариеса зубов и его осложнений // Клиническая стоматология. 2004. - № 1. - С. 6-9.
27. Буянкина Р.Г. Оценка качества пломбирования кариозных полостей: Автореф. дис. канд. мед. наук. Омск, 1987. - 17 с.

28. Вагнер В.Д. Вопросы организации стоматологической помощи в России // Тер. стоматология: Учебник для студентов мед. вузов / Под ред. Е. В. Боровского. М.: «Мед. информ. агенство», 2003. - С. 17-58.
29. Валова Т.В. Возрастная характеристика размеров зубов, рельефа моляров и их роль в кариесвосприимчивости // Стоматология. 1992. - № 1. - С. 81-83.
30. Васина С.А. Клинико-лабораторное обоснование применения некоторых средств и методов гигиены полости рта для профилактики кариеса и гингивитов у школьников: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 1984. - 19 с.
31. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М.: Медицина, 1978.- 184 с.
32. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М.: Медицина, 1988.-255 с.
33. Виноградова Т.Ф., Морозова Н.В. Организация профилактики кариеса зубов у детей в различные возрастные периоды: Учебное пособие Центрального института усовершенствования врачей. М., 1987. - 48 с.
34. Виноградова Т.Ф., Уголева С. Методика применения композитных материалов // Новое в стоматологии. 1996. - № 3. - С. 25-27.
35. Виноградова Т.Ф., Уголева С. Новые материалы и технологии в терапевтической стоматологии // Новое в стоматологии. 1996. - № 3. (Специальный выпуск). - С. 64-69.
36. Виноградова Т.Ф., Шевченко М.В., Колосова З.А. Опыт клинического применения композиционного материала «Ariston pHc» в детской стоматологии // Новое в стоматологии. 2000. - № 4. - С. 19-22.

37. Выгорко В.Ф. Психоэмоциональная коррекция поведенческой реакции у детей при санации зубов: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2001. - 20 с.
38. Габдрахманова М.Г. Повышение эффективности лечения среднего кариеса в период интенсивного развития и созревания постоянных зубов: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Казань, 1993. - 21 с.
39. Гажева С.И. Противокариозный эффект фтора при различном исходном состоянии местного иммунитета полости рта: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Казань, 1991. - 19 с.
40. Горзов И.П. Распространенность кариеса и его профилактика в условиях биогенного дефицита фтора и йода: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. — Киев, 1991.-42 с.
41. Губина Л.К., Русанова Т.А., Хусейн Мазен. Гигиена полости рта, состояние тканей пародонта и интенсивность кариеса у школьников // Стоматология 2003: Материалы 5-го Российского научного форума. 11-14 февр. 2003 г. М., 2003. - С. 23-24.
42. Двинянинова Е.Е. Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов детского населения городов Удмуртии с низким содержанием фторида в воде // Новые технологии в стоматологии. М., 1998. - С. 8 -10.
43. Дедкова Л.Ю. Клинико-лабораторное обоснование выбора композитных материалов при лечении кариеса: Автореф. дис. . канд. мед. наук. -М., 1999.-21 с.
44. Дмитриева Л.А., Шмигирилов В.М. Стоматологические кабинеты терапевтического профиля // Тер. стоматология: Учебное пособие / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. М.: МЕДпресс-информ, 2003. - С. 228-284.

45. Дроздов В.А., Горбунова И.Л., Недосеко В.Б. Текстурные характеристики эмали зуба и ее резистентность к кариесу // Стоматология. 2002. № 4. С. 4-9.
46. Дубовая Л.И. Клинико-психологическое обоснование комплексного подхода к обезболиванию при лечении больных с неосложненным кариесом: Автореф. дис. канд. мед. наук. Киев, 1991. - 24 с.
47. Дырда Н.В. Потребность медицинской службы в силах и средствах для обеспечения детской амбулаторной стоматологической помощи в военном гарнизоне и городе: Автореф. дис. . канд. мед. наук. — СПб., 1999. 24 с.
48. Елизарова В.М. Множественный кариес зубов у детей (особенности патогенеза, диагностики, клиники, лечения): Автореф. дис. . д-ра мед. наук. -М., 1999. -42 с.
49. Елистратова М.И. Краевая проницаемость и устойчивость пломб из композитных материалов: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2001. - 19 с.
50. Ефанов О.И., Дзанагова Т.Ф. Физиотерапия стоматологических заболеваний. М., 1980.- 114 с.
51. Жорова Т, Н. Процесс созревания эмали постоянных зубов после прорезывания и влияние на него различных факторов: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Омск, 1989. - 23 с.
52. Звягинцева В.В. Кариес зубов, резистентность эмали и состояние защитных факторов слюны у школьников в условиях высокогорья: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Тверь, 1990. - 19 с.
53. Иванова Г.Г. Медико-технологическое решение проблем диагностики, прогнозирования и повышения резистентности твердых тканей зубов: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. Омск, 1997. -48 с.

54. Иванова Г.Г., Буянкина Р.Г., Жорова Т.Н. Микролокализация кариеса на жевательных поверхностях моляров // Стоматология. 1987. - № 3. - С. 25-27.
55. Иванова Г.Г., Леонтьев В.К., Питаева А.Н. и др. Разработка и научное обоснование новых способов диагностики, прогнозирования и повышения резистентности зубов к кариесу // Институт стоматологии. 1998. -№ 1. - С. 32-37.
56. Иванова Г.Г., Леонтьев В.К., Жорова Т.Н. Клинические методы определения резистентности зубов к кариесу // Институт стоматологии. 1999. -№1(2). - С. 42-49.
57. Иванова Г.Г., Леонтьев В.К., Питаева А.Н. и др. Разработка и научное обоснование новых способов диагностики, прогнозирования и повышения резистентности зубов к кариесу // Dent-inform. 2001. - № 2. - С. 18-25.
58. Иванова Е.Н. Сравнительная эффективность индивидуальных средств профилактики кариеса зубов и болезней пародонта: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. М., 1990. - 47 с.
59. Кабаков Б.Д., Аркаев В.А. Пособие по оказанию стоматологической помощи в вооруженных силах СССР. М., 1974. - 84 с.
60. Казанцев Н.Л. Эффективность устранения твердых тканей постоянных зубов у детей композиционными материалами: Автореф. дис. . канд. мед. наук.-М., 1993.-23 с.
61. Казанцев Н.Л., Виноградова Т.Ф., Киктенко А.И. Влияние 60-секундного кислотного травления на ультраструктуру эмали постоянных зубов у детей // Новое в стоматологии. 2000. - № 2. - С. 7-9.

62. Каральник Д.М., Балашов А.И. Методика сравнительной оценки пломбировочных материалов, применяемых в стоматологической практике: Методические рекомендации. М., 1978. - 15 с.
63. Киселева Е.Г., Катинас Г.С., Васягина А.А, и др. Способ оценки поведения детей младшего школьного возраста при лечении зубов на основании мимических, вербальных и моторных реакций // Пародонтология. -1997. -№4(6).-С. 51-55.
64. Киселева Е.Г., Васянина А.А., Катинас Г.С. Лечение зубов у школьников и геомагнитный фактор // Пародонтология. 1999. - № 2(12). - С. 50-52.
65. Кисельникова Л.П. Кариес первых постоянных моляров у детей: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Омск, 1990. - 22 с.
66. Кисельникова Л.П. Фиссурный кариес (диагностика, клиника, прогнозирование, профилактика, лечение): Автореф. дис. . д-ра мед. наук. Екатеринбург, 1996. - 42 с.
67. Кисельникова Л.П. Герметики и показания к их применению // Институт стоматологии. 2000. - № 1 - С. 54-56.
68. Кисельникова Л.П. Методика профилактического пломбирования зубов // Клиническая стоматология. 2000а. - № 12. - С. 44-45.
69. Кисельникова Л.П., Леонтьев В.К. Клиника и лечение фиссурного кариеса постоянных зубов с незрелой эмалью // Институт стоматологии. - 2000. -№1.- С. 42-43.
70. Ковалевская Е. О., Дадвани Т. Д., Петров Г.А. Проблемы стоматологического обслуживания населения Московской области //

Стоматология 2003: Материалы 5-го Российского научного форума. 11-14 февр. 2003 г. -М., 2003.-С. 41-42.

71. Косюга С.Ю. Эффективность программ профилактики основных стоматологических заболеваний у детей организованных коллективов Нижегородской области: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2001. - 22 с.

72. Котомин Б.В., Смердова Г.Г., Рутковская Л.В. Распространенность кариеса и заболеваний краевого пародонта у детей г. Смоленска // Физическая культура фактор укрепления здоровья, профилактики и лечения заболеваний. - Смоленск, 1996. - С. 27-29.

73. Котомин Б.В., Рутковская Л.В., Дружинина С.Н. Качественная оценка некоторых отечественных пломбировочных материалов // Актуальные проблемы стоматологии. Смоленск, - 1997. — С. 153-155.

74. Котомин Б.В., Дружинина С.Н., Рутковская Л.В. и др. Опыт применения СИЦ при лечении кариеса зубов у детей // Современные технологии в стоматологии. Смоленск, - 1998. - С. 28-29.

75. Кузьмина И.Н. Профилактика ранних форм кариеса в период прорезывания постоянных зубов у детей: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 1996. - 18 с.

76. Кузьмина И.Н. Герметизация фиссур как метод профилактики кариеса жевательной поверхности моляров // Стоматология для всех. 1998. -№2(3).- С. 21-22.

77. Кузьмина И.Н. Использование СИЦ для пломбирования временных зубов после щадящего препарирования // Медицинский бизнес. 2001. - № 8 (86).-С. 4-5.

78. Кудрявцева Т.В., Орехова Л.Ю. Использование хронометража как элемента определения нормы нагрузки врача-стоматолога // Пародонтология. 1998. -№2(8). -С. 39-41.
79. Кузьмина Э.М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. М., 1995.-48 с.
80. Кузьмина Э.М. Распространенность и интенсивность кариеса у населения России // Клин, стоматология. 1998. - № 1. - С. 36-38.
81. Кузьмина Э.М. Распространенность и интенсивность кариеса у населения России // Терапевтическая стоматология: Учебное пособие / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. М.: МЕДпресс-информ, 2003. - С. 436-439.
82. Кузьмина Э.М., Васина С.А., Смирнова Т.А. и др. Выявление навыков ухода за полостью рта, путем анкетирования детей России и Финляндии // Стоматология. -1995. №1. - С. 55-56.
83. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Козичева Т.А. и др. Использование зубных нитей для гигиены полости рта // Новое в стоматологии. 1996. -№3. - С. 5-8.
84. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Васина С.А. Профилактика как одно из приоритетных направлений стоматологии // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. 1997. - № 1. - С. 10-12.
85. Кузьмина Э.М., Васина С.А., Петрина Е.С., с соавт. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие. М., 2001. - 214 с.
86. Кузьминская О.Ю. Профилактика кариеса зубов и гингивита у детей с использованием фторированного молока: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Смоленск, 2000. - 21 с.

87. Кунин А.А., Некрылов В.А., Рогатнев В.П. и др. Современные пломбировочные материалы: Методические рекомендации. Воронеж, 1993. - 32 с.
88. Курбанов О.Р. Определение потребности населения в различных видах зубных протезов // Российский стоматологический журнал. 2002. -№5.-С. 9-11.
89. Курякина Н.В. Патология твердых тканей зубов, ее профилактика и лечение с учетом алиментарного фактора: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. - М., 1993.-48 с.
90. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. -Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. 744 с.
91. Леонтьев В.К. Кариес и процессы минерализации (разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование профилактики и лечения: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. Омск, 1978.-54 с.
92. Леонтьев В.К. Об этиологии кариеса зубов // Стоматология. 1994. -№ 3. - С. 19-21.
93. Леонтьев В.К. Стоматологическая служба России и перспективы ее развития в новых условиях хозяйствования // Стоматология. 1997. - № 3. - С. 4-7.
94. Леонтьев В.К. Индивидуальные методы профилактики стоматологических заболеваний // Институт стоматологии. 2002. - № 4. - С. 39.

95. Леонтьев В.К., Галиулина М.В., Ганзина И.В., Анисимова И.В. Структурные свойства смешанной слюны у лиц с кариесом при разных значениях индексов КПУ // *Стоматология*. 2002. - № 4. - С. 29-30.
96. Леус П.А. Задачи по внедрению программ массовой профилактики стоматологических заболеваний // *Стоматология*. 1990. - № 3. - С. 4-6.
97. Леус П.А. Фтор в профилактике кариеса зубов (аналитический обзор) // *Стоматология*. 1993. - № 1. - С. 66-72.
98. Леус П.А. Стоматологическое здоровье населения республики Беларусь в свете глобальных целей Всемирной организации здравоохранения и в сравнении с другими странами Европы // *Современная стоматология*. 1997. - № 2. - С. 3-12.
99. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. Минск, 1998.- 186 с.
100. Леус П.А., Делендик А.И. Затраты рабочего времени на приеме стоматолога общего профиля // *Проблемы нейростоматологии и стоматологии*. 1998. - №3. - С. 59-61.
101. Леус П.А., Лобко С.С., Палий Л.И. Зубные отложения и методика их удаления: Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2001. - 40 с.
102. Леус П.А., Тихонова С.М. Тактика стоматолога в профилактике и лечении кариозной болезни на коммунальном уровне с использованием новых технологий // *Стоматологический журнал*. 2002. - № 4. - С. 26-28.
103. Лукиных Л.М. Лечение и профилактика кариеса зубов. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. - 168 с.

104. Лукиных Л.М. Мотивированные формы гигиенического воспитания населения // Стоматология. 1998. Спец. выпуск. - С. 44-45.

105. Лукиных Л.М., Гажева С.И., Казарина Л.Н. Кариез зубов (этиология, клиника, лечение, профилактика). Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. - 129 с.

ҚОСЫМША 1

Төменгі сынып оқушыларының ауыз қуысы гигиенасының негіздерін білуін анықтауға арналған сауалнама.

Сынып:

Жасы:

Жынысы: М/Ж

1) тістерді қалай тазалайсыз?

- Қажет болған жағдайда ғана тазаланбаған тістермен ұйықтауға болады
- Тек кешке тіс тазалаймын
- Күніне екі рет тіс тазалаймын-кешкі астан кейін және таңғы астан кейін

2) тістерді қанша уақыт тазалайсыз?

- 5 минуттан артық
- Бір минуттан аз, бірақ қарқынды
- Үш минуттан кем емес

3) тіс щеткасымен тіс тазалаңыз:

- Электр
- Ультрадыбыстық тіс щеткасымен.
- Механикалық-әдеттегі

4) Сіздің тіс пастасы (тіс ұнтағы) фтор бар ма?

Мен білмеймін

Жоқ, жоқ

Иә, бар

5) тіс щеткасын қалай жиі өзгертесіз?

Жарты жылда бір рет

Жылына бір рет

2-3 айда кем емес

6) ауыз қуысы гигиенасы үшін көбік, шайғыш қолданасыз ба?

Өте сирек

Пайдаланбаймын

Иә, тамақтан кейін әр жолы

7) сіз тәтті жейсіз бе?

Күн сайын

Аптасына бірнеше рет

Сирек тәтті жейді

8) сіз жиі сүзбе жейсіз бе?

Аптасына бірнеше рет

Ешқашан

Күн сайын

9) сәбіз, алма жей ме?

Аптасына бірнеше рет

- Ешқашан
- Күн сайын

10) қарындаш, қалам, тырнақ сияқты зиянды әдеттер бар ма?

- Бұрын болды, бірақ мен олардан құтылдым)
- Иә, менде мұндай әдет бар
- Жоқ, менде мұндай әдеттер жоқ

11) стоматологқа жиі барасыз ба?

- Ешқашан
- Тек аса қажет болған жағдайда, тіс қағғанда
- Жарты жылда бір рет

ҚОСЫМША 2

Орта және жоғары сынып оқушыларының ауыз қуысы гигиенасының негіздерін білуге арналған сауалнама.

Сынып:

Жасы:

Жынысы: М/Ж

1) тістерді қалай тазалайсыз?

- Қажет болған жағдайда ғана тазаланбаған тістермен ұйықтауға болады
- Тек кешке тіс тазалаймын
- Күніне екі рет тіс тазалаймын-кешкі астан кейін және таңғы астан кейін

2) тістерді қанша уақыт тазалайсыз?

- 5 минуттан артық
- Бір минуттан аз, бірақ қарқынды
- Үш минуттан кем емес

3) тіс щеткасымен тіс тазалаңыз:

- Жұмсақ-қызыл иекті бояудан қорқамын.
- Ультрадыбыстық тіс щеткасымен.
- Орташа қатты қыл тіс щеткасымен.

4) Сіздің тіс пастасы (тіс ұнтағы) фтор бар ма?

Мен білмеймін

Жоқ, жоқ

Иә, бар

5) тіс щеткасын қалай жиі өзгертесіз?

Жарты жылда бір рет

Жылына бір рет

2-3 айда кем емес

6) тамақтан кейін тіс тазалау, тіс жіптерін қолданасыз ба?

Тек тіс арасында бірдеңе кептелгенін сезінемін

Пайдаланбаймын

Иә, сондықтан мен тіс арасындағы тамақ қалдықтарын алып тастаймын

7) сіз тәтті жейсіз бе?

Менің рационда күн сайын тәтті нәрсе бар

Аптасына бірнеше рет, шай ішу немесе қант қосылған кофе

Сирек тәтті жейді

8) Сіз өз тағамдарында сәбіз, жасыл алма сияқты өнімдерді пайдаланасыз ба?

Өте сирек

Тұрақты

ешқашан

9) қарындаш, қалам, тырнақ сияқты зиянды әдеттер бар ма?

Бұрын болды, бірақ мен олардан құтылдым)

Иә, менде мұндай әдет бар

Жоқ, менде мұндай әдеттер жоқ

10) Сіз стоматологқа жиі барасыз?

Ешқашан

Жарты жылда бір рет

Тек аса қажет болған жағдайда, тіс қағғанда

ҚОСЫМША 3

Анкета для родителей «Как ухаживает за своими зубами ваш ребенок?»

1. Ухаживает ли Ваш ребенок за полостью рта?

А) чистит зубы утром и вечером

Б) чистит зубы только утром или только вечером

В) полощет рот после еды

2. Систематически ли Ваш ребенок ухаживает за зубами?

А) регулярно

Б) не регулярно

3. Чистит зубы Ваш ребенок?

А) самостоятельно

Б) нужна помощь родителя

4. После приема пищи Ваш ребенок полощет рот?

А) без напоминания

Б) по напоминанию

В) не делает

5. Болели ли когда-нибудь у Вашего ребенка зубы?

А) да

Б) нет

6. Вы лечили у Вашего ребенка зубы в стоматологическом кабинете?

А) да

Б)нет

7.Знает ли Ваш ребенок о том, как можно уберечь зубы от различных болезней?

А)да

Б)нет

В)ваш вариант ответа

8.Покупаете ребенку вредные для зубов продукты? (чипсы, сухарики, колу, чупа-чупс и др.)

А)редко покупаю

Б)часто покупаю

В)не покупаю

9.Вам известно о вреде для детских зубов вредных продуктов?

А)да

Б)нет

10.Вы подаете пример своему ребенку?

А)да

Б)нет