

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Р.А. Бреусов, О.Е. Коновалов, Т.С. Родина, Н.Н. Федотова

Российский университет дружбы народов, г. Москва,
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Статья посвящена описанию проведенного авторами комплексного социально-гигиенического исследования по изучению причин, структуры и уровня стоматологической заболеваемости трудоспособного населения, проживающего в различных субъектах Центрального Федерального округа. На основе оценки состояния стоматологического здоровья населения разработаны рекомендации, направленные на его улучшение.

Ключевые слова: здоровье, стоматологическая заболеваемость, трудоспособный возраст, оценка.

В настоящее время в качестве одного из основных индикаторов качества жизни рассматривается здоровье человека, важнейшей составной частью которого является состояние зубов и полости рта, получившее в специальной литературе название «стоматологическое здоровье» (1, 3). Понятие «стоматологическое здоровье» имеет две стороны – субъективную, зависящую от самой личности, отношения человека к своему здоровью и объективную, обусловленную уровнем развития стоматологической службы, принципами организации стоматологической помощи (2). Особенно актуальным в свете реализации основных положений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является осуществление комплекса профилактических мероприятий, направленных не только на поддержание здоровья населения на должном уровне, но и на снижение уровня заболеваемости. При этом основное внимание уделяется совершенствованию системы организации и оказания стоматологической помощи городским и сельским жителям в лечебно-профилактических учреждениях различных регионов, основанной на глубоком и всестороннем изучении характера и выраженности патологии (4, 5).

Материалы и методы

С этой целью нами было проведено комплексное социально-гигиеническое исследование, направленное на изучение причин, структуры, уровня стоматологической заболеваемости трудоспособного населения и разработку на этой основе комплекса мероприятий, направленных на ее снижение. В процессе работы обследовано состояние зубов и полости рта у 216 пациентов, проживающих в различных субъектах федерации, входящих в состав Центрального федерального округа (ЦФО). Изучены ретроспективные данные о состоянии стоматологического

здоровья посредством выкопировки сведений из 265 медицинских карт стоматологических больных (ф.№043/у) проведен сравнительный анализ основных показателей заболеваемости по различным возрастно-половым и социальным группам населения за определенные интервалы времени: 1995-1997 и 2005-2007 г.г. Оценка распространенности стоматологической патологии среди трудоспособного населения изучаемых регионов выявила существенные различия как по годам и территориям, так и по категориям исследуемых лиц (проживающие в городе или в селе).

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования установлено, что самые низкие значения показателя первичной обращаемости за стоматологической помощью среди изучаемых контингентов населения отмечались в Орловской области. Так, количество первичных обращений за стоматологической помощью населения Орловской области за периоды 1995-1997 г.г. и 2005-2007 г.г. в среднем за год было меньше, по сравнению с аналогичными показателями по Калужской и Тульской областям в 6,2 раза и в 12,8 раза соответственно (табл. 1). Наиболее высокие значения показателя первичной обращаемости за стоматологической помощью в исследуемые периоды отмечались в Тульской области, как среди жителей города, так и на селе.

Таблица 1.

Показатели первичной обращаемости населения за стоматологической помощью в регионах России, в среднем за год (в ‰)

Количество первичных обращений	Калужская область		Тульская область		Орловская область	
	1995-1997	2005-2007	1995-1997	2005-2007	1995-1997	2005-2007
Жители города	1034	1061	2132	2499	1074	1137
Жители села	421	362	854	942	520	324

В 1995-1997 гг. показатели стоматологической заболеваемости в Тульской области были больше, по сравнению с аналогичными категориями жителей Калужской области в те же годы, в среднем в 2,1 и в 2,0 раза соответственно.

В динамике исследования отмечались разнонаправленные изменения показателей первичной обращаемости за стоматологической помощью, как среди жителей города, так и села. В частности, у городских и сельских жителей Тульской области показатель обращаемости за стоматологической помощью в 2005-2007 гг., по сравнению с 1995-1997 гг., увеличился на 17,2% и на 10,3% соответственно, в то время, как у одноименных категорий в Калужской области данные показатели существенно не изменились.

В те же временные периоды количество первичных обращений у городских жителей в Калужской области в 2005-2007 гг., по сравнению с 1995-1997 гг., увеличилось в среднем на 2,5%, а у сельских жителей – уменьшилось на 14,1%.

В Орловской области значение показателя обращаемости за медицинской помощью городских жителей в 2005-2007 гг., по сравнению с 1995-1997 гг., увеличилось, в среднем на 5,9%, а сельских - уменьшилось в 1,6 раза.

Следует отметить, что наиболее высокие значения показателей стоматологической заболеваемости в 2005-2007 гг. у жителей городов отмечались в Московском регионе и составляли 947 ‰ и 638 ‰ соответственно. По остальным регионам, входящим в состав ЦФО, значения показателей стоматологической заболеваемости городских и сельских жителей ниже приведенных в 1,2-1,6 раза.

Следовательно, выявлены существенные различия в стоматологической заболеваемости (по данным первичной обращаемости) населения исследуемых регионов ЦФО. Более высокие показатели заболеваемости отмечены в Тульской области, самые низкие – в Орловской и Смоленской областях. Обращаемость за стоматологической помощью городского населения существенно выше, чем сельского населения. Это отмечается практически во всех исследуемых регионах РФ. Выявленные различия в уровне стоматологической заболеваемости не могли не сказаться на структуре патологии в исследуемых регионах ЦФО.

В связи с этим проведена сравнительная оценка характера стоматологической патологии у населения наиболее показательных в этом плане Тульской, Калужской, Орловской и Смоленской областей. В результате установлено, что в Тульской области в структуре стоматологических заболеваний как городского, так и сельского населения в 1995-1997 гг. и в 2005-2007 гг. ведущими являлись частичное и полное отсутствие зубов, а также патология твердых тканей (табл. 2). В указанные годы на их долю в общей структуре заболеваний приходилось свыше 90%. В то же время в Калужской области в 1995-1997 гг. ведущими в структуре

Таблица 2.

Характеристика структуры патологии, потребовавшей стоматологической помощи в Тульской области в 1995-1997 гг. и в 2005-2007 гг., в %

Год	Кол-во лиц, закон. лечен.	Из них с нозологическими формами							
		Патолог. твердых тканей	Патолог. стираемость	Частичное отсутствие зубов	Полное отсутствие зубов	Болезни пародонта	Аномалии и деформации	Сложно-чел. патология	Итого
1995-1997	171265	16,8	3,9	55,0	18,3	5,8	0,2	0,03	100,0
2005-2007	133397	15,0	2,5	64,5	13,7	4,2	0,1	0	100,0

стоматологической заболеваемости населения являлись патология твердых тканей (37,8%), болезни пародонта (34,4%) и частичное отсутствие зубов (17,6%). В данной области в 2005-2007 г.г. значимость указанных нозологических форм стоматологических заболеваний в общей их структуре изменилась незначительно (табл. 3).

Таблица 3.

Характеристика структуры патологии, потребовавшей стоматологической помощи в Калужской области в 1995-1997 гг. и в 2005-2007 гг., в %

Год	Кол-во лиц, закон. лечен.	Из них с нозологическими формами							Итого
		Патолог твердых тканей	Патолог стираемость	Частичное отсутствие зубов	Полное отсутствие зубов	Болезни пародонта	Аномалии деформации	Сложно-чел. лицев. патология	
1995-1997	166357	37,8	2,7	17,6	4,6	34,4	2,89	0,01	100,0
2005-2007	182493	27,9	13,2	18,5	14,4	23,7	2,29	0,01	100,0

В Орловской области (табл. 4) в структуре заболеваемости в 1995-1997 г.г. ведущими нозологическими формами являлись патология твердых тканей (34%), частичное отсутствие зубов (30%)

Таблица 4.

Характеристика структуры патологии, потребовавшей стоматологической помощи в Орловской области в 1995-1997 гг. и в 2005-2007 гг., в %

Год	Кол-во лиц, закон. лечен.	Из них с нозологическими формами							Итого
		Патолог твердых тканей	Патолог. стираемость	Частичное отсутствие зубов	Полное отсутствие зубов	Болезни пародонта	Аномалии и деформации	Сложно-чел. лицев. патология	
1995-1997	127533	34,0	3,6	30,0	27,8	3,4	0,9	0,3	100,0
2005-2007	267482	13,2	1,9	27,8	15,5	19,6	21,9	0,1	100,0

и полное отсутствие зубов (27,8%). Однако, в 2005-2007 г.г. в структуре стоматологической заболеваемости населения произошли изменения. Так, на фоне некоторого уменьшения, по сравнению с 1995-1997 г.г., доли патологии твердых тканей (на 10,8%) и полного отсутствия зубов (на 22,3%), в структуре заболеваемости отмечалось увеличение доли аномалий и деформаций (на 21%) и болезней пародонта (на 16,2%).

Важно отметить, что в Смоленской области, в отличие от других исследуемых регионов ЦФО, в структуре стоматологической заболеваемости городского и сельского населения на долю патологической стираемости и патологии твердых тканей приходится около 30% (табл. 5).

Таблица 5

Характеристика структуры патологии, потребовавшей стоматологической помощи в Смоленской области в 2005-2007 г.г., в %

Год	Кол-во лиц, закон. лечен.	Из них с нозологическими формами							
		Патолог. твердых тканей	Патолог. стираемость	Частичное отсутствие зубов	Полное отсутствие зубов	Болезни пародонта	Аномалии деформации	Сложные челюстно-лицевые патологии	Итого
2005 - 2007	238568	12,0	16,9	47,5	15,3	5,6	2,0	0,7	100,0

Следовательно, по результатам проведенных нами исследований выявлены некоторые особенности в характере стоматологической патологии в разных регионах ЦФО, оказывающие существенное влияние на организацию стоматологической помощи населению и на формирование рынка услуг. В настоящее время ведущей формой патологии в большинстве исследуемых регионов является частичное или полное отсутствие зубов (от 30% до 78% в разных регионах), далее следуют патология твердых тканей (от 12% до 38%), болезни пародонта (от 4% до 24%) и патологическая стираемость (от 2% до 17%).

Важно отметить, что вклад указанной патологии в структуру стоматологической заболеваемости населения исследуемых регионов оставался практически неизменным на протяжении последнего 10-летия. Исключение составляла Орловская область, в которой вклад в структуру заболеваемости такой патологии, как отсутствие зубов, патология твердых тканей и патологическая стираемость уменьшился на 24,5%, 10,8% и 1,7% соответственно (рис. 1.). В то же время, значения таких показателей, как аномалии и деформации, а также болезни пародонта в структуре заболеваемости населения области в 2005-2007 г.г., по сравнению с 1995-1997 г.г., увеличились на 21% и на 16,2% соответственно.

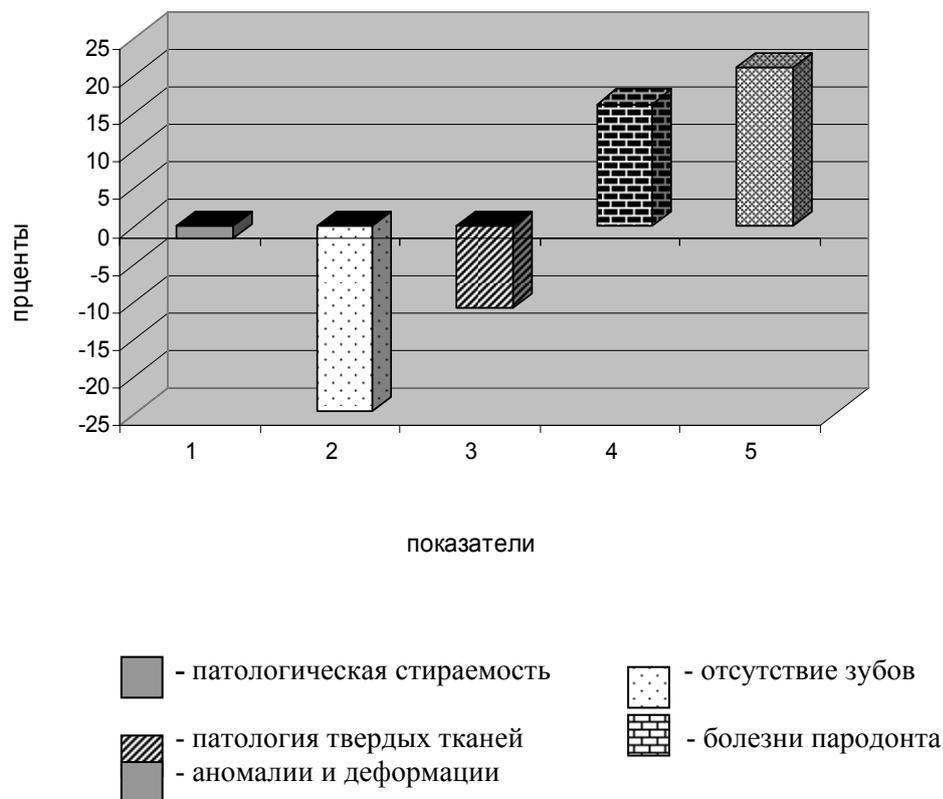


Рис. 1. Изменение показателей структуры стоматологической патологии у населения Орловской области в 2005-2007 гг. в процентах к исходным данным (1995-1997 гг.).

Выводы

Таким образом, по результатам проведенных исследований выявлены существенные особенности в динамике уровня и структуры стоматологической патологии в регионах ЦФО в последнее 10-летие, которые оказывают существенное влияние на организацию стоматологической помощи населению и на формирование рынка услуг. Установлено, что обращаемость за стоматологической помощью городского населения существенно выше, чем сельского. Это отмечалось практически во всех исследуемых регионах. Более высокие показатели заболеваемости отмечены в Тульской, Калужской, Московской, Курской и Брянской областях, самые низкие – в Орловской, Владимирской, Смоленской и Рязанской областях. В настоящее время ведущими заболеваниями в большинстве исследуемых регионов является частичное или полное отсутствие зубов, патология твердых тканей, болезни пародонта и патологическая стираемость. На их долю в структуре стоматологической заболеваемости приходится более 95% патологии. Важно отметить, что вклад указанной патологии в структуру стоматологической заболеваемости населения исследуемых регионов оставался практически неизменным на протяжении последнего 10-летия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А.В. Принципы организации и осуществления мониторинга стоматологической заболеваемости населения / А.В. Алимский, А.Л. Прохончуков, А.Г. Колесник // Наука – практике: материалы научной сессии ЦНИИС. – М., 1998. – С. 57-60.

2. Ананьева Н.Г. Совершенствование системы экспертизы качества стоматологической помощи в медицинских организациях различной формы собственности: дис. ... канд. мед. наук / Н.Г. Ананьева. – М., 2000. – 220 с.

3. Вишняков Н.И. О некоторых характеристиках больных, обратившихся за стоматологической помощью в государственные и негосударственные медицинские учреждения Н.И. Вишняков, В.Р. Лосев, Н.Г. Петрова // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. – СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. – Вып.5. – С.265-270.

4. Организация и экономика стоматологической службы / Г.М. Гайдаров [и др.]. – М.: ГРАНТЪ, 2001. – 200 с.

5. Леонтьев В.К. Оценка основных направлений развития стоматологии / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков, В.Ф. Воронин.- М.: Мед. книга, 2003. – 280 с.

CONDITION OF STOMATOLOGIC HEALTH OF THE PERSONS OF THE ABLE-BODIED AGE LIVING IN VARIOUS REGIONS OF THE CENTRAL FEDERAL DISTRICT

R.A.Breusov, O.E.Kononov, T.S.Rodina, N.N.Fedotova

The description of the complex social - hygienic research lead by authors on studying the reasons, structures and a level of stomatologic disease of the able-bodied population living in various subjects of the Central Federal district is devoted. On the basis of an estimation of a condition of stomatologic health of the population the recommendations directed on his improvement are developed.