

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ
«ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КЫРГЫЗСТАНА

Межведомственный диссертационный совет Д.14.11.045

На правах рукописи
УДК 616.31-02-036.22-053.5

БАШИРОВ МИРНАЗИМ МИРКАЗИМОВИЧ

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
РИСКА БОЛЕЗНЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

14.02.02 – эпидемиология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2011

Работа выполнена на кафедре гигиены, эпидемиологии, бактериологии с курсом лабораторной диагностики Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации МЗ КР.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Василевский Михаил Григорьевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Аминова Мнира Галимовна

кандидат медицинских наук
Молдалиев Эрслан Кенешбекович

Ведущая организация: Высшая школа общественного здравоохранения
Министерства здравоохранения Республики Казахстан (г. Алматы)

Защита диссертации состоится « 21 » октября 2011 г. в 13.00 часов на заседании межведомственного диссертационного совета Д.14.11.045 при Научно-производственном объединении «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения и Международном университете Кыргызстана Министерства образования и науки Кыргызской Республики по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34.

Автореферат разослан « 13 » сентября 2011 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
д.м.н., профессор**



Белов Г.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Стоматологическая заболеваемость продолжает оставаться краеугольным камнем из-за массовости поражения населения, дороговизны лечения и отсутствия эффективных мер профилактики. В структуре больных зубочелюстной системы преобладают дети дошкольного и школьного возраста. К тому же болезни зубов являются фоном для развития таких распространенных заболеваний как хронический гастрит, язва желудка и 12-перстной кишки, злокачественных опухолей пищеварительного тракта, болезней сердечно-сосудистой системы, почек, суставов, на лечение которых требуются значительные финансовые и материально-технические средства (А.И. Рыбаков, А.В. Гранин, 1976; Е.В. Боровской, 1989).

В Кыргызской Республике стоматологическая служба в настоящее время находится в более затруднительном положении. С переходом на рыночную экономику, либерализацией цен, приватизацией и разгосударствлением стоматологических учреждений заболеваемость зубочелюстной системы приняла массовый характер (Т.Т. Сельпиев, 2003). Нарождающаяся частная стоматологическая помощь уклоняется от мероприятий по профилактике и не стремится снизить цены на лечение и протезирование. Данный негативный перечень А.А. Айдаралиев (2002) дополняет тем, что основная масса врачей, из числа организаторов здравоохранения, некомпетентны в области менеджмента.

Таким образом, практическая и теоретическая важность обозначенной проблемы, а также недостаточная степень ее изученности, предопределили целесообразность продолжения исследований по оптимизации профилактики заболеваний зубочелюстной системы, принявших массовый характер.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические и этиологические факторы риска болезней зубочелюстной системы детей школьного возраста и разработать научно-обоснованные рекомендации по профилактике.

Задачи исследования:

1. Изучить закономерности заболеваемости зубочелюстной системы населения г. Бишкек по материалам официальной статистики.
2. Определить уровень и структуру заболеваемости зубочелюстной системы школьников по данным сплошного медицинского обследования.
3. Провести анализ стоматологической заболеваемости с учетом факторов риска (биологических, социальных, окружающей среды и образа жизни).
4. Оценить эффективность существующих методов профилактики стоматологических заболеваний и усовершенствовать организационную систему оздоровительных мероприятий.

Научная новизна полученных результатов:

- Впервые получена новая информация, имеющая прямое отношение к совершенствованию стоматологической помощи. Установлена интенсивность и структура заболеваемости по отдельным группам населения (школьники, матери одиночки и т.д.). Определены причины низкой результативности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний при высокой потребности населения в услугах врачей стоматологов.
- Впервые представлены клинико-статистические показатели о структуре и частоте болезней зубочелюстной системы у школьников, во взаимосвязи с их состоянием здоровья, индексом массы тела, загрязнением атмосферного воздуха, гигиеной полости рта и зубов. Стоматологическая заболеваемость матерей-одиночек и их детей колеблется от 27 до 32%. При этом гигиена полости рта у 72% матерей-одиночек и их детей признана неудовлетворительной, указывая на низкий уровень санитарной культуры.
- Определены методологические подходы к формированию программ по профилактике стоматологических заболеваний. Предложена модель по профилактике стоматологической заболеваемости, которая предполагает 4 уровня: семья, ГСВ, центр гигиенической стоматологии и стоматологические поликлиники. Центральным элементом новой функциональной организации являются медицинская сестра из ГСВ и гигиенист стоматолог, в обязанности которых входит укрепление здоровья – приобщение к здоровому образу жизни и обучение навыкам гигиены полости рта.
- Вскрыты причины низкой результативности стоматологических учреждений. Мотивами обращения к стоматологу в 72,4% является зубная боль, для 39,5% пациентов она носит неотложный характер, поэтому минимальный бюджет гарантированного бесплатного обслуживания должен составлять не менее 40% от общих затрат на лечение. Низкий возрастной показатель является фоном для развития соматических и стоматологических заболеваний, главным образом болезней пародонта.

Практическая значимость полученных результатов. Разработана и усовершенствована модель профилактики болезней зубочелюстной системы, которая направлена на устранение этиопатогенетического звена болезней зубов (полноценное и рациональное питание, сохранение и укрепление здоровья, гигиена полости рта и зубов). Необходимо проводить социально-медицинские мероприятия среди неполных семей (матерей-одиночек) и укрепление их социально-экономического положения.

Внедрение предложенных рекомендаций на уровне первичного уровня (семейного врача) позволило увеличить охват профилактическими осмотрами в 5,1 раза, число проведенных санаций в порядке профилактических

осмотров в 2,5 раза, наряду с этим увеличилась обращаемость по поводу санации в 1,3 раза и лечения пульпита - в 2,7 раза.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Комплексное социально-гигиеническое исследование стоматологической помощи населению на городском уровне позволяет объективно оценить ее состояние, выявить недостатки. Анкетный опрос детей и их родителей существенно дополняет и углубляет осведомленность органов здравоохранения о деятельности стоматологических учреждений.

2. Основными причинами высокой стоматологической заболеваемости школьников являются: низкий статус соматического здоровья, неполноценное питание, присутствие в атмосферном воздухе токсических ингредиентов, отсутствие навыков по уходу за зубами, низкая организация мероприятий по первичной профилактике на уровне ПМСП, пренебрежительное отношение родителей к сохранению здоровых зубов у ребенка.

3. Низкая эффективность существующей систем организации стоматологической помощи школьникам обосновывает необходимость перехода на перспективную модель профилактики стоматологических заболеваний, т.е. к переходу на первичную профилактику с выделением приоритетных направлений по снижению причин и факторов риска. Данная модель предусматривает устранение первопричин стоматологической заболеваемости силами семейных врачей, которые в состоянии устранить этиологические причины заболеваемости зубов, как неполноценное питание, отставание веса, снижение хронических заболеваний.

Личный вклад автора. Лично автором проведено стоматологическое обследование 1120 школьников, составлены анкеты по изучению стоматологической заболеваемости матерей одиночек и их детей (получено 89 анкет), произведена выкопировка данных из амбулаторной карты 1317 пациентов по причинам обращаемости и структуре стоматологической заболеваемости, проведена оценка стоматологической заболеваемости 1080 беременных по данным обращения Создана электронная база по данным официальных статистических отчетов.

Внедрение результатов исследования. Организован кабинет «Гигиениста стоматолога», в котором прошло обучение 312 школьников, и апробирована модель первичной профилактики на уровне семейных врачей. Материалы исследований используются в учебном процессе на кафедрах гигиены, эпидемиологии, бактериологии с курсом лабораторной диагностики; управления и экономики здравоохранения с курсом укрепления здоровья Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации(КГМИ ПиПК) МЗ КР.

Апробация результатов диссертации. Основные положения и материалы диссертации доложены на: научно-практической конференции молодых ученых-медиков, г. Ереван (2006 г.); международной конференции, Турция (2006 г.); первом съезде Кыргызской ассоциации общественного здравоохранения (Бишкек, 2007 г.); четвертом конгрессе Стоматологической Ассоциации Кыргызской Республики «Стоматология Кыргызстана - 2007» (Бишкек, 2007 г.); заседании кафедр: гигиены, эпидемиологии, бактериологии с курсом лабораторной диагностики; управления и экономики здравоохранения с курсом укрепления здоровья и стоматологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации МЗ КР (КГМИ ПиПК, 2006 г., 2010 г.), а также на межкафедральном совещании кафедр инфекционных болезней с курсом эпидемиологии, стоматологии Кыргызско-Российского славянского университета (КРСУ, 2011 г.).

Полнота отражения результатов в публикациях. По материалам диссертации опубликовано 8 работ, в том числе в зарубежных изданиях - 1.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 104 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 40 таблицами. Состоит из введения, обзора литературы, методов исследования, собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованных источников, который включает 129 источников, из них 107 на русском и 22 источника на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Глава 1. Состояние и тенденции стоматологической заболеваемости (обзор литературы). До сих пор не располагаем достоверной информацией о структуре, интенсивности и распространенности стоматологической заболеваемости в рамках МКБ-10 пересмотра, так как официальной статистикой такие параметры не предусмотрены, а в научных исследованиях в основном отмечается распространенность кариеса и пародонтита. Между тем без достоверных эпидемиологических данных ожидать больших успехов в изучении этиологии, патогенеза, лечения и профилактики зубных болезней практически невозможно

Из публикаций следует, что болезни зубов широко распространены по странам мира. В одних уровень заболеваемости высокий, в других болезни зубов практически ликвидированы, однако мы не встретили работ, в которых бы отражалось, каким образом они этого достигли.

В последние годы пересмотрена роль отложений на зубах. Микробная бляшка мягкого зубного налета, а не зубной камень считается основной причиной заболеваний пародонта. В ряде публикаций приводятся доказа-

тельства связи заболеваемости зубов с антропогенным загрязнением воздушной среды. Химические вещества, находящиеся в воздухе, оказывают раздражающее действие на ткани полости рта, вызывают их воспаление. По данным публикаций образ жизни и белково-энергетическая недостаточность, которая характеризуется низкой массой тела и мышечной слабостью, также оказывают негативное влияние на зубочелюстную систему. Несмотря на множество публикаций до сих пор не доказана связь зубочелюстной патологии с заболеваниями внутренних органов, тем самым не определены управленческие решения.

В Кыргызстане недостаточно работ, отражающих эпидемиологию болезней зубов, между тем информация о распространенности стоматологических заболеваний является составной частью мероприятий, направленных на повышение эффективности стоматологической службы и кадрового обеспечения.

Глава 2. Материалы, объем и методы исследования. *Объектом исследования явилось* состояние здоровья школьников. Выбор детей обусловлен тем, что они наиболее чувствительны к разнообразным вредным воздействиям внешней среды, поскольку защитные механизмы у них еще не завершены и они не имеют тесного контакта с производственной зоной

Предмет исследования: изучение влияния социально-гигиенического и медико-биологических факторов на уровень и структуру болезней зубочелюстной системы. В качестве этиологических факторов риска взяты такие, которые могут быть устранены, в частности, влияние на стоматологическую заболеваемость уровня загрязнения атмосферного воздуха, соблюдение гигиены полости рта, социально-экономическое положение. С этой целью обследовано 130 матерей одиночек, их которых 89 состоят на учете в отделе социального обеспечения.

Признаки исследования: распространенность и структура основных болезней зубочелюстной системы у школьников, связь стоматологических заболеваний с состоянием здоровья школьников, влиянием окружающей среды, соблюдением гигиены полости рта и правил питания.

Материалы и методы. Источником информации о состоянии здоровья детей служили данные официальных статистических отчетов, данных медицинских осмотров 1120 школьников в возрасте от 6 до 17 лет, данных анонимного анкетирования: матерей одиночек (130), учащихся и их родителей (212). Медицинское освидетельствование (сплошное) касалось выявления как соматических, так и стоматологических заболеваний учащихся школ №13 и №68, территории которых отличались по уровню загрязненности атмосферного воздуха.

Здоровье школьников классифицировалось по группам здоровья на основе критериев, разработанных А.М. Дюкаревой (1980).

При оценке состояния ротовой полости учитывали жалобы больных, обращали внимание на состояние десен (цвет, степень кровоточивости), подвижность зубов, характер и выраженность воспалительного процесса. Для оценки состояния костной ткани пародонта применяли рентгенологическое исследование.

Согласно рекомендациям ВОЗ (1977), для оценки поражаемости зубов кариесом использовали три основных показателя: распространенность заболевания, интенсивность поражения зубов кариесом и прирост интенсивности. Распространенность кариеса определялась процентом лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы. Интенсивность поражения кариесом (УИК) оценивали по методике П.А. Леуса (1995) – среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями (К), запломбированных (П) и удаленных (У). Общая сумма таких зубов определяется как индекс КПУ.

Для оценки интенсивности поражения тканей пародонта использовали пародонтальный индекс, который позволяет оценить три показателя пародонтального статуса: кровоточивость десен, зубной камень и пародонтальные карманы. Приняты следующие оценки: 0 - нет изменений; 1 - легкий гингивит (воспаление охватывает всю десну вокруг зуба); 2 - гингивит без повреждения дна десневой бороздки (клитнического кармана нет); 3 - имеется десневой карман, но зуб неподвижен, нарушения его функции нет; 4- выраженная деструкция всех тканей парадонта (зуб расшатан, может быть смещен, имеется пародонтальный карман).

Степень кровоточивости десен устанавливали по Kotzschke (1975) ; 1 ст. – кровоточивость появляется редко; 2 ст. - кровоточивость наблюдается во время чистки зубов; 3 ст. – кровоточивость возникает как во время еды, так и спонтанно.

Классификация болезней зубочелюстной системы проводилась на основе МКБ-10 в соответствии с рубрикой от К 00 до К 08.9, что позволило объединить все заболевания в 8 групп: нарушения развития и прорезывания зубов, ретенированные и импактные зубы, кариес зубов, другие болезни твердых тканей зубов, болезни пульпы и периапикальных тканей, гингивит и болезни пародонта, другие изменения десны и беззубного альвеолярного края. челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса), другие изменения зубов и их опорного аппарата.

Оценка деятельности стоматологических учреждений проводилась по таким критериям как численность стоматологических учреждений, их укомплектованность стоматологами, по объемам запломбированных и удален-

ных зубов, по уровню стоматологических обследований в порядке профилактических осмотров, числу выявленных лиц, нуждающихся в санации, и удельному весу проведенных санаций из числа нуждающихся.

В работе использовались методы, позволяющие решить поставленные задачи: эпидемиологические, клинико-лабораторные, инструментальные, социально-гигиенические, а также показатели системного анализа (табл. 1).

Математико-статистический анализ проводился на базе IBM Professional XP с определением средней арифметической (M), среднего квадратического отклонения (σ), средней арифметической ошибки (m), критерия Стьюдента, вычислением атрибутивного (AR) и относительного рисков (RR), расчета многолетних тенденций динамики заболеваемости и средних типов прироста.

Таблица 1 – Проведенные исследования, их методы и объемы

Вид исследования	Метод исследования	Материалы	Объемы
Структура и деятельность стоматологических учреждений г.Бишкек	Статистический	Стат. справоч. респуб. медико-информационного центра МЗ КР	1999-2007 гг.
Стоматологическая заболеваемость по обращаемости	Клинико-статистический	Выкопировка данных из амбулаторной карты	1317
Стоматологическая заболеваемость по данным сплошного обследования	Клинико-статистический	Обследование населения, приписанного к семейному врачу	409 семей (1278 членов)
Оценка состояния здоровья учащихся школ №13 и №68 г. Бишкек	Клинико-лабораторные	Общемедицинское и стоматологическое обследование	1120 учеников с 1 по 11 класс.
Стоматологическая заболеваемость школьников по группам здоровья	Клинико-статистический	Данные медицинского обследования	1120 школьников, поделенных по уровню здоровья на 5 групп
Сравнительный анализ стоматологической заболеваемости школьников по зонам загрязнения	Санитарно-гигиенический	Данные СЭС, личные замеры	Чистая зона – школа №68 (552 ученика) и грязная зона – школа №13 (568 учеников)

продолжение таблицы 1

Вид исследования	Метод исследования	Материалы	Объемы
Индекс массы тела и стоматологическая заболеваемость (Влияние достатка питания)	Клинико-статистический	Данные Медицинского обследования	Опытная группа – 60 человек, контрольная - 60
Оценка стоматологической заболеваемости в группе матерей-одиночек и их детей	Клинико-социологический	Данные медицинского обследования и анкетирование	89 матерей
Оценка стоматологической заболеваемости в группе беременных	Клинико-статистический	Данные медицинского обследования, выкопировка из карты беременной	1080 беременных обратившихся в течение года
Гигиена полости рта и болезни зубов	Бактериологический, клинико-лабораторный, социологический	Медицинское обследование	323 ученика, из них бактериологическое 112 учеников
Результативность методов профилактики в группе детского населения	Аналитико-статистический	Стат. справоч. республиканского медико-информационного центра МЗ КР	1999-2007 гг.

Глава 3. Частота и интенсивность стоматологической заболеваемости населения г. Бишкек. По данным официальной статистики. в Кыргызстане удельный вес стоматологической заболеваемости в структуре общей заболеваемости населения по обращаемости достиг 20-25% и составляет 345-550 случаев на 1000 жителей. В Бишкеке ежегодно пломбируется порядка 311-399 тыс. зубов, что составляет 38,4 - 52,3 пломбированных зуба на 100 жителей. За период с 1997 по 2007 гг. число поставленных пломб сократилось на 58 тыс. (15,7%). Если коэффициент пломб на 100 жителей в 1997 г составлял $50,8 \pm 0,06$, то в 2007 г. – $38,4 \pm 0,06$. Снижение пломбирования зубов не связано с профилактическими мероприятиями.

Среди населения, охваченного профилактическими осмотрами, доля лиц, нуждающихся в санации составляет 54,5-72,8%, в группе детского населения - 57,4 до 62,8%. При этом доля лиц, нуждающихся в санации, как среди взрослых, так и детей с годами не снижается.

Из числа жителей, проживающих на территории обслуживания поликлиники, за стоматологической помощью обращается в среднем 58,3 на 100 жителей, тогда как только кариесом страдает $73,9 \pm 0,3\%$ населения. Лица женского пола обращаются чаще (63,4%), чем мужчины (36,6%). В числе обратившихся преобладают лица в возрасте 21-25 лет (16,4%). Далее с увеличением возраста удельный вес обратившихся снижается, в возрасте 66 лет и старше составляет лишь 3,5%. Интенсивность заболевания (КПУ) колеблется от 2,6 до 13,3, что определяется возрастом пациентов. Интенсивность заболевания среди лиц в возрасте 60-64 года в 3 раза выше (12,1 единиц), чем в среднем (4,1 единиц).

Половина пациентов (50,0%) обратились по поводу кариеса. В структуре кариеса преобладает кариес средний (28,5%) глубокий (24,2%), но отсутствует кариес поверхностный. По поводу пульпита обратилось 39,6% и периодонтита – 5,4%. Мужчины по поводу кариеса, осложненного пульпитом и периодонтитом, обращаются чаще (51,4%), чем женщины (40,5%).

Таким образом, население прибегает к стоматологическим услугам, в большинстве случаев при наличии острой зубной боли, что свидетельствует о пренебрежительном отношении населения к своему здоровью и низком уровне мероприятий по профилактике болезней зубов.

При сплошном обследовании 1278 человек г. в возрасте от 15 лет до 65 лет зубы оказались здоровыми только у 68 (5,3%). У остальных выявлены те или иные отклонения. В их структуре лидируют кариес зубов (32,9%), гингивиты (17,5%) и аномалии развития (15,8%). Кариес зубов выявлен у 80,2% обследованных лиц. Интенсивность поражения зубов высокая – КПУ индекс 4,1. У отдельных индивидуумов одновременно выявляется до 9-14 больных зубов. Наиболее высокий показатель распространенности кариеса отмечается в возрасте 15-19 лет (81,7 на 100 человек данного возраста) при относительно низкой его интенсивности (2,8 на одного обследованного).

Болезни пародонта также имеют высокую степень распространенности: гингивиты – 80,2 на 100 обследованных, пародонтиты – 43,7, пародонтозы – 17,7. Генерализованные формы пародонтита встречаются в два раза чаще, чем локализованные. Среди различных видов гингивита катаральный (простой) является наиболее распространенным (около 88%), гипертрофический определяются в 11% случаев, некротический в – 1,0%.

В итоге отметим, что стоматологическая заболеваемость по данным сплошного обследования выше, чем по данным обращаемости.

Частота диагностируемых заболеваний в соответствии с МКБ-10 представлена в таблице 2, из которой видно, что у значительного числа лиц выявлены аномалии развития. Из этого следует, что население г. Бишкек

Таблица 2 - Частота и структура стоматологической заболеваемости по данным сплошного обследования в соответствии с МКБ-10

Наименование болезни согласно МКБ - 10	Код МКБ-10	Число отклонений	Структура (%)	Интенсивный показатель на 100 человек
Нарушения развития и прорезывания зубов	К 00	329	8,1	25,8
Ретенированные и импактные зубы	К 01	415	10,2	32,5
Кариес зубов	К 02	1051	25,7	82,2
Другие болезни твердых тканей зубов	К 03	214	5,2	16,7
Болезни пульпы и периапикальных тканей	К 04	457	11,2	35,7
Гингивит и болезни пародонта	К 05	985	24,1	77,1
Другие изменения десны и беззубного альвеолярного края	К 06	53	1,3	4,1
Челюстно-лицевые аномалии включая аномалии прикуса	К 07	338	8,3	26,4
Другие изменения зубов и их опорного аппарата	К 08	239	5,9	18,7
Всего	К00-08	4080	100,0	319,2

испытывает повышенную потребность в ортодонтической помощи, а высокий уровень неисправленных аномалий в группе взрослого населения указывает на неудовлетворительную организацию ортодонтической помощи детям и подросткам.

В заключение отметим, что в г. Бишкек болезни зубов имеют широкое распространение, которое сочетается с высокой степенью интенсивности. В среднем у каждого жителя столицы поражено 2,4 зуба (24,36. на 100 обследованных). В числе заболеваний зубочелюстной системы первое место по интенсивности распространения занимает кариес зубов (82,2 на 100 человек), далее в порядке убывания: заболевания пародонта –77,1; пульпы –35,7; ретенированные и импактные зубы – 32,5; аномалии прикуса - 26,4. Такой набор стоматологической патологии, указывает на необходимость увеличения объемов и качества профилактических мероприятий и ортодонтической помощи. Опыт других регионов и стран показывает, что добиться снижения стоматологической заболеваемости до уровня предотвратимости вполне возможно.

Клинико-статистическая характеристика стоматологической заболеваемости школьников. Из 1120 обследованных школьников те или иные болезни зубов выявлены у 1061 (94,7%). В их структуре первое место занимают болезни пародонта (45,6%), второе место кариес (35,8%) и третье - аномалии развития (17,5%). Потеря хотя бы одного постоянного зуба отмечена у 243 (21,7%) учеников, у отдельных учеников недостает до 6 постоянных зубов.

Кариес на стадии пятна (кариозное пятно) в общем числе кариозных зубов составляет 5,1%. Поверхностный кариес - 17,2%, средний кариес - 37,3%, глубокий кариес - 36,8%. Наиболее восприимчивыми зонами зуба к кариесу являются жевательной поверхности (79%), пришеечный кариес - 15% и фиссуральный - 6%. Наиболее часто поражаются зубы верхней челюсти (61 против 40), преимущественно поражается правая половина (54 против 47). Наиболее часто поражается 7 зуб, затем 6.

Таким образом, среди учащихся прослеживается потенциально высокий процент осложненного кариеса, который в ближайшее время может осложниться пульпитом и периодонтитом.

Глава 4. Социально биологические факторы риска заболеваемости зубочелюстной системы. Из 1120 школьников по Дюкаревой А.М. первую группу здоровья имели 5,3%, II - 56,0%, III - 15,2%, IV - 22,2% детей и V - 1,3%. В структуре заболеваний 1-е место занимают болезни органов дыхания, 2-е место - патология желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и зрительного анализатора, 3-е место - аллергия и заболевания почек.

Анализ показал, что индекс КПУ (число кариозных, пломбированных и удаленных зубов) повышается по мере ухудшения здоровья. Наиболее высокий уровень поражения зубов отмечается среди учеников с IV ($4,1 \pm 0,16$ КПУ) и V ($4,5 \pm 0,29$ КПУ) группами здоровья.

Задержка роста постоянных зубов преимущественно наблюдается у детей третьей и четвертой группы здоровья у 15,7% детей этой группы биологический возраст отстает от паспортного на один год, у 27,8% на два года и у 17,8% на три года.

Таким образом, только 59 из 1120 учеников признаны здоровыми и не нуждаются в медицинской помощи, 71,2% нуждается в диспансеризации и оздоровлении, 22,2% требуют интенсивного лечения и 1,3% нуждаются в медико-социальной и посторонней помощи.

Показатели атмосферного воздуха и заболеваемость зубов. Уровень загрязнения атмосферного воздуха основными ингредиентами представлены в таблице 3, из которой видно, что даже в чистой зоне содержание в атмосферном воздухе пыли, окиси азота, сернистого газа, свинца и окиси угле-

Таблица 3 - Концентрация загрязняющих атмосферу веществ (в мг/м³)

Исследуемый район	Пыль	Окись азота	Окись углерода	Сернистый газ	Свинец
Допустимое содержание (ПДК)	0,15	0,085	1,0	0,05	0,0003-0,0004
Чистый регион	0,2-1,2	0,04-0,19	3-36	0,08-0,36	0,0007-0,0039
Загрязненный	0,4-1,9	0,06-0,23	7-41	0,1-0,36	0,0007-0,0039

рода превышает ПДК (Руководство по контролю загрязнения атмосферы. РД 52.04.186-89. - М, 1991). В загрязненном районе содержание обозначенных компонентов превышает допустимые нормы в 4-5 раз. В зоне повышенного загрязнения проживало 568 школьников и зоне низкого загрязнения - 552 (контрольная группа).

Общая стоматологическая заболеваемость в зоне высокого загрязнения в 1,6 раза выше (170,2 заболевания на 100 осмотренных), чем на территории с низким уровнем загрязнения. В зоне высокого атмосферного загрязнения риск возникновения кариеса в 1,8 раза выше, чем в зоне низкого загрязнения. Интенсивность кариеса в зоне с низким загрязнением составляет 1,7, тогда как в зоне высокого загрязнения – 2,8. На территории высокого загрязнения также чаще встречаются гингивиты и заболевания пародонта. Различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Проведенный корреляционный анализ позволил установить наличие тесных положительных корреляционных связей ($r = 0,89-0,99$) между уровнем нагрузки «классических загрязнителей» атмосферного воздуха и показателями стоматологической заболеваемости.

Итак, среди школьников, проживающих в зоне высокого загрязнения, констатируются высокие показатели заболеваемости зубов. Это касается в одинаковой степени кариеса, гингивитов и заболеваний пародонта. Наряду с этим прослеживается более частая задержка развития постоянных зубов.

Адекватность питания и больные зубы. В качестве критерия оценки питания нами взят весо-ростовой показатель - индекс массы тела (ИМТ). Среднеарифметическая величина ИМТ, полученная от веса школьника поделенного на его рост в квадрате составляет $17,4 \pm 0,03$. У лиц одинакового роста может быть разный вес. Среднеквадратическое отклонение (σ – сигма) – 0,88. На этом основании ИМТ от 15,6 до 19,1 ($M \pm 2\sigma$) принят за норму, индекс -15,5 и менее как недостаточное питание, 19,2-22,6 как избыточное и более 22,7 – как чрезмерное. В этой связи заметим, что у 19,5% школьников

имеется отставание массы тела от роста, у 17,3% - избыточный вес и 63,3% имеют нормальный вес.

В группе школьников с низкой массой тела болезни зубов в расчете на одного школьника встречаются в 2 раза чаще, чем в группе с нормальным ИМТ (от 15,6 до 19,1). Эта же картина просматривается и по кариесу, гингивитам и заболеваниям пародонта (табл. 4). В группе школьников с отставанием веса пародонтит и пародонтоз встречается чаще ($89,9 \pm 2,0\%$), чем при нормальном соотношении веса и роста ($44,4 \pm 1,9\%$).

Таблица 4 - Частота заболеваемости зубов в зависимости от индекса массы тела (ИМТ)

ИМТ (кг/м ²)	Число обсле- дован- ных	У них выявлено заболеваний		В том числе					
				кариес		гингивит		заболевание пародонта	
		всего	у одного	число	%	число	%	число	%
< 15,5	218	623	2,9	218	100	209	95,9	196	89,9
15,6-19,1	709	937	1,3	500	70,5	122	17,2	315	44,4
19,2 - 22,6	153	394	2,6	142	92,8	120	78,4	132	86,3
≥ 22,7	40	88	2,2	38	95	26	65	24	60,0
Всего	1120	2042	1,8	898	80,2	477	42,6	667	59,6

В основе повышенной стоматологической заболеваемости при недостатке веса лежит белково-энергетическая недостаточность, которая характеризуется низкой массой тела и мышечной слабостью (А.А. Дюдяков с соавт., 2001). Указанный методический прием может быть рекомендован специалистам подразделений социально-гигиенического мониторинга, так как позволяет сформировать группы школьников с высокой склонностью к стоматологическим и соматическим заболеваниям.

Состояние полости рта у матерей одиночек и их детей. По условиям жизни, уровню доходов матери одиночки относятся к социально-незащищенным слоям населения. Усредненный доход матерей одиночки составляет 761 сом, а на члена семьи – 380 сомов, что в 4 раза ниже прожиточного минимума. Медицинское освидетельствование показало, что 74,2% матерей одиночек страдали соматическими заболеваниями, в т.ч.: анемией - 57,5%, заболеваниями носоглотки - 6,7%, заболеваниями почек - 6,7%, сердечно-сосудистой системы - 4,2% и щитовидной железы - 1,7%.

В группе матерей одиночек здоровые зубы являются редкостью. Из 120 матерей одиночек, из которых 89 состоит на учете в социальных органах, только у 4 не выявлено патологии, в контрольной группе здоровые зубы

встречаются в три раза чаще. В структуре стоматологической заболеваемости матерей одиночек ведущее место занимает кариес. Причем в группе матерей одиночек заболеваемость кариесом в 1,6 раз выше. Так, интенсивный показатель распространения кариеса составляет 96,6 на 100 осмотренных, тогда как в контрольной группе – 62,0, а КПУ соответственно: 8,2 и 5,3.

Второе место в структуре стоматологической заболеваемости опытной и контрольной групп занимают гингивиты (72,5 и 40,7 на 100 осмотренных), на третьем месте – заболевания пародонта (45,8 и 19,4 на 100 обследованных). Надо заметить, что у половины матерей одиночек заболевания зубов носит сочетанный характер (кариес + гингивит + патология пародонта), у 75,1% кариес сопровождается гингивитом.

У матерей-одиночек среднее число кариозных зубов (К) значительно больше, чем запломбированных (П), тогда как у женщин контрольной группы обратное соотношение - преобладают запломбированные зубы над кариозными. Число удаленных (У) и заведомо подлежащих удалению зубов (У₁) у матерей одиночек выше (3,9), чем женщин контрольной группы (2,4).

Значительное число матерей-одиночек не соблюдают гигиену полости. Не пользуются зубной щеткой 6,7%, чистят зубы не регулярно - 16,7%. В пределах одной минуты чистят зубы 7,5%, в пределах двух минут – 73,8%, в пределах трех минут – 18,8%. Чистят только передние зубы 27,5%, только жевательные – 2,5% и все зубы - 70%.

Таким образом, результаты исследования указывают на более высокую степень поражения матерей одиночек стоматологическими заболеваниями. Практически все они нуждаются в санации полости рта. В среднем в расчете на одну мать необходимо запломбировать 2,6 зуба и удалить 0,5 зуба, тогда как в контрольной группе 1,2 и 0,2 зуба соответственно.

Сопоставление частоты стоматологической заболеваемости детей опытной и контрольной групп отражено в таблице 5, из которой видно, что число детей со здоровыми зубами в контрольной группе в 1,5 раза выше, а больных меньше. Заболевания воспалительного характера (гингивиты) у детей матерей-одиночек встречаются в два раза чаще (81,5%), чем в контрольной группе (37,2%), пародонтиты и пародонтозы в 1,5 раза.

Таким образом, из проведенных исследований следует, что в основе повышенной стоматологической заболеваемости у матерей-одиночек и их детей лежат социально-экономические факторы и низкий уровень культуры.

Глава 5. Результаты мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний в г. Бишкек. За период с 2001 по 2007 год число самостоятельных стоматологических поликлиник осталось прежним, но стоматологические отделения (кабинеты) при учреждениях здравоохранения ликвидированы. Число занятых должностей стоматологов и зубных

Таблица 5 - Структура и частота стоматологической заболеваемости детей различных социальных групп

Наименование показателя		Всего	Из них группа детей	
			опытная	контрольная
Число наблюдений		175	82	93
из них: здоровы (%)		36,0	29,3	41,9
больные (%)		63,2	70,7	58,1
в т. ч. гингивит		58,1	81,5	37,2
пародонтиты и пародонтозы		52,1	61,4	42,7
Индекс интенсивности (КПУ)		2,8	3,1	2,5
Структура индекса	кариозные	1,7	1,9	1,5
	пломбированные	0,6	0,7	0,5
	удаленные	0,4	0,4	0,4

врачей практически не изменилось: 2,7-2,8 на 10 000 населения, однако нагрузка на специалиста сократилось. Так, число запломбированных зубов уменьшилось на 17,5 тыс.(5,0%) и удаленных зубов на 9,8 тыс. (11,2%). Соотношение удаленных и запломбированных зубов остается прежним - 0,2. Снижение нагрузки обусловлено тем, что в Бишкеке интенсивно развивается частная стоматологическая помощь, услугами которой пользуется определенная часть населения.

Численность лиц, осмотренных в порядке профилактических осмотров, снижается. Если в 2001 году охват традиционными профосмотрами составлял 16%, то в 2007 – 14,8%. Из числа осмотренных в санации нуждается 59,4% (от 31% до 67,7%). Из числа нуждающихся в среднем 18,9% санация по тем или иным причинам не проведена.

В школах охват профилактическими осмотрами составляет 65,9%, из них нуждается в санации 93,8%, но осуществляют ее только 42,2% к числу нуждающихся. В результате 898 зубов на 1120 школьников остались не запломбированными. Пломбированные зубы к числу кариозных составляют 54,9%. Пломбирование зубов школьникам осуществляется в государственных стоматологических поликлиниках за счет бюджетных средств.

Большинство школьников к уходу за полостью рта относятся пренебрежительно, а те, которые чистят зубы регулярно, не имеют навыков по правильному уходу за зубами. Из числа учеников, которые чистят зубы 2 раза в сутки, 76,9% производят некачественно. На чистку зубов тратят не более 1 мин вместо рекомендуемых 2,5 - 3 мин. Этим можно объяснить незначительный эффект от гигиенических процедур, подтверждаемый гигиеническим индексом, значения которого колебались от $2,2 \pm 0,05$ до $2,6 \pm 0,1$,

что свидетельствует о неудовлетворительном или плохом уровне гигиены полости рта.

Анонимный опрос показал, что большинство школьников плохо информированы о дополнительных средствах гигиены полости рта. Так, сведения о зубных нитях имеют лишь 27,8% школьников, но никто ими не пользуется. Аналогичны данные и о применении зубных эликсиров и гелей. Полощут полость рта после приема пищи 27,7% школьников, зато 92,2% (практически все) после каждого обеда и ужина пьют чай со сладостями.

На начало исследования КПУ в первой группе (экспериментальная) составил $0,86 \pm 0,08$, во второй - $1,30 \pm 0,08$ и $1,55 \pm 0,12$. Спустя три года интенсивность кариеса зубов в 1-й группе достигла $2,0 \pm 0,09$, во 2-й - $2,4 \pm 0,10$, в 3-й - $2,9 \pm 0,16$. Общий прирост кариеса за три года в 1-й, 2-й и 3-й группах составил $1,14 \pm 0,08$, $1,1 \pm 0,12$ и $1,4 \pm 0,21$ соответственно. Редукция кариеса по индексу КПУз за три года в 1-й профилактической группе составила 30,5%, во 2-й - 36%, в 3-й - 15%. Редукция кариеса по индексу КПУ - 54,6, 58, 3 и 35% соответственно.

Диагностика и лечение кариеса в стадии пятна. В медицинской документации, отражающей результаты профилактических осмотров школьников, мы не встретили указаний на наличие кариеса в стадии пятна. При целенаправленном исследовании 80 школьников в возрасте от 12-15 лет, которые в стоматологическом плане были признаны здоровыми, кариес в стадии пятна выявлен у 22 (27,5%). С лечебной целью им проводились мероприятия общего (витамины В₁, Д, Е и глюконат кальция) и местного характера (фторсодержащие пасты и лаки). Проведено по 2 курса лечения продолжительностью 4-нед. с перерывом 1 мес. Лечение проводилось без препарирования тканей зуба. Повторный курс реминерализующей терапии проводят при необходимости, что определялось методом витального окрашивания зубов.

Первый курс лечения из 80 школьников закончили 72. После первого курса лечения у 39 (54,2%) пациентов отмечена полная реминерализация эмали (пятна исчезли), у 17 (23,6%) пациентов пятна уменьшились в размерах, у 16 (22,2%) эффект оказался нулевым. Эффективность проведения реминерализующей терапии определялась методом окрашивания участка поражения зуба метиленовым синим.

Всем пациентам с не излеченными пятнами кариеса проведен повторный курс лечения с интервалом в один месяц. После повторного курса лечения ни у одного из 33 пациентов пятна не исчезли. У 24 пациентов они приобрели коричневый цвет, но в размерах не увеличились, у 9 пациентов пятна увеличились и явились основанием для пломбирования. Принято считать коричневые и черные кариозные пятна признаками приостановившего-

ся патологического процесса и не нуждающихся в проведении реминерализующей терапии (Е.В. Боровский с соавт., 1998). С учетом этого нам удалось добиться излечения кариеса в стадии пятна у 63(87,5%) пациентов. Надо сказать, что для детей такое лечение является обременительным и по этой причине многие отказываются.

Таким образом, за последние годы наметилась явная тенденция роста стоматологической заболеваемости среди жителей г. Бишкек. В настоящее время регистрируется практически 100% поражаемость населения кариесом зубов. Интенсивность кариеса высокая - индекс КПУ 4,1. Различные формы патологии пародонта, включая гингивиты, встречаются у 80,2±0,3% школьников, при этом с старших классов преимущественно выявляются генерализованные форма пародонтита. Наряду с этим отмечена неоднозначность заболеваемости отдельных групп населения. Наиболее высокий уровень заболеваемости зубов отмечен в группе школьников, со слабым здоровьем, среди матерей одиночек и их детей. Связь стоматологических заболеваний с заболеваниями внутренних органов достаточно сильная, на что в своих исследованиях обращали внимание А.А. Дюдяков с соавт. (2001), В.С. Иванов, (1981), А.И. Рыбаков с соавт. (1980). При этом этиологию болезней зубов авторы рассматривалось как вторичное проявление, последствия болезни. Данное объяснение в наших исследованиях не нашло подтверждения. Выявлена значительная группа школьников (вторая группа здоровья), у которых отсутствовали соматические заболевания, но у них уровень стоматологических заболеваний был в два раза выше среднего. У лиц с дефицитом питания, которое выявлено у 19,5% школьников, заболевания зубочелюстной системы встречается в два раза чаще. Этот феномен прослеживается по всем основным стоматологическим заболеваниям. Исходя из этих данных, профилактика как соматических, так и стоматологических заболеваний должна сводиться к полноценному и достаточному питанию. По обращаемости недоедание составляет порядка 2,7 тыс. взрослых и 4,7 тыс. детей (Здоровье детей и деятельность, 2008). Нет сомнения, что исходя из этих данных, профилактика стоматологической заболеваемости должна сводиться к ликвидации бедности и сбалансированному питанию. Особое значение в республике имеет чрезмерное употребление рафинированных углеводов (сахар, сладости, кондитерские изделия). В этой связи заметим, что по данным Госагропрома КР потребление сахара и мучных изделий на душу населения в республике за 20 лет выросло в 91,5 раза, одновременно снижается потребление мяса, рыбы, молочных продуктов (М.К. Эсенаманова, 1981).

Таким образом, на основании изложенного в данной главе материала вырисовывается модель факторов риска развития кариеса (рис. 1).

Последствия стоматологических заболеваний. Воспалительно-деструктивные поражения пародонта есть не что иное, как скопление больших по объему очагов патогенной микробной инфекции, что негативно сказываются



Рис. 1. Модель факторов риска развития кариеса.

на общем состоянии, становятся причиной тяжелых деформаций челюстно-лицевой области, вплоть до инвалидности. Наличие заболеваний пародонта приводит к хронизации заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, почек. Особенно опасным оказывается их влияние на здоровье лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В стоматологических учреждениях совершенствование организационных мероприятий позволило существенно увеличить как объем, так и эффективность профилактических мероприятий (табл. 6). Охват диспансерным наблюдением увеличился более чем в три раза, частота кариозных зубов на одного жителя сократилась почти в два раза, снизилась частота удаления больных зубов, а удаленные зубы чаще стали замещаться протезами.

Таблица 6 - Эффективность профилактических мероприятий на территории обслуживания стоматологической поликлиники

Показатель	Величина показателя		Прирост, снижение (число раз)
	на начало наблюдения (1996 г.)	на конец наблюдения (2002 г.)	
Охвачено населения профосмотрами (%)	18,2	62,4	+ 3,4
Число больных кариесом (%)	62,0	51,6	- 1,2
Имеют болезни пародонта (%)	80,2	57,4	- 1,4
Удалено зубов на 100 человек	10,9	8,8	- 1,2
Протезировано на 100 человек	0,4	0,9	+2,3

Стратегической задачей на перспективу является, чтобы у людей к 70 годам сохранилось не менее 20 зубов, а у детей в возрасте 12 лет индекс КПУ не превышал 1,0-2,0 единиц.

ВЫВОДЫ

1. Данные официальной статистики занижают уровень стоматологической заболеваемости на 25-30%. Особенно это касается начальных форм кариеса (кариозные пятна, поверхностный кариес) и пародонта (зубные камни, гингивиты). Среди школьников больные зубы отмечены у 94,7%. В их структуре первое место занимают болезни пародонта (45,6%), второе - кариес (35,8%) и третье - аномалии развития (17,5%). Потеря одного постоянного зуба отмечена у 243 (21,7%) школьников, запломбирован один зуб у 17,9%. У детей до 12 лет аномалии прикуса отмечаются в 70-84% случаев, из них специализированное лечение требуется 47%.

2. Среди учащихся прослеживается потенциально высокий процент запущенного кариеса. Так, кариес на стадии пятна (кариозное пятно) составляет 5,1%, поверхностный кариес - 17,2%, средний кариес - 37,3% и глубокий кариес - 36,8%. Зубы верхней челюсти выходят из строя в 1,4 раза чаще ($58,4 \pm 2,0\%$), чем нижней ($41,6 \pm 2,0\%$). Наиболее восприимчивыми зонами к кариесу являются жевательные поверхности зуба - 79%. Пришеечный кариес составляет 15% и фиссуральный - 6%. Установлена определенная последовательность поражения кариесом различных групп зубов: моляры первые (34,1%), моляры вторые (21,8%), премоляр второй (13,9%) и так далее.

3. Повышенная стоматологическая заболеваемость от 27 до 32% у матерей-одиночек и их детей связана с социально-экономическими факторами

и низким уровнем культуры. При этом гигиена полости рта у 72% матерей-одиночек и их детей признана неудовлетворительной.

4. У школьников, проживающих на территориях с повышенной загрязненностью атмосферного воздуха, отмечено достоверное увеличение заболеваемости зубов. Причем как дети, так и их родители к профилактике и лечению болезней зубов относятся с недопониманием. Лишь 35% родителей осведомлены о профилактических мероприятиях, проводимых их детям, а 22,5% респондентов признают свою ответственность за обучение детей навыкам ухода за полостью рта, но сами не обладают этими навыками.

5. Стоматологические учреждения преимущественно занимаются лечением и очень слабо профилактической работой. Профосмотрами охватывается лишь от 14,8 до 27% населения. Из них нуждается в санации от 54,5 до 72,8%, из них 25% не санируются. Из числа жителей, закрепленных за стоматологической поликлиникой, обращается в среднем 58,3 на 100 жителей, тогда как только кариесом страдает $82,2 \pm 0,3\%$ населения. Мотивами обращения к стоматологу в 72,4% является зубная боль. К стоматологу каждый десятый обращается с большим опозданием, что приводит к экстракции зуба. В расчете на 100 жителей удаляется 9-11 зубов.

6. Изменение организационной структуры стоматологической помощи в сторону профилактики в стоматологической поликлинике г. Бишкека позволило увеличить число первичных посещений на 87%, а число запломбированных зубов на одного больного с 2,6 до 2,8. В порядке профосмотров число санированных больных увеличилось на 32,1%. Более, чем в полтора раза увеличилось число лиц, охваченных зубопротезированием. Эти показатели указывают, что результативность и доступность стоматологической помощи могут быть повышены за счет улучшения организационных мероприятий по профилактической помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В официальных отчетах предлагается отражать распространенность и лечение начальных стадий кариеса (кариозные пятна, поверхностный кариес) и пародонта (гингивит, зубные камни) среди школьников и их родителей.

2. Исходя из особенностей патоморфоза патологии (изменение панорамы болезней и клинического течения заболеваний) и социально-экономического положения населения необходимо создать в стоматологических учреждениях, школах структуры по обучению школьников и их родителей технике по гигиене полости рта и зубов.

3. К профилактике стоматологических заболеваний должны быть подключены группы семейных врачей, которые должны заниматься первичной профилактикой и обучением пациентов гигиене полости рта.

4. При дальнейшем реформировании стоматологической службы необходимо в законодательном порядке частные стоматологические учреждения обязать к проведению профилактических мероприятий .

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Баширов, М.М.** Состояние полости рта у социально незащищенных слоев населения [Текст] / П.Д. Абасканова, М.М. Баширов, С.М. Эргешов // Медицинские кадры XXI века. - 2006. - № 2. – С.58-62.

2. **Баширов, М.М.** Здоровье школьников и больные зубы [Текст] / М.Г. Василевский, М.М. Баширов, М.Б. Баширов // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. – Шымкент, 2007. – Том 34, № 1. – С.157-160.

3. **Баширов, М.М.** Механизмы профилактики стоматологических заболеваний системами здравоохранения с рыночной экономикой [Текст] / М.Г. Василевский, М.М. Баширов, М.Б. Баширов // Медицина Кыргызстана / Материалы первого съезда Кыргызской ассоциации общественного здравоохранения. - 2007. - № 3. – С.56-58.

4. **Баширов, М.М.** Эпидемиология и профилактика стоматологической заболеваемости по данным официальных отчетов [Текст] / М.Г. Василевский, М.М. Баширов, М.Б. Баширов // Медицина Кыргызстана. - 2008. - № 1. - С.13-18.

5. **Баширов, М.М.** Эффективность стоматологической помощи в г. Бишкек по данным официальной статистики [Текст] / М.М. Баширов // Медицина Кыргызстана. - 2009. - № 4. – С.38-40.

6. **Баширов, М.М.** Факторы риска болезней зубочелюстной системы [Текст] / М.М. Баширов // Медицина Кыргызстана. - 2009. - № 4. – С.41-45.

7. **Баширов, М.М.** Социальные факторы риска болезней зубочелюстной системы [Текст] / М.М. Баширов // Известия ВУЗов. - 2010. - № 5. - С.45-47.

8. **Баширов, М.М.** Эпидемиология и медико-профилактические мероприятия по снижению стоматологической заболеваемости среди школьников [Текст] / М.М. Баширов // Наука и новые технологии. - 2011. - № 1. – С.85-87.

Баширов Мирназим Мирказимовичтин “мектеп жашындагы балдардын тиш-жаак системасынын ооруларынын этиологиялык жана эпидемиологиялык факторлору” деген темада 14.02.02. - эпидемиология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасына изденүү үчүн жазылган диссертациясынын кыскача

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: мектеп окуучулары, тиш оорулары, таралуусу, структурасы, тобокелдик фактору, айлана чөйрө, жетишерлик тамактанбагандык, социалдык жактан калктын начар группасы, алдын алуу.

Изилдөөнүн объектиси: окуучулардын ден соолугунун абалы.

Изилдөөнүн жыйынтыгы: ОЭК-10 каралышына ылайк мектеп окуучуларынын арасындагы стоматологиялык оорулардын структурасындагы таралуусу, интенсивдүүлүгү жөнүндө жаңы маалымат алынды. Мунун себеби тобокелдүүлүк факторун аныктоо жана аны жок кылууга эмес, кариестин эрте пайда болуусун жана аны дарылоого алып келүүчү алдын алуу деңгээлинин төмөндүгү болуп саналат. Илимий иште мектеп окуучуларынын тиш-жаак системасынын ооруларынын этиологиялык тобокелдүүлүк фактору жөнүндөгү түшүнүк кеңейтилген. Ошону менен бирге, тиш ооруларынын ички органдардын оорулары, аба чөйрөсүнүн антропогендик булгануулары жана толук эмес үй-бүлөө (жалгыз эне) сыяктуу социалдык факторлор менен болгон байланыштуулугу аныкталды.

Илимий жаңылыгы: Колдонулуучу тармактары: Биринчи жолу стоматологиялык жардамды жакшыртууга карата түз байланышка ээ болгон мурда белгисиз маалымат алынды, ошондой эле айрым бир группалар боюнча оорулардын структурасы жана интенсивдүүлүгү аныкталды (калк, поликлиникага бекитилгендер, мектеп окуучулары, кош бойлуу аялдар, жалгыз бой энелер), калктын врач стоматологдордун кызматына болгон жогорку муктаждыгындагы стоматологиялык ооруларды алдын алуу боюнча төмөнкү натыйжадагы иш чаралардын себеби аныкталды.

Колдонулуучу тармактары: Жаңы функционалдык уюмдун башкы элементи ҮД Тобундагы медициналык сестра жана ден соолукту чыңдоо, сергек жашоо, ооз көндөйүнүн гигиенасын сактоону үйрөтүүгө жоопкерчиликтүү болгон гигиенист стоматолог болуп саналат.

РЕЗЮМЕ

диссертации **Баширова Мирназима Мирказимовича** на тему «**Эпидемиологические и этиологические факторы риска болезней зубочелюстной системы детей школьного возраста**» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.02 – эпидемиология.

Ключевые слова: школьники, болезни зубов, распространенность, структура, факторы риска, окружающая среда, недоедание, социально уязвимые группы населения, профилактика.

Объект исследования: состояние здоровья учащихся

Результаты. Получена новая информация о распространенности, интенсивности и структуре стоматологической заболеваемости среди школьников в соответствии с МКБ-10. Причиной этому является низкий уровень профилактики, который преимущественно сводится к раннему выявлению кариеса и его лечению, а не выявлению факторов риска и их устранению. В работе расширены представления об этиологических факторах риска заболеваний зубочелюстной системы школьников. В частности, установлена связь болезней зубов с болезнями внутренних органов, антропогенным загрязнением воздушной среды и такими социальными факторами, как неполная семья (мать одиночка).

Научная новизна: Впервые получена ранее неизвестная информация, имеющая прямое отношение к совершенствованию стоматологической помощи, в частности, установлены интенсивность и структура заболеваемости по отдельным группам (население, закрепленное за поликлиникой, школьники, беременные, матери одиночки), установлены причины низкой результативности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний при высокой потребности населения в услугах врачей стоматологов.

Область применения: Сконструирована модель по профилактике стоматологической заболеваемости, которая предполагает 4 уровня: семья, ГСВ, центр гигиенической стоматологии и стоматологические поликлиники. Центральным элементом новой функциональной организации являются медицинская медсестра из ГСВ и гигиенист стоматолог, в обязанности которых входит укрепление здоровья – приобщение к здоровому образу жизни и обучение навыкам гигиены полости рта.

SUMMARY

of the dissertation of Mirnazim Mirkazimovich Bashirov entitled “The epidemiologic and etiologic risk factors of dental diseases in school-aged children” for a degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.02.02 – epidemiology.

Key words: schoolchildren, dental diseases, prevalence, proportion, risk factors, environmental conditions, vulnerable groups, prevention

Study object: the state of health of pupils.

Results. New information has been gained on the prevalence, degree and proportion of dental diseases among schoolchildren by the ICD-X. The main factor of dental morbidity is a low level of prevention which is limited to early detection of caries and its treatment and does not comprise risk factor identification and elimination. The work presents new insights into the etiological factors of dental disease in schoolchildren. In particular, associations between dental disease and internal diseases, anthropogenic pollution of ambient air and such social factors as incomplete families (single mother) were found.

Scientific originality: The previously unknown information having a direct bearing on the improvement of dental health service has been obtained: the prevalence and proportion of morbidity in specific groups (population covered by the polyclinic, schoolchildren, pregnant women, single mothers) was assessed, reasons for low efficacy of dental disease prevention measures in the presence of a high requirement of the population for dental services) were established.

Area of application: A model for prevention of dental illness has been proposed, which comprises 4 levels: the family, family physician groups, hygienic stomatology centre and stomatologic polyclinics. A central element to the new functional organization is a nurse from a family physician group and a hygienist-stomatologist whose responsibilities include inculcation of healthy life style and education about oral hygiene skills.

Подписано к печати 26.08.2011 г. Формат 60 x 90/16
Бумага офсетная. Объем 1,3 п.л.; тираж 100 экз.
Отпечатано в НПО «ПМ»
г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34
Тел. 54-45-76

