

СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 614.31:614

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Л.Д. Вейсгейм, Е.В. Люмкис
Кафедра стоматологии ФУВ ВолГМУ

ORGANIZATION OF DENTAL CARE AS A SOCIAL PROBLEM

L.D. Veisgeim, E.V. Loumkis

Abstract. The article deals with analysis of dental disease incidence among people engaged in aluminium works. A number of recommendations for optimizing organization of dental care in metallurgic industry has been suggested.

Key words: dental care, social problems.

Болезни зубов и полости рта являются самым распространенным видом патологии человеческого организма. Практически все люди (98–99 %) с раннего детства и до глубокой старости нуждаются в тех или иных видах и объемах стоматологической помощи. Рост показателей стоматологической заболеваемости населения России на современном этапе свидетельствует о неадекватности стоматологической помощи потребностям населения. Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта в целом по России составляет от 60 до 100 %, показатель нуждаемости в ортопедическом лечении варьирует от 70 до 100 %.

Анализ состояния здоровья работающих на промышленных предприятиях за 2004–2005 гг. показывает, что и сейчас сохраняется высокий уровень профессиональной заболеваемости как в целом по стране (3,23 на 10 тыс. работающих) и цветной металлургии (13,27), так, в частности, и в алюминиевой промышленности, а именно 24,6 на 10 тыс. работающих. Начиная с 1999 г. отмечается резкий рост профессиональной заболеваемости в Российской алюминиевой промышленности, что связано, в первую очередь, с отставанием внедрения ряда проектных решений (средства механизации, режим и эффективность газоотсоса, в 80 % случаев устаревшее и изношенное оборудование), несовершенством конструкций укрытий, в неудовлетворительном состоянии санитарно-технических установок (вент-

системы), а также имеющей место нестабильностью технологического процесса [1–8].

Из-за сложного финансового положения отмечаются перебои с приобретением и регулярным снабжением рабочих спецодеждой, средствами индивидуальной защиты органов дыхания, слуха, вибрации, сокращено специальное питание, отсутствует должный контроль за соблюдением режима труда и отдыха.

Не заключены договора на проведение аттестации рабочих мест (даже первоочередные) в цехах и на участках, где регистрируется повышенная профессиональная заболеваемость среди рабочих.

Не в полном объеме используются цеховые медицинские пункты, профилактории предприятий для получения профилактического лечения рабочих, имеющих контакт с вредными и неблагоприятными условиями труда.

Медсанчасти, проводящие профилактические медицинские осмотры, не в полной мере оснащены необходимым оборудованием и обеспечены подготовленными кадрами для проведения обязательных медосмотров рабочих, что сказывается на их качестве. Выявление больных происходит часто на поздних стадиях развития болезни, когда уже неэффективны профилактические мероприятия.

Таким образом, на предприятиях алюминиевой промышленности в настоящее время существует достаточно высокий риск возникновения профессиональной патологии [9–12].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить уровень стоматологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих электролизного цеха Волгоградского алюминиевого завода, проанализировать нетрудоспособность по стоматологическим заболеваниям, выявить основные факторы, оказывающие на нее влияние.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ общей заболеваемости в электролизном цехе АОА "Волгоградский алюминий" проведен на материале исследований и интерпретации данных за 2004–2005 гг. по итогам профилактических осмотров по обращаемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе стоматологической заболеваемости за последние 5 лет в алюминиевой промышленности по видам нетрудоспособности установлено, что наибольший удельный вес составляет утрата трудоспособности по заболеваниям: 85,96 % от числа случаев и 76,64 % от числа дней нетрудоспособности. Среди заболеваний наибольший удельный вес в случаях нетрудоспособности составляют одонтогенные воспалительные заболевания (58,65 % от числа всех случаев нетрудоспособности), что указывает на важнейшее значение в комплексе предупредительных мероприятий плановой санации полости рта рабочих промышленных предприятий. В то же время удельный вес числа дней нетрудоспособности по одонтогенным заболеваниям составляет только половину (49,94 %) от общего числа дней нетрудоспособности. Это обстоятельство указывает на сложность проблемы по снижению и предупреждению стоматологической заболеваемости с утратой трудоспособности, ибо проведение только санации полости рта не решает всей проблемы по предупреждению временной утраты трудоспособности по стоматологическим заболеваниям.

Частота случаев нетрудоспособности уменьшается с увеличением возраста, что подтверждается показателем корреляции между частотой случаев нетрудоспособности и возрастными показателями, равным –0,28. Наличие обратной связи между указанными показателями объясняется тем, что частота случаев нетрудоспособности формируется в основном за счет одонтогенных процессов, число которых, естественно, уменьшается с увеличением возраста.

Наиболее высокие показатели числа дней нетрудоспособности установлены в группах лиц молодого и пожилого возрастов и низкие – в средних возрастных группах. Увеличение числа дней

нетрудоспособности в молодом возрасте связано с отмеченным выше увеличением числа одонтогенных заболеваний, в пожилом – с ростом числа прочих болезней; некоторые из них, например, опухолеподобные заболевания сопровождаются длительной нетрудоспособностью.

Удельный вес заболеваний, сопровождающихся утратой трудоспособности, составляет от 3,8 до 15,1 % от общего числа острых заболеваний, зарегистрированных на стоматологическом приеме по обращаемости. Редко (от 5,3 до 9,9 %) сопровождается утратой трудоспособности острый периодонтит, а также заболевания пародонта (1,5–19,1 %). Что касается остальных стоматологических заболеваний, приведенных в табл. 1, то они могут сопровождаться утратой трудоспособности более, чем в половине случаев. Особенно высокие показатели "выхода" обращаемости на нетрудоспособность отмечается при одонтогенном остеомиелите и периостите челюсти, при производственных травмах (табл.).

Медико-санитарная часть завода "Волгоградский алюминий" проводит профилактическую работу в следующих формах: предварительные профилактические осмотры при приеме на работу (в отделении профилактики) и плановые периодические профилактические осмотры (в условиях различных отделений поликлиники и профилактория). Медицинские осмотры проводятся согласно приказу МЗ РФ № 90 от 14.03.1996 г. "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии".

Таблица

Частота выдачи листков нетрудоспособности на стоматологическом приеме

Заболевания	Удельный вес, %	Интервалы показателя	
		минимальный	максимальный
Остеомиелит одонтогенный	95,5	93,7	100,0
Травма производственная	94,3	91,3	100,0
Флегмона челюстно-лицевой области	87,5	61,7	98,4
Периостит одонтогенный	82,8	69,7	95,2
Альвеолит	51,2	34,6	65,4
Перикоронарит	47,4	24,4	71,1
Травма челюстно-лицевой области бытовая	47,1	23,0	72,2
Болезни слизистой оболочки полости рта	28,6	10,7	50,2
Болезни нервов челюстно-лицевой области	27,3	9,9	65,1
Периодонтит	9,0	5,3	9,9
Заболевания пародонта (воспалительная форма)	6,3	1,5	19,1

Всего:	13,3	3,8	15,1
--------	------	-----	------

Для прохождения медосмотров определенных контингентов составляется поименный список с указанием профессии, вредных и опасных веществ и производственных факторов, стажа работы в данных условиях. Кратность обследования составляет 1 раз в год. По результатам периодического медицинского осмотра составляется заключительный акт и предоставляется в Центр Госсанэпиднадзора.

При анализе общей заболеваемости рабочих электролизного цеха с временной утратой трудоспособности за 2004 г. среди причин первичной обращаемости нами было выявлено в порядке убывания: 39,81 % – профзаболевания; 27,05 % – острые респираторные заболевания (ОРВИ); 10,75 % – болезни кожно-мышечной системы; 9,27 % – гипертония; 7,26 % – бронхиты; 5,86 % – заболевания нервной системы. За 2005 г. эти показатели составили: 40,01 % – профзаболевания; 31,45 % – ОРВИ; болезни кожно-мышечной системы – 9,32 %; гипертония – 9,17 %; 6,35 % – бронхиты; 3,99 % – заболевания нервной системы.

При анализе стоматологической заболеваемости за 2004–2005 гг. по случаям временной нетрудоспособности наибольший удельный вес составили острые гнойные периоститы, низкий процент случаев альвеолита и заболеваний ВНЧС.

Удельный вес стоматологических заболеваний, сопровождающихся утратой трудоспособности, составил на 2004 г. 0,3 % от общего числа заболеваний, зарегистрированных по обращаемости, а в 2005 г. еще более снизился (на 0,1 %) и составил 0,2 %. Эти показатели свидетельствуют о проведении своевременной плановой санации полости рта и оказании стоматологической помощи в ранние сроки, что предупреждает развитие осложнений. Важнейшим методом снижения временной нетрудоспособности по стоматологической заболеваемости явилась организация контроля за экспертизой нетрудоспособности со стороны администрации стоматологической поликлиники завода. Систематический контроль за экспертизой нетрудоспособности, установленный в стоматологической поликлинике, безотказная

госпитализация больных в стоматологический стационар позволили снизить частоту выдачи на приеме больничных листов почти на одну треть.

Одновременно снизилась потеря трудоспособности по некоторым заболеваниям внутренних органов за двухлетний период, хотя удельный вес профессиональных заболеваний в электролизном цехе АОА "Волгоградский алюминий" остается, к сожалению, значительно высоким и за 2005 г. превышает показатели 2004 г. на 0,2 %.

Этот факт является обоснованием для изучения профессионально-обусловленной патологии органов полости рта в условиях электролизного цеха Волгоградского алюминиевого завода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аншиц А.Г., Поляков П.В., Кучеренко А.В. и др. // Обзорная информация ВАМИ. – Л., 1992. – С. 4–6.
2. Артамонова В.Г. // Медицина труда и промышленная экология. – 1995. – № 5. – С. 4–6.
3. Валова Г.А., Ползик Е.В., Щербаков С.В. и др. // Гигиена и санитария. – 1993. – № 4. – С. 22–25.
4. Валова Г.А., Ползик Е.В., Зингер В.Е. и др. // Цитология и генетика. – 1994. – Т. 28. – № 3. – С. 56–59.
5. Генкин А.М., Колмогорцева В.М., Капралова Л.И. и др. // Гигиена труда и профпатология в алюминиевой промышленности: сб. статей. – М., 1976. – С. 34–38.
6. Гигиеническая оценка условий труда на основе определения риска возникновения профессиональных заболеваний (отравлений): метод. рекомендации. – Кемерово, 1998. – 25 с.
7. Гигиенические критерии оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса: метод. рекомендации. Госкомсанэпиднадзор России. – М.: 1994. – 42 с.
8. ГОСТ 12.1.005–88. Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны.
9. Измеров Н.Ф., Капцов В.А., Денисов Э.И. и др. // Медицина труда и промышленная экология. – 1993. – № 3–4. – С. 1–4.
10. Кравцов И.М., Данилов И.П., Кравцов К.И. и др. // Проблемы медицины труда: сб. статей. – Новокузнецк, 1996. – С. 42.
11. Крон К., Бьерсет О. Атмосфера в цехах электролиза и санитарно-гигиенические аспекты процесса электролиза алюминия. – Л.: ВАМИ, 1986. – 15 с.
12. Олещенко А.М., Большаков В.В., Зайцева Л.С. // Проблемы медицины труда: сб. статей. – Новокузнецк, 1996. С. 54–55.