

УДК 616.31(6)

В. А. МЕЛКУМОВ

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТРАНАХ АФРИКАНСКОГО РЕГИОНА ВОЗ*

Проводится анализ структуры и характера заболеваемости органов полости рта, кадровых ресурсов и их распределения, особенностей организации и качества оказываемой стоматологической помощи населению в странах Африканского региона ВОЗ.

В развивающихся странах Африки в связи со значительными политическими и социально-экономическими изменениями предпринимаются существенные меры по улучшению медицинского обслуживания населения и охраны его здоровья. Тяжелое бремя колониального господства, отсталость экономики, недостаток медицинских кадров, баз, учебных заведений и низкая санитарная культура населения наложили отпечаток на структуру и характер заболеваемости коренных жителей. На XX сессии регионального комитета ВОЗ сообщалось, что в этих странах заболевания полости рта и зубов стали проблемой большого значения [6].

Массовые обследования коренного населения колоний в центральной, западной и восточной Африке выявили низкий уровень гигиенического состояния полости рта [8, 15, 16 и др.]. В Кении из 1202 осмотренных детей-европейцев запломбированные зубы выявлены у 30%, то же самое наблюдалось и в Уганде [14, 20]. Соотношение запломбированных зубов к удаленным составляло в Танзании у детей-европейцев 8:1, а у детей-африканцев 1:4 [12]. В Нигерии [11] количество пломб и удалений от общего числа КПУ, выявленных при осмотре местных детей в возрасте 10—19 лет, составляло 4,2%. Подобное положение наблюдалось в Бурунди и Центральноафриканской Империи [3, 4]. За последние 10—15 лет в Нигерии, Гане, Мадагаскаре, Танзании, Замбии и других странах региона создаются сервисы как в столицах, так и во многих районных больницах, а также организуются зубоврачебные кабинеты в диспансерах и центрах здравоохранения. Все виды стоматологической помощи являются платными. При этом плата за протезиро-

* Регион включает все страны черного континента, кроме Марокко, Алжира, Туниса, Ливии, Египта, Судана, Джибути, Эфиопии, Сомали.

вание является настолько высокой, что оно практически недоступно для большинства населения. Минимальная плата за консультацию и лечение примерно в 2 раза превышает дневной прожиточный минимум. Поэтому неудивительно, что в Сенегале, Кении, Танганьике и Мали пациенты стоматологического профиля составляли от общего числа всех больных 4,5, 3,5, 2,4 и 2,0% соответственно [2, 9].

Структура обращаемости амбулаторных стоматологических больных приведена в табл. 1. При этом число больных в возраст-

Таблица 1

Распределение обращений к стоматологу ЦММ г. Банги (ЦАИ) по нозологическим формам болезней полости рта и зубов (в %) за 1974 г.

Обращения по поводу	Возрастные группы					Итого	В сухой сезон	В сезон дождей
	0—9	10—19	20—29	30—39	40 и выше			
Кариеса	23,3	29,2	28,4	12,7	6,4	8,7	9,8	7,8
Пульпита	52,8	35,7	7,7	2,6	1,2	14,2	16,5	12,4
Периодонтита	33,5	38,5	14,4	8,9	4,7	26,1	30,0	23,0
Периостита	43,4	45,3	5,5	3,7	2,1	15,5	9,8	20,0
Остеомиелита	98,9	1,1	—	—	—	2,1	3,7	0,9
Абсцессов и флегмон	50,7	42,2	2,8	2,2	2,1	3,5	3,9	3,1
Гингивита	30,4	31,5	15,6	15,4	7,1	8,9	10,3	7,8
Стоматита	79,2	0,6	2,4	7,8	10,0	9,0	4,5	12,6
Пародонтоза	13,3	32,3	28,9	13,4	12,1	2,2	0,9	3,2
Орального сепсиса	74,1	24,2	—	0,9	0,8	2,8	2,8	2,9
Прочие	56,5	12,2	16,4	9,7	5,2	7,0	7,8	6,3

ной группе 0—9 лет равнялось 1849, 10—19 лет—1284, 20—29—479, 30—39—308, 40 лет и более—186. Соотношение стационарных стоматологических больных к амбулаторным составило в ЦАИ за 1974 г. 1,6%, в Бурунди—4,5%, в Чаде, Гвинее-Бисау и Мали за 1977 г.—1,0, 1,8, 5,4% соответственно [5]. Из 1176 стационарных стоматологических больных в Мали за 1977 г. абсцессы и флегмоны наблюдались в 39,0, опухоли—27,4, переломы челюстно-лицевых костей—16,0, врожденные и приобретенные дефекты—8,0, хронический остеомиелит челюстей—4,5, заболевание слюнных желез—1,1, анкилозы челюстного сустава—1,0 и прочие заболевания—в 3,0% случаев. Таким образом, у местных жителей в странах Африканского региона преобладают осложненные формы патологии органов полости рта, при этом наблюдается тенденция роста стоматологической заболеваемости [1, 19].

Вместе с тем обеспеченность населения кадрами стоматологов в этих странах самая низкая [1], причем распределение кадров весьма неравномерно. Например, в Гане на 320000 человек приходился один дантист, при этом в Аккре—1 на 44730, западном регионе—1 на 298700, восточном—1 на 547000, северном—1 на 644500, центральном—1 на 751000 человек [17]. В городских зонах таких стран, как Гвинея, Берег Слоновой Кости, Мадагаскар, Мавритания на 1 зубного врача приходится 71, 33, 13, 18, а в сельских зонах—4000, 3608, 356, 508 тысяч на-

селения соответственно [23]. Подобное положение наблюдается и в других странах региона (табл. 2). Для сравнения укажем, что в наиболее обеспеченных кадрами стоматологов странах—Швеции, Финляндии, Дании—на одного дантиста приходится примерно два врача общего профиля. Анализ данных ВОЗ [22] по 30 странам региона показывает, что местные дантисты составляют около 40%. В ряде стран—Ботсвана, Чад, Габон, Малави, Мавритания, Руанда своих кадров вовсе нет. В Кении, Танзании, Гане, Гвинее, Нигерии, Сенегале, Уганде в

Таблица 2

Количество населения (в тыс.), абсолютное число дантистов, врачей и их помощников в ряде стран Африканского региона ВОЗ (30)

Страна	Население		Дантисты		Помощники дантистов		Врачи		Помощники врача	
	городское	сельское	в городе	на селе	в городе	на селе	в городе	на селе	в городе	на селе
Бурунди	113	3577	5	1	4	2	45	31	19	101
Гана	1672	7156	41	2	31	4	444	271	43	186
Замбия	263	4040	14	21	5	4	361	166	231	687
Кения	940	11372	62	3	29	2	589	177	363	311
Уганда	424	9619	13	3	6	2	170	114	95	339
ЦАИ	459	1100	4	1	3	5	44	11	14	7
Итого	3871	36864	139	36	78	19	1653	770	765	1631

последнее время начали готовить вспомогательный зубоврачебный персонал: помощников дантистов, стоматологических сестер, зубных техников и др. [13, 21]. Кадры готовятся также в Англии, Франции, Бельгии и других странах, где программа обучения и подготовки не совсем отвечает требованиям, которые выдвигает повседневная стоматологическая практика в условиях стран региона.

Сегодня еще нельзя ставить вопрос о полном удовлетворении всех нужд населения стран Африканского региона ВОЗ стоматологической помощью в силу политических, социальных, экономических, медико-санитарных условий. Важное значение имеет и финансирование стоматологической службы. В Гане эти расходы в 1968—1969 гг. составили всего 1,4% от общего бюджета здравоохранения [17], в ЦАИ эта цифра в 1974 г. составляла 2,7%. Для сравнения укажем, что затраты на одного человека в области зубоврачевания составляли в Англии за 1969—1970 гг. 4,5 дол., в Австралии за 1970 г.—6,4, в Канаде за 1960 г.—5,39 дол. [7]. Поэтому планирование и прогнозирование основных этапов развития и становления стоматологической помощи населению стран Африканского региона является необходимым. В первую очередь нужно увеличить прием и выпуск местных кадров, в том числе вспомогательного персонала, создать новые учебные заведения, стоматологические центры, отделения, кабинеты, четко организовать и унифицировать учетно-отчетную документацию по обращаемости в лечебные учреждения, получить по единой методике репрезентативные данные по распро-

страненности основных стоматологических заболеваний у различных групп населения и др.

Советский Союз помогает развивающимся странам Африки в подготовке кадров, строительстве баз и учебных заведений, в оснащении современным оборудованием и медикаментами, посылает высококвалифицированных специалистов для оказания практической помощи населению, обучения студентов на местах и консультаций органам здравоохранения в вопросах стоматологии около 10 стран региона. Расширяющиеся контакты СССР с развивающимися странами Африки настоятельно требуют всестороннего знания местных условий для оказания более эффективной и целенаправленной помощи.

Кафедра терапевтической стоматологии
Ереванского медицинского института

Поступила 21/XII 1979 г.

Վ. Ա. ՄԵԼԿՈՒՄՈՎ

ԱՀԿ ԱՖՐԻԿԱՆ ՇՐՋԱՆԻ ԵՐԿՐՆԵՐԻ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՄՈՏ
ՍՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿԸ
ԵՎ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՀԵՌԱՆԿԱՐՆԵՐԸ

Առաջարկվում են ԱՀԿ Աֆրիկյան շրջանի երկրների բնիկ բնակչության մոտ ստոմատոլոգիական ծառայության վերականգնման և բարելավման կոմպլեքս միջոցառումներ: Հեղինակը շոշափում է ռեսուրսների և նրանց ստորաբաժանման, ծառայության կազմակերպման և ֆինանսավորման առանձնահատկությունների հարցերը:

V. A. MELKOUMOV

THE STATE AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF
STOMATOLOGIC AID OF INHABITANTS OF AFRICAN REGION
COUNTRIES OF WHO

Complex measures for development and improvement of stomatologic aid of the natives of African region countries are suggested on the base of the analysis of the level and structure of the oral cavity organs morbidity.

The problems of personnel resources and their distribution, peculiarities of organization and financing of the support are touched upon.

Л И Т Е Р А Т У Р А .

1. Бармес Д., Безруков В. М. и др. Стоматология, 1977, 5, стр. 103.
2. Захаров Ф. Г. Сов. здравоохран., 1964, 3, стр. 81.

3. Малиновский В. К. Стоматология, 1978, 4, стр. 78.
4. Мелкумов В. А. Там же, 1978, 4, стр. 81.
5. Мелкумов В. А. В кн.: Влияние факторов окружающей среды на здоровье человека. Ереван, 1979, стр. 112.
6. Хроника ВОЗ, 1975, т. 29, 6, стр. 297.
7. Carlos J. P. Prevention and Oral Health. National Institute of Dental Research Bethesda, Maryland, 1973.
8. Entwistle A. R., Marshall J. F., Wilson R. A. Brit. dent. J. 1946, 80, 5, 164.
9. Fendall N. R. E. Publ. Hlth. Rep., 1968, 83, 9, 776.
10. Grappin G. Med. afr. noire, 1969, 16, 3, 263.
11. Henshaw N. E., Adenubi J. O. J. Dentistry (Bristol), 1975, 3, 6, 243.
12. Jasobson L. E., Kreysler J. V. E. After. Med. J., 1967, 44, 5, 221.
13. Myers S. E. Хроника ВОЗ, 1973, 27, 3, 124.
14. Nevill L. B., Brass W. E. Afr. Med. J., 1953, 30, 6, 235.
15. Pales L. Anthropologie, Paris, 1934, 44, 1—2, 45.
16. Price W. A. J. Am. dent. Ass., 1936, 23, 5, 876.
17. Richardson T. A. Ghana. med. J., 1968, 7, 3, 153.
18. Richardson T. A. Ibid, 1972, 11, 2, 141.
19. Ukeje M. A. S. Med. J. Zambia (Lusaka) 1971, 5, 6, 195.
20. Welbourn H. F. E. Afr. med. J., 1956, 33, 5, 181.
21. World Directory of Schools for Dental Auxiliaries, 1973, WHO, Geneve, 1977.
22. World Health Statistics Annual, 1971, v. III. Geneve, 1975.
23. World Health Statistics Annual, 1972, v. III. Geneve, 1976.