

І.А. БУГОРКОВА

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ, ЩО МЕШКАЄ У СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ РАЙОНАХ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Мета: вивчення поширеності основних стоматологічних захворювань серед дитячого населення, що мешкає у сільській місцевості, порівняно з міським населенням.

Матеріали і методи. У дослідженні застосовували метод системного підходу, епідеміологічний метод, клінічні методи обстеження, статистичний аналіз.

Результати. Встановлено, що на одне звернення на рік припадають наступні значення випадків стоматологічного лікування: карієс зубів у міського дитячого населення становить $2,91 \pm 0,05$, а у сільського – $2,01 \pm 0,05$; ускладнений карієс (пульпіт і періодонтит) у міського – $0,32 \pm 0,05$, у сільського – $0,39 \pm 0,05$. Ризик розвитку ускладнень за одонтогенними остеомиєлітами і флегмонами щелепно-лицевої ділянки у сільського населення у 1,1 разу перевищує такий у міського.

Висновки. Середньостатистичний показник гігієнічного індексу у підліткового населення змінюється від 2,0 до 3,0 балів, що підтверджує високу захворюваність на карієс і його ускладнення. Необхідна стандартизація методик профілактики, вироблення єдиних норм організації профілактичної роботи серед різних груп населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гігієнічний індекс, карієс, профілактика, поширеність.

В Україні спостерігається складна медико-демографічна ситуація, що характеризується зниженням кількості населення на адміністративних територіях та збільшенням стоматологічної захворюваності [1;2;5].

Поширеність стоматологічних захворювань серед населення в Україні, як і в інших країнах світу, посідає одне з перших місць. Стан стоматологічної допомоги має першочергове значення в охороні здоров'я населення, як найбільш масовий вид медичного обслуговування [1;4].

Стоматологічна служба, як і усі галузі охорони здоров'я, вступила у нові соціально-економічні умови діяльності, що визначили нові напрямки і вимоги до розвитку науково-практичних знань та їх реалізації у ході виконання законів України про реформування медичної галузі [3].

Система організації стоматологічної служби в Україні потребує оптимізації з метою задоволення потреб населення у доступній і якісній допомозі незалежно від місця проживання [3;4].

Мета дослідження: вивчення поширеності основних стоматологічних захворювань серед дитячого населення, що мешкає у сільській місцевості, порівняно з міським населенням.

Матеріали і методи. У дослідженні застосовувався метод системного підходу для проведення кількісного і якісного аналізу, виявлення наявних проблем в організації стоматологічної допомоги населенню; епідеміологічний метод застосовувався для встановлення причинно-

наслідкового зв'язку між виникненням хвороб і засобами їх попередження; клінічні методи обстеження використовувалися з метою встановлення діагнозу; додаткові методи включали рентгенологічне обстеження; статистичний метод застосовувався для визначення рівня захворюваності і показників діяльності стоматологічної служби: обробка даних здійснювалася методами варіаційної статистики із застосуванням стандартного офісного пакета прикладних програм MS Excel для Windows XP Professional.

Результати дослідження та їх обговорення. Попередником даного дослідження став аналіз роботи дитячого щелепно-лицевого відділення ЦМКЛ № 1 м. Донецька, у результаті якого було встановлено, що кількість пролікованих хворих підліткового віку з одонтогенними остеомиєлітами і флегмонами щелепно-лицевої ділянки різної локалізації має достовірні відмінності між міським і сільським населенням та становить у середньому 1:2.

Для вирішення поставлених задач нами вивчалася характеристика Донецької області, мережа стоматологічних лікувально-профілактичних закладів. Проведено системний аналіз, що містив у собі вивчення медичних карт стоматологічних хворих (Ф-№ 043/о) і щоденної роботи лікаря-стоматолога (Ф-№ 039-2/о), розроблена карта спостереження.

У карту спостереження, крім паспортних даних (місце проживання, вік, стать, місце навчання або роботи), вносились дані відвідувань (первинне чи повторне), причини і характер відвідувань

(планове лікування, гострий біль, з метою профілактики), діагнози, перелік виконаних лікувально-профілактичних заходів, приписи і рекомендації лікарів. Огляди проводилися співробітниками кафедри стоматології дитячого віку УНІПО ДонНМУ ім. М. Горького.

Вивчення характеристики області дозволило нам встановити, що Донецька область є великим промисловим регіоном, де превалюють гірничодобувне, металургійне, хімічне, енергетичне та ін. виробництва зі шкідливим впливом на навколишнє середовище, велика частка належить аграрному сектору.

Висока концентрація шкідливих речовин в атмосферному повітрі, вплив нітратів і пестицидів призводять до зниження якості питної води, продуктів харчування і, як наслідок, відбувається

зниженні резистентності організму. Неприятливі екологічні умови безпосередньо відбиваються на стані здоров'я населення, особливо дитячого.

Вивчення характеристики дитячого населення дозволило встановити, що на території Донецької області усього проживає 4 390 293 особи, у тому числі 688 763 дитячого населення (15,7%). Системний аналіз показав, що за досліджуваний період (2011–2013 рр.) кількість дитячого населення зменшилась на 2 230 осіб (у 2011 р. 690 993), у т.ч. дітей, що мешкають у сільській місцевості, 597 осіб (у 2011 р. – 59 805 осіб, у 2013 р. – 59 209 осіб).

Вивчення вікової структури дитячого населення (рис. 1) дозволило встановити, що зниження кількості спостерігається у підлітковій групі з 137 014 у 2011 р. до 127 912 у 2013 році.

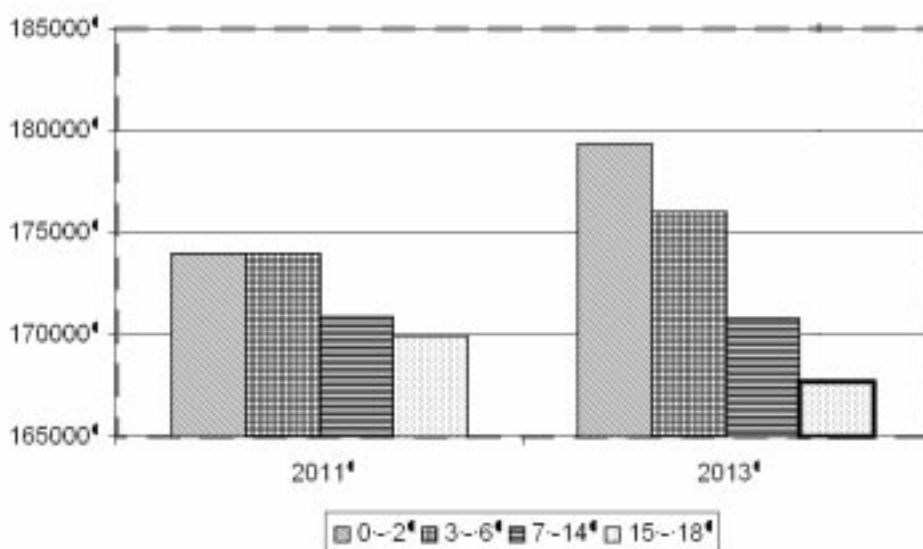


Рис. 1. Розподіл дитячого населення за віковими групами

В інших вікових групах спостерігається незначне збільшення кількості дітей: у віці до 2-х років – на 5 363 дитини, у віці 3–6 років – на 2 036, у віці 7–14 років – на 889 дітей.

Понад 99,9% дитячого населення починають і закінчують лікування хвороб зубів і порожнини рота в амбулаторно-поліклінічних закладах, тому від якості роботи цих закладів залежить рівень стоматологічної допомоги, зниження ризику розвитку ускладнень.

Мережа закладів, що надають стоматологічну допомогу дитячому населенню, у Донецькій області представлена: трьома самостійними стоматологічними поліклініками, 20 дитячими стоматологічними відділеннями і 250 стаціонарними кабінетами в організованих дитячих колективах. Найбільша щільність – до 80% стоматологічних відділень і кабінетів – припадає на міське населення, а у сільській місцевості відчувається їх нестача та віддаленість від місця проживання пацієнтів.

Стоматологічна захворюваність дитячого населення у Донецькій області, як загалом в Україні, становить 93–95%, і слід очікувати подальшого її збільшення, якщо не буде змінено організаційно-управлінські умови, що впливають на зниження основних стоматологічних захворювань.

Вихідна інформація отримана шляхом викопіювання необхідних відомостей з первинної документації, результатів клінічних оглядів і додаткових методів обстеження. Профілактичними оглядами були охоплені 650 дітей, з яких 331 проживає у містах, а 319 – в умовах сільської місцевості, дослідження проводились у період з 2011 по 2013 рр.

Усього було вивчено та проаналізовано 650 карт спостереження різних вікових груп дитячого населення (табл. 1). При обстеженні пацієнтів застосовували інтраоральний метод, з метою оцінки гігієнічного стану, а також візуалізації каріозних уражень і захворювань тканин пародонта.

Таблиця 1. Розподіл груп за віком, статтю та місцем проживання

Вік, років	Підлітки				Учні	Працюючі	Городяни	Селяни
	чол.	%	жін.	%				
14–15	79	12,15	77	11,85	156		82	79
15–16	72	11,08	91	14,00	163		86	82
16–17	75	11,54	84	12,92	159		83	80
17–18	81	12,46	91	14,00	165	7	80	78

Застосування комп'ютерних технологій дає можливість об'єктивно оцінити гігієнічний стан зубів за методом Федорова–Володкіної, дозволяє визначити відсоткове співвідношення пофарбованої поверхні до всієї площі коронкової частини зуба та автоматично дати оцінку у піксель/балах, виявити наявність мікрodefektів, виконати оцінку крайового прилягання пломбувальних матеріалів до емалі зуба. Даний метод позитивно зарекомендував себе при візуалізації крайового пародонта, з метою визначення гінгівітів; поєднаний інтраоральний та інструментальний метод дозволяє більш точно визначити глибину пародонтальних кишень.

Результати дослідження показали, що на одне звернення на рік припадають наступні значення випадків стоматологічного лікування: карієс зубів у міського дитячого населення становить $2,91 \pm 0,05$, а у сільського – $2,01 \pm 0,05$; ускладнений карієс (пульпіт і періодонтит) у міського – $0,32 \pm 0,05$, у сільського – $0,39 \pm 0,05$.

Дані клінічних оглядів та вивчення спеціально розроблених карт спостереження, що використовувалися у даному дослідженні, дозволили нам встановити, що неускладнений карієс зубів займає лідируючі позиції серед усіх нозологічних форм стоматологічних захворювань, які вивчалися (табл. 2).

Таблиця 2. Лікування з приводу карієсу зубів або його ускладнень

Вік	Поширеність		
	карієс	пульпіт	періодонтит
14–15 років			
міське	53,2	16,7	4,1
сільське	54,4	17,1	4,5
15–16 років			
міське	67,1	18,4	5,4
сільське	69,8	19,1	5,8
16–17 років			
міське	74,3	20,8	6,5
сільське	77,1	21,4	6,9
17–18 років			
міське	85,1	28,0	7,2
сільське	86,0	28,9	8,1

Результати дослідження показали відмінності у поширеності карієсу та його ускладнень між міським та сільським дитячим населенням.

У віковій групі 14–15 років показник ступеня фарбування коливається у міського дитячого населення від 2,0 до 3,0 бала, або 468 пікселів помаранчево-коричневих тонів, а у сільського – від 3 до 4 балів, 793 пікселі. Так, поширеність неускладненого карієсу серед міського населення становила $53,2 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $20,8 \pm 0,02\%$, а у сільського – $54,4 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $21,6 \pm 0,02\%$.

У віковій групі від 15 до 16 років показник ступеня фарбування коливається у міського дитячого населення від 1,0 до 3,0 бала, або 378 пікселів, а у сільського – від 2 до 4 балів, 684 пікселі. Так, поширеність неускладненого карієсу серед міського населення становила $67,1 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого $23,8 \pm 0,02\%$, а у сільського – $69,8 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $24,9 \pm 0,02\%$.

У віковій групі 16–17 років показник ступеня фарбування коливається у міського дитячого населення від 1,0 до 2,0 бала, або 325 пікселів, а у сільського – від 1 до 4 бала, 608 пікселів. Так,

поширеність неускладненого карієсу серед міського населення становив $74,3 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $27,3 \pm 0,02\%$, а у сільського – $77,1 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $28,3 \pm 0,02\%$.

У віковій групі від 17 до 18 років показник ступеня фарбування коливався у міського дитячого населення від 1,0 до 2,0 бала, або 296 пікселів, а у сільського – від 1 до 3 балів, 544 пікселі. Так, поширеність неускладненого карієсу серед міського населення склала $85,1 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $35,2 \pm 0,02\%$, а у сільського – $86,0 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $37,0 \pm 0,02\%$.

Проведені соціологічні і клінічні додаткові методи дослідження 650 респондентів показали, що майже у всіх підлітків у раціоні харчування, під час перебування у навчальному закладі або на роботі, переважали борошняні і кондитерські вироби (в основі яких такі компоненти, як карамель, горіхи, шоколад). Зазвичай після вживання таких продуктів харчування підлітки не проводять гігієнічних процедур по догляду за порожниною рота, і перерва між їжею і гігієнічними процедурами становить від 6 до 10 годин, а в окремих випадках і більше, що наочно демонструють такі високі показники розвитку карієсу і незадовільного гігієнічного індексу у даних вікових групах.

Висновки

1. У сільського дитячого населення показники стоматологічної захворюваності вищі порівняно з міським. Так, поширеність неускладненого карієсу серед міських дітей віком 14–15 лет становила $53,2 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $20,8 \pm 0,02\%$, а сільських – $54,4 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $21,6 \pm 0,02\%$. Зі збільшенням віку ці показники зростають та у віковій категорії 17–18 років показник поширеності карієсу у міського населення становив $85,1 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $35,2 \pm 0,02\%$, а у сільського – $86,0 \pm 0,02\%$, у тому числі ускладненого – $37,0 \pm 0,02\%$.

2. При плануванні лікувально-профілактичних заходів слід враховувати високі показники поширеності та інтенсивності карієсу, незадовільний рівень гігієни порожнини рота.

3. Необхідною умовою для формування комплексних програм первинної профілактики карієсу зубів є стандартизація методик профілактики, вироблення єдиних норм організації профілактичної роботи серед різних груп дитячого населення незалежно від місця проживання.

4. Розроблення критеріїв стоматологічної профілактики актуальне у зв'язку із запланованим запровадженням в Україні системи загальнодержавного медичного страхування.

Список літератури

1. *Диагностика в терапевтической стоматологии* / Т. Л. Рединова, Н. Р. Дмитракова, А. С. Япеева [и др.]. – Ростов-на-Дону, 2006. – 144 с.
2. *Леонтьев В. К. Методы профилактики стоматологических заболеваний* / В. К. Леонтьев // *Клин. стоматол.* – 2008. – №10. – С. 109–110.
3. *Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний* / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. – М., 2006. – 416 с.
4. *Леус П. А. Возможности практической реализации известных эффективных методов профилактики кариеса зубов на индивидуальном приеме у врача-стоматолога* / П. А. Леус // *Маэстро стоматологии.* – 2010. – № 1 (37). – С. 49–55.
5. *Лукиных Л. М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта* / Л. М. Лукиных. – М.: Мед. книга, 2003. – 196 с.
6. *Савичук Н. О. Микроэкология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции* / Н. О. Савичук, А. В. Савичук // *Совр. стоматология.* – 2002. – № 4. – С. 9–12.
7. *Савичук Н. О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья* / Н. О. Савичук // *Дентальные технол.* – 2010. – № 2. – С. 7–10.
8. *Чижевский И. В. Клиническое и гигиеническое обоснование профилактики кариеса зубов у детей промышленно развитом регионе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук* / И. В. Чижевский. – К., 2004. – 33 с.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ РАЙОНАХ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

И.А. Бугоркова

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель: изучение распространенности основных стоматологических заболеваний среди детского населения, проживающего в сельской местности, в сравнении с городским населением.

Материалы и методы. В исследовании применяли метод системного подхода, эпидемиологический метод, клинические методы обследования, статистический анализ.

Результаты. Установлено, что на одно обращение в год приходятся следующие значения случаев стоматологического лечения: кариес зубов у городского детского населения составляет $2,91 \pm 0,05$, а у сельского – $2,01 \pm 0,05$; осложненный кариес (пульпит и периодонтит) у городского – $0,32 \pm 0,05$, у сельского

– $0,39 \pm 0,05$. Риск розвитку осложнених по одонтогенним остеомиелитам и флегмонам челюстно-лицевой области у сельского населения в 1,1 раза превышает таковой у городского.

Выводы. Среднестатистический показатель гигиенического индекса у подросткового населения изменяется от 2,0 до 3,0 баллов, что подтверждает высокую заболеваемость кариесом и его осложнениями. Необходима стандартизация методик профилактики, выработка единых норм организации профилактической работы среди различных групп населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **гигиенический индекс, кариес, профилактика, распространенность.**

THE STOMATOLOGIC STATUS OF THE CHILDREN'S POPULATION LIVING IN RURAL AREAS OF DONETSK REGION

I.A. Buhorkova

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Ukraine

Purpose. Studying the prevalence of basic stomatologic diseases at the children's population living in rural areas compared to urban population.

Materials and methods. In study applied the method of system approach, epidemiological method, clinical examination methods, and statistical analysis.

Results. It is established that on one treatment per year following values of cases of dental treatment have: dental caries in urban children's population is $2,91 \pm 0,05$, and at rural – $2,01 \pm 0,05$; complicated caries (pulpitis and periodontitis) at city – $0,32 \pm 0,05$, at rural – $0,39 \pm 0,05$. The risk of complications for odontogenic osteomyelitis and phlegmons of maxillofacial area in the rural population in 1,1 times higher that at the urban areas.

Conclusions. Average indicators of hygienic index at adolescent population changes from 2.0 to 3.0 points, which confirms high morbidity of dental caries and its complications. Standardization of techniques of prevention, development of uniform standards of prevention activities among different population groups is necessary.

KEY WORDS: **hygienic index, caries, prevention, prevalence.**

Рукопис надійшов у редакцію 12.05.2014 р.

Відомості про автора:

Бугоркова Ірина Анатоліївна – к.мед.н., доц. кафедри стоматології дитячого віку УНІПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. Телефон: (062) 311 58 40.