

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПАНСЕРНЫХ ГРУПП СТУДЕНТОВ С ОСНОВНЫМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Т. С. Чижикова, С. В. Дмитриенко, Е. С. Соломатина,
И. С. Толмачева, М. В. Вологина, М. О. Ковалев*

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра терапевтической стоматологии, кафедра стоматологии детского возраста*

Нами было проведено обследование студентов с основными стоматологическими заболеваниями. Определили критерии для формирования диспансерных групп с помощью предложенной нами балльно-рейтинговой оценки состояния челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: диспансеризация, диспансерные группы, балльно-рейтинговая оценка.

CHARACTERISTICS OF OBSERVABLE GROUPS OF STUDENTS WITH BASIC DENTAL DISEASES

*T. S. Chizhikova, S. V. Dmitrienko, E. S. Solomatina,
I. S. Tolmacheva, M. V. Vologina, M. O. Kovalev*

We performed an investigation of students with basic dental diseases and defined criteria for formation of observable groups by means of a points system for estimating the condition of maxillofacial area.

Key words: preventive medical examination, observable groups, points system.

Диспансеризация является методом медико-санитарного обслуживания населения, включающего необходимый комплекс оздоровительных, социально-профилактических мероприятий, направленных на сохранение и повышение трудоспособности диспансеризуемых контингентов (Виноградова Т. Ф., 1988).

В детском возрасте для диспансеризации детей с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области выделены 4 диспансерные группы и разработан алгоритм лечебно-профилактических мероприятий в каждой из них (Хорошилкина Ф. Я., 2005). Однако контингент студентов включает как детское (до 18 лет), так и взрослое население, что затрудняет проведение диспансеризации и требует привлечения как детских стоматологов, так и других врачей стоматологического профиля (Proffit W. R., Fields H. W., 2007).

В настоящее время студенческая молодежь не охвачена диспансерной помощью, лечение проходит по принципу обращаемости, а не организованного диспансерного наблюдения и лечения (Шпокас Й. А., 1986, Шевлякова Л. А., 2005). Кроме того, до настоящего времени не определены критерии для формирования диспансерных групп студентов с основными стоматологическими заболеваниями.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработка критериев для формирования диспансерных групп студентов с основными стоматологическими заболеваниями на основе балльно-рейтинговой оценки состояния челюстно-лицевой области.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами предложена балльно-рейтинговая оценка состояния челюстно-лицевой области.

Проведено обследование свыше 2000 студентов различных вузов Волгограда. Оценивались данные стоматологического статуса, краниометрических методов исследования, результатов биометрического, фотостатического и других методов клинического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В первую диспансерную группу мы включили студентов с интактным зубным рядом, ранее санированных с компенсированной формой кариеса зубов, с хорошим уровнем гигиены полости рта, с сомнительной формой флюороза.

Первую диспансерную группу составили студенты с интактным пародонтом и состоянием после лечения локализованных, генерализованных форм гингивита.

Были включены студенты, у которых наблюдались травматические поражения различного происхождения (механические, физические, химические), наблюдалось прикусывание щек и слизистой оболочки губ, метеорологический хейлит.

К первой диспансерной группе мы отнесли студентов с физиологической окклюзией постоянных зубов без нарушения функций челюстно-лицевой области, с восстановленными дефектами зубных рядов малой (1—3 зуба) протяженности, а также пациентов после завершения ретенционного периода ортодонтического лечения зубоальвеолярных форм патологии и комплексного (хирургического, ортодонтического и ортопедического) лечения гнатических форм аномалий окклюзии в различных направлениях.

Общая оценка состояния челюстно-лицевой области у студентов 1-й диспансерной группы составляла 81—100 баллов.

Во вторую диспансерную группу вошли студенты, имевшие компенсированную форму кариеса зубов, ранее санированные с субкомпенсированной формой кариеса зубов, с хорошим уровнем гигиены полости рта, а также имевшие очень слабую форму флюороза или ограниченную пятнистость, травму зубов, стирание твердых тканей зубов горизонтального типа I степени.

Во вторую диспансерную группу входили студенты практически здоровые, у которых наблюдалась стабилизация процесса при гингивитах до 1 года, при пародонтите и пародонтозе до 2 лет.

Во 2-ю диспансерную группу вошли студенты с хроническим герпетическим стоматитом, различными формами хейлита, глоссита.

Во вторую группу входили студенты с дефектами зубных рядов малой и средней протяженности (4—6 зубов), а также студенты с большими по протяженности дефектами зубных рядов (более 6 зубов), восстановленных протетическими конструкциями. К этой же группе отнесли лиц, имеющих аномалии подвижной части слизистой оболочки полости рта (в виде гипертрофированных щечных тяжей, мелкого преддверия полости рта, выраженных уздечек губ и языка). Во вторую диспансерную группу включали студентов с физиологической окклюзией постоянных зубов, но измененными параметрами кранио-фациального комплекса. У этих студентов ранее было проведено ортодонтическое и протетическое лечение без нормализации параметров кранио-фациального комплекса хирургическими методами лечения.

Общая оценка состояния челюстно-лицевой области у студентов 1-й диспансерной группы составляла 61—80 баллов.

В 3-ю диспансерную группу были включены студенты, имевшие субкомпенсированную форму кариеса, с удовлетворительным или плохим уровнем гигиены полости рта, а также ранее санированные с декомпенсированной формой кариеса зубов, со слабой формой флюороза или с диффузной пятнистостью, имевшие поверхностные клиновидные дефекты и начальные эрозии эмали, со стиранием твердых тканей зубов горизонтального типа II степени, с повышенной чувствительностью отдельных зубов I—II степени.

К третьей группе относились студенты с катаральным, язвенным, гипертрофическим гингивитом, пародонтитом и пародонтозом различной степени тяжести.

В третью диспансерную группу были включены студенты, у которых наблюдался хронический рецидивирующий афтозный стоматит, гиперкератоз альвеолярного отростка и по линии смыкания зубов, лейкоплакия и красный плоский лишай (типичная форма).

К третьей диспансерной группе относили студентов с зубо-альвеолярными формами аномалий окклюзии (патологической окклюзией и оптимальными инди-

видуальными параметрами кранио-фациального комплекса), с дефектами зубных рядов малой и средней протяженности, осложненных деформациями зубных дуг в области дефекта, дефектов зубных рядов большой протяженности. К этой же диспансерной группе относили студентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области, с дефектами челюстных костей (посттравматическими и постоперационными), которым было проведено в полном объеме комплексное лечение.

Общая оценка состояния челюстно-лицевой области у студентов 1-й диспансерной группы составляла 41—60 баллов.

В 4-ю диспансерную группу вошли студенты, имевшие декомпенсированную форму кариеса зубов с удовлетворительным или плохим уровнем гигиены полости рта, со средней формой флюороза, с гипоплазией эмали, со средними клиновидными дефектами и эрозиями эмали, со стиранием твердых тканей зубов горизонтального типа III степени или вертикального типа, с повышенной чувствительностью отдельных зубов III степени или тотальной.

В четвертую диспансерную группу вошли студенты, имевшие заболевания тканей пародонта как симптом на фоне общей патологии организма, синдром Папийона-Лефевра, идиопатические заболевания пародонта, синдром Элерса-Данлоса.

В четвертую диспансерную группу вошли студенты, имевшие симптомы и синдромы общих заболеваний, проявляющиеся в полости рта, различные формы лейкоплакии и красного плоского лишая (веррукозная, эрозивно-язвенная, гиперкератотическая).

К четвертой диспансерной группе относили студентов с гнатическими формами аномалий окклюзии (патологическая окклюзия с аномальными индивидуальными параметрами кранио-фациального комплекса). К этой же диспансерной группе относили студентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области, с дефектами челюстных костей (посттравматическими и постоперационными), у которых лечение не было закончено в детском возрасте.

Общая оценка состояния челюстно-лицевой области у студентов 1-й диспансерной группы составляла менее 40 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, формирование диспансерных групп студентов, разработка программы диспансеризации позволит улучшить показатели заболеваемости и снизить показатели нуждаемости в лечении стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. — М.: Медицина, 1988. — С. 209, 220—224.
2. Хорошилкина Ф. Я., Персин Л. С., Окушко-Калашникова В. П. Ортодонтия. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстной области. Книга IV. — М., 2005. — 460 с.

3. *Шевлякова Л. А.* Стоматологическая заболеваемость у студентов высших учебных заведений и пути ее профилактики: Автореф. дис. кан. мед. наук. — Тверь, 2005. — 21 с.

4. *Шпокас И. А.* Эффективность системы первичной профилактики основных стоматологических заболеваний среди студентов г. Каунаса: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Каунас, 1986. — 24 с.

5. *Proffit W. R., Fields H. W.* Contemporary Orthodontics, 4 Edition. Mosby. — 2007. — 751 p.

Контактная информация

Вологина Мария Викторовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии детского возраста, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: Vologina_mariya@mail.ru

УДК [614.1:314.144] (470.1/2):613.81(470.1/2)

СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА ЛЕГКИХ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ РОССИИ

К. В. Шельгин

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

С помощью методов анализа временных рядов изучалась динамика и связь с уровнем потребления алкоголя смертности от злокачественных новообразований трахеи, бронхов, легких в Архангельской, Вологодской, Мурманской области. Выявлена значимая связь между индикатором потребления алкоголя и смертностью в мужских популяциях.

Ключевые слова: смертность от рака легких, потребление алкоголя, Европейский Север России.

LUNG CANCER MORTALITY AND ALCOHOL CONSUMPTION IN THE EUROPEAN NORTH OF RUSSIA

K. V. Shelygin

Using the methods of time series analysis we studied the dynamics and relationship with the extent of alcohol consumption in cancer of trachea, bronchus and lung mortality in the Arkhangelsk, Vologda, Mumansk region. We revealed a significant association between the indicator of alcohol consumption and mortality in male populations.

Key words: mortality from lung cancer, alcohol consumption, European North of Russia.

В структуре общепопуляционной смертности от злокачественных новообразований в России опухоли трахеи, бронхов, легких занимают наибольший удельный вес [1]. Ряд исследований показывает связь риска развития злокачественных новообразований легких в зависимости от вида и частоты потребляемых алкогольных напитков [3]. В России отмечается высокий уровень алкоголизации населения с преобладанием потребления крепких спиртных напитков, при этом выявляется нарастание алкогольассоциированной смертности с юга на север европейской части страны [2]. Оценка динамики и алкогольной атрибутивности смертности от рака легких способствует разработке адекватных профилактических мер заболеваемости этой патологией.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Охарактеризовать динамические тенденции смертности от злокачественных новообразований трахеи, бронхов и легких и ее ассоциированность с уровнем потребления алкоголя в трех крупных регионах Европейского Севера России — Архангельской, Вологодской, Мурманской областей за период 1975—2010 гг.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные о смертности населения от злокачественных новообразований трахеи, бронхов, легких и отравлений алкоголем для периода 1975—2010 гг. предоставлены Территориальными органами Федеральной службы государственной статистики (Архангельскстат, Вологдастат, Мурманскстат). Стандартизация коэффициентов смертности производилась прямым методом по мировому стандарту населения (Segi («world») standard) с учетом стандартной ошибки и 95 % доверительного интервала (ДИ). Поскольку достоверность статистического учета продаж алкогольной продукции вызывает обоснованные сомнения [5], в качестве показателя, отражающего уровень алкоголизации населения, использовался один из наиболее валидных индикаторов — уровень смертности населения от отравлений алкоголем в возрасте 15 лет и старше для всего населения, мужчин и женщин [7]. Построением моделей ARIMA (авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего) производилось «выбеливание» рядов смертности. Для выявления связи между остатками моделей использовалась кросс-корреляционная функция (r) с учетом лага (lag) и стандартной ошибки (SE) [4]. Стационарность модифицированных временных рядов конт-