

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ГБОУ ВПО КГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СТОМАТОЛОГИИ

ВЫПОЛНИЛИ: СТУДЕНТЫ 3 КУРСА 6 ГРУППЫ
СТОМАТ. Ф-ТА

АНТОНОВА Е. И., КОВРИКОВА Е. А.

ПРОВЕРИЛА: ПРОФЕССОР, ДОКТОР
МЕДИЦИНСКИХ НАУК ЛОПУХОВА В. А.

Динамическое наблюдение за условиями и образом жизни, уровнем и структурой стоматологической заболеваемости, демографической ситуацией и другими медико-социальными показателями является важной предпосылкой для определения приоритетных направлений профилактических и лечебных стоматологических мероприятий. Кроме того, данные о стоматологической заболеваемости являются необходимыми в оценке состояния стоматологической помощи в регионе.



Стоматологическая помощь, которая включает терапевтическую, ортопедическую и хирургическую стоматологию, относится к наиболее массовым видам медицинской помощи.



Удельный вес стоматологических заболеваний среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20 - 25%₀ (третье место), составляя 345 - 550 случаев на 1000 жителей; обращаемость за стоматологической помощью занимает второе место после обращаемости к врачам - терапевтам. В 99% случаев больные обслуживаются в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Пораженность населения Российской Федерации заболеваниями зубов и полости рта в настоящее время достигает 95 - 99 %₀.



Медико-социальные исследования стоматологической заболеваемости, её зависимости от условий окружающей среды, материальных, бытовых, трудовых условий жизни человека и других факторов имеют большое значение для укрепления здоровья населения.



Распространенность стоматологических заболеваний в свою очередь определяет масштабы пораженности зубо-челюстной системы и величину потребности в терапевтической, ортопедической и хирургической стоматологической помощи. Среди взрослого населения распространенность стоматологических заболеваний достигает 950 -960‰, а в возрастных группах старше 35 лет проблемы, связанные с болезнями зубов, выходят на первое место, причем потребность в зубопротезировании достигает 60 - 100‰. Это свидетельствует об огромной потребности населения в данном виде медицинской помощи.





Недостатки официального учёта стоматологической заболеваемости в настоящее время становятся предпосылкой для проведения исследований с целью оценки распространённости стоматологической заболеваемости населения во взаимосвязи с необходимым объёмом стоматологической помощи.

Общая стоматологическая заболеваемость населения Курской области по данным обращаемости за медицинской помощью в 2011 году составила 420,0 ‰, а среди взрослого населения - 910,0 ‰.

Несомненно кризисная ситуация во многих сферах жизнедеятельности общества обострила влияние многих социально-гигиенических факторов на стоматологическую заболеваемость и требует как переоценки силы влияния этих факторов, так и поиска путей для оптимизации организации профилактических мероприятий в современных условиях.



Планирование программ оказания стоматологической помощи, в том числе и профилактической, во всем мире осуществляется на основании изучения стоматологической заболеваемости населения, которая и определяет стратегию науки и практики.



ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. В целях совершенствования организации стоматологической помощи, повышения ее качества необходима координация деятельности стоматологов в муниципальных учреждениях по проведению стоматологической диспансеризации с учетом индивидуального прогнозирования влияния медико-социальных факторов на развитие стоматологических заболеваний.
2. Выявленные в процессе исследования социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска состояния здоровья стоматологических больных следует использовать для индивидуального моделирования и прогнозирования нарушений состояния их здоровья, что, в свою очередь, требует создания компьютерно-ориентированной информационной базы данных для мониторинга за изменением медико-социальных характеристик стоматологических больных с момента взятия их на диспансерный учет в стоматологической поликлинике и своевременного проведения индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий.

3. При проведении профилактических осмотров стоматологических больных следует соблюдать этапность лечебно-профилактических мероприятий: I этап - обращение к врачу-стоматологу, формирование скрининг-программы наблюдения; II этап - оценка состояния здоровья и состояния ротовой полости; III этап - реализация индивидуальных и групповых программ, направленных на профилактику стоматологических заболеваний; IV этап - индивидуальная оценка эффективности профилактических мероприятий; V этап - компьютерно-ориентированный мониторинг за состоянием здоровья стоматологических больных с целью дальнейшей координации профилактических мероприятий.



4. При проведении среди стоматологических больных первичной и вторичной профилактики следует учитывать выявленные социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска возникновения стоматологических заболеваний. При этом первичная профилактика должна быть направлена на повышение уровня гигиенических знаний и навыков населения по мерам индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний, а вторичная профилактика - на своевременное выявление, лечение и диспансерное наблюдение стоматологических заболеваний.

5. Для прогнозирования стоматологической заболеваемости и состояния здоровья стоматологических больных целесообразно использовать разработанные регрессионные модели, описывающие взаимосвязь между нарушениями состояния здоровья стоматологических больных, социально-гигиеническими и медико-биологическими характеристиками.

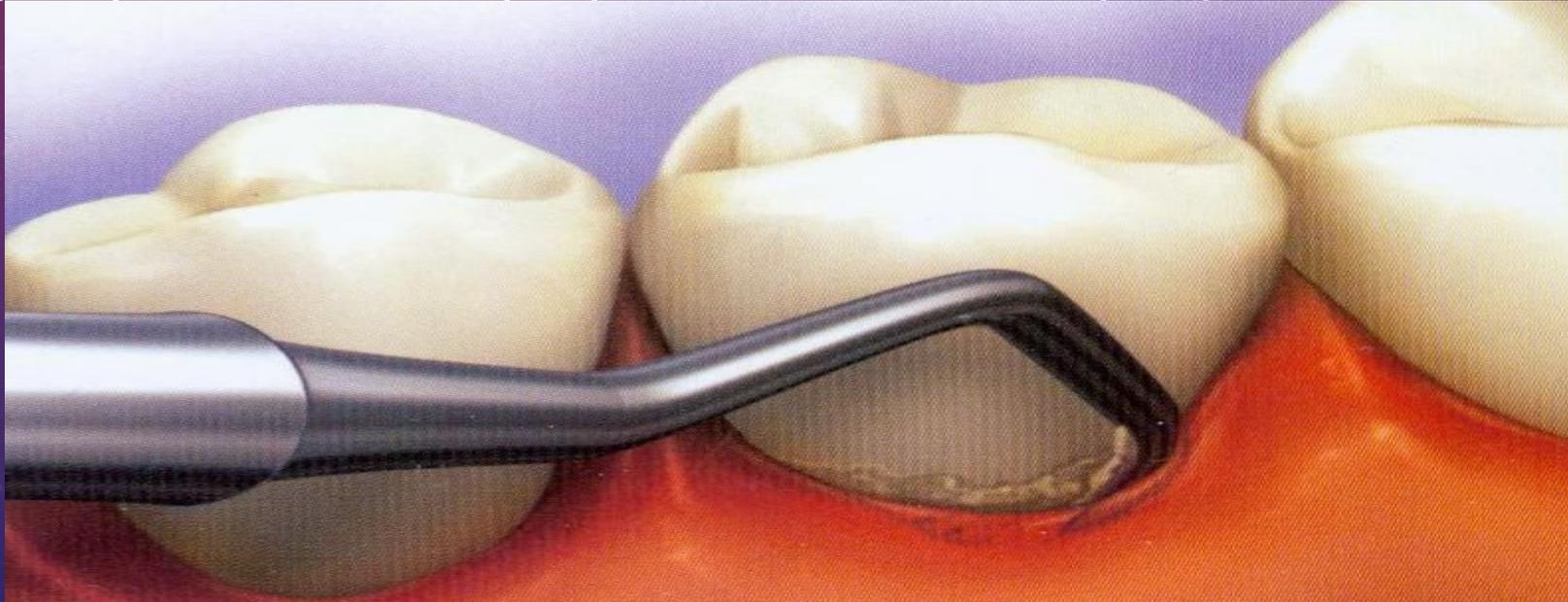


ВЫВОДЫ:

1. Общая стоматологическая заболеваемость населения Курской области по данным обращаемости за медицинской помощью в 20011 году составила 420,0 %, а среди взрослого населения - 910,0 %; в 2004 году к стоматологам области обратилось 871011 человек, что составило 37 % от общей численности населения области (в 2010 году - 39 %); в районах области - 31 % (в 2010 году - 33 %), по г. Воронежу - 43 % (в 2010 году - 37 %); среди детского населения области этот показатель в 2004 году составил 69 % (в 2010 году - 73 %), по районам области - 56 % (в 2010 году - 60 %), по г. Курску - 81 % (в 2010 году - 86 %), что требует существенных сил и средств для оказания стоматологической помощи больным.



2. По нашим данным, структура стоматологических заболеваний характеризуется следующим образом: наибольший удельный вес составляют «Болезни твердых тканей зуба» (49,9 %); на втором месте - «Болезни пульпы и периапикальных тканей» (39,2 %); на третьем - «Болезни десен и пародонта» (7,8 %), и другие заболевания полости рта (3,1 %); за период исследования был отмечен рост удельного веса стоматологических больных с очень высоким уровнем интенсивности кариеса (КПУ 16,3 и выше) от 48,7 % в 2008 г. до 60,8 % - в 2010 году; при увеличении числа обращений за стоматологической помощью и проведении профилактических мероприятий значение КПУ составляет в среднем 13,0, а при отказе от профилактических мероприятий КПУ повышается до 18,6.



3. Социально-гигиенические характеристики больных стоматологического профиля имеют следующие особенности: наибольшее среднее значение КПУ отмечается среди лиц с незаконченным средним образованием; преобладание «женатых» (69,2 %), оценивающих свое материальное положение как «удовлетворительное» (70,0 % лиц); наибольший КПУ у вдовцов и вдов с «неудовлетворительным» материальным обеспечением (21,5), а наименьший - среди «холостых» с «хорошим» материальным обеспечением (9,0) ($p < 0,05$); наибольшее значение индекса КПУ отмечено среди лиц, употребляющих как макаронные, так и хлебобулочные изделия (18,1); наибольший КПУ характерен для стоматологических больных, чистящих зубы 1 раз в день и не использующих дополнительных средств гигиены полости рта (18,9), а наименьший - среди лиц, чистящих зубы 2 и более раз в день с использованием дополнительных средств гигиены (13,7) ($p < 0,05$); у 54,7 % обследованных санирована полость рта; 61,9 % стоматологических больных имеют протезы в полости рта.



4. Особенности медико-биологических характеристик больных стоматологического профиля являются: преобладание лиц в возрасте 50 лет и старше (60,3 %); женщин - 72,6 %; преобладание лиц с неудовлетворительным и плохим уровнем гигиены полости рта - 34,9 % и 24,6 % соответственно; у 60,8 % обследуемых стоматологических больных высокий уровень интенсивности кариеса (индекс КПУ составляет 16,7 в среднем на одного больного); 77,5 % обследуемых стоматологических больных нуждаются в протезировании зубов.

5. К факторам, оказывающим статистически достоверное влияние ($p < 0,05$) на стоматологическую заболеваемость, являются: возраст, уровень образования, общий стаж, качество питания, уровень гигиены полости рта, наличие хронических соматических заболеваний, несвоевременная санация полости рта, недостаточные знания по мерам индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний, несвоевременное обращение за стоматологической помощью, кратность ежедневной чистки зубов.



6. Разработанные прогностические модели, описывающие зависимость стоматологической заболеваемости от основных факторов риска с вероятностью не менее 95 %, позволяют выбрать наиболее оптимальный вариант наблюдения врачом-стоматологом стоматологического больного с целью своевременной профилактики стоматологической заболеваемости. Для построения прогностических моделей достаточно минимального набора показателей, отобранных на основе метода «дискретных корреляционных плеяд».

7. Профилактика стоматологической заболеваемости должна включать: здоровый образ жизни; дифференцированный подход к динамическому диспансерному наблюдению за состоянием здоровья пациентов с учетом их индивидуальных медико-биомеханических



Список литературы:

1. Аврамова О.Г. Перспективы разработки профилактических стоматологических программ в России (исторический и ситуационный анализ) / О.Г.Аврамова, В.К.Леонтьев // Стоматология. - 2010. - Т. 77, № 2. - С. 1118.
2. Алимский А.В. Принципиальные подходы к организации бюджетной и внебюджетной стоматологической помощи населению / А.В. Алимский // Медицинская помощь. 2013. - № 6. - С. 4-5.
3. Алимский А.В. Принципы и методические особенности изучения динамики стоматологической заболеваемости среди жителей северных регионов / А.В.Алимский // Новое в стоматологии. 20012. - № 7. - С. 77-80.
4. Алимский А.В. Состояние зубов и пародонта у населения Российской Федерации и потребность в специализированной стоматологической помощи / А.В.Алимский // Стоматолог. 2008. - № 8. - С. 3-5.
5. Антипенко А.Э. О проекте концепции развития системы стоматологических услуг населению РФ (организационно-экономические аспекты) / А.Э.Антипенко, Э.С.Антипенко. -М., 2009. 12 с.
6. Антипенко А.Э. Распространенность и причины утраты зубов у детей и подростков / А.Э.Антипенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. М.,2010. - № 6. - С. 17-19.
7. Белякова Е.В. К оценке динамики стоматологического статуса у взрослого населения / Е.В.Белякова // Сб. науч. тр. ММСИ. М., 2009. - С. 10
8. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф.Виноградова. М. : Медицина, 2008. - 238 с.
9. Вишняков Н.И. Здравоохранение как системообразующий фактор здоровья населения / Н.И.Вишняков, Н.Г.Петрова, Е.В.Макушенко. СПб. : НИИХ СПб ГУ,2011. - С. 12-16.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

