

за трезвость, организации досуга населения, в пропаганде новых традиций и обрядов. При республиканском и городских домах санитарного просвещения будут функционировать постоянно действующие семинары по противоалкогольной пропаганде для медицинских работников, учителей, преподавателей системы профтехобразования, руководителей структурных подразделений промышленных предприятий и сельского хозяйства, будут созданы кино- и диафильмы, памятки по актуальным вопросам борьбы с пьянством, тиражированы в необходимом количестве лекции и беседы, методические разработки по антиалкогольной пропаганде для различных контингентов населения, особенно для женщин и подростков.

Все перечисленные планы представляют программу-минимум и при необходимости те или иные ее разделы могут дополняться и развиваться в соответствии с требованиями жизни.

Поступила 12.12.85.

УДК 616.31—053.4—084.3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С КАРИЕСОМ ЗУБОВ

Х. М. Сайфуллина, П. А. Ковтонюк, Р. З. Уразова

*Кафедра стоматологии детского возраста (зав.— проф. Х. М. Сайфуллина) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Высокая распространенность кариеса зубов у детей волнует не только детских стоматологов, но и специалистов других профилей. Особо следует отметить развитие кариеса у детей, еще не достигших двухлетнего возраста [2]. Распространенность кариеса у детей в возрасте 3 лет достигает 21%, 4 — 51%, 5 — 71% [1].

В последние годы предложен ряд рекомендаций по профилактике стоматологических заболеваний у детей с учетом возраста, а также стоматологического и общесоматического статуса. Особое значение в современных условиях приобретает диспансеризация с первичной профилактикой, направленной на устранение причин и условий возникновения и развития стоматологических заболеваний, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Для осуществления этих задач требуются усилия не только детского стоматолога, но и педиатра, наиболее активно осуществляющего патронаж развивающегося ребенка. Другим важным условием в осуществлении эффективной диспансеризации и действенной первичной профилактики стоматологических заболеваний у детей является изучение возможности их прогнозирования со своевременным формированием диспансерных групп и проведением в них необходимых превентивных мероприятий.

Целью данного исследования было изучение влияния ante- и постнатальных факторов риска на формирование резистентности временных зубов к кариесу, а также оценка эффективности первичной и вторичной профилактики кариеса временных зубов в диспансерных группах.

Было обследовано 2062 ребенка в возрасте от 1 года до 6 лет с выделением трех групп диспансерного наблюдения. 1-ю группу (53 чел.) составили дети с острым течением кариеса, 2-ю (63) — с острым течением; в 3-ю группу вошли 43 ребенка в возрасте от 1 года до 1,5 лет с выявленными факторами риска, но без кариеса зубов.

Клинико-лабораторными исследованиями было установлено, что распространенность острейшего кариеса среди детей данного возраста г. Казани составила $24,2 \pm 3,6\%$, острого — $20,6 \pm 3,7\%$. Острейшее течение кариеса встречается уже в возрасте 1 года и 2 мес. Следует подчеркнуть, что у детей данной группы анamnестически были выявлены ante- и постнатальные факторы риска, оказывающие неблагоприятное влияние на формирование и минерализацию твердых тканей временных зубов (см. табл.). Из таблицы видно, что у детей с острым течением кариеса (I—II группы здоровья) ante- и постнатальные периоды развития были более благоприятными, чем у детей с острейшим течением (II—III группы здоровья). Важно отметить, что дети с острейшим течением кариеса находились на искусственном вскармливании чаще ($47,2 \pm 6,8\%$), чем дети с острым течением ($28,6 \pm 5,7\%$).

Факторы риска, влияющие на формирование резистентности временных зубов к кариесу в различные периоды развития ребенка (%)

Периоды	Факторы риска	У детей с острым течением кариеса зубов	У детей с острым течением кариеса зубов
Аntenatalный	Производственные вредности	28,3±6,2	15,9±4,6
	Прием лекарственных препаратов	26,4±6,1	22,2±5,2
	Ранние токсикозы	24,5±5,9	14,3±4,4
	Поздние токсикозы	13,2±4,6	3,2±2,2
	Грипп	16,9±5,2	6,3±3,1
	Гипертония	13,2±4,6	6,3±3,1
	ОРЗ	11,3±4,3	12,7±4,2
	Ревматизм	7,5±3,6	6,3±3,1
	ЛОР-заболевания	9,4±3,0	3,2±2,2
	Заболевания печени и желудочно-кишечного тракта	19,0±5,4	7,5±3,3
Неонатальный	Недоношенность	13,2±4,6	9,5±3,7
	Родовая травма ЦНС	3,8±2,6	—
	Внутриутробный сепсис	1,9±1,9	—
	Токсоплазмоз	1,9±1,9	—
	Пневмония	5,7±3,2	—
	Гнойно-септические заболевания	3,8±2,6	—
	ОРЗ	16,9±5,2	6,3±3,1
Постнатальный	ОРЗ	88,7±4,3	54,0±6,3
	ЛОР-заболевания	43,4±6,8	28,6±5,7
	Аллергические заболевания	20,7±5,6	6,3±3,1
	Железододефицитная анемия	13,2±4,6	3,2±2,2
	Рахит I ст.	13,2±4,6	6,3±3,1
	Рахит II, III ст.	3,8±2,6	—
	Гипотрофия	11,3±4,3	3,2±2,2
	Бронхит	11,3±4,3	—
	Пневмония	9,4±3,0	—
	Детские инфекции	7,5±3,6	9,5±3,7
	Кишечные инфекции	5,7±3,2	—

Стоматологическое обследование детей с острым течением кариеса выявило обширные плоскостные, чаще симметричные кариозные дефекты во всех группах зубов, включая и редко поражаемые зубы — клыки и нижние резцы. Обычно дефекты локализовались чаще всего в пришеечной, апроксимальной, фиссурной, а также на «иммунных» поверхностях — небной, язычной. Для острейшего кариеса были характерны кариозные полости с неровными контурами и подрывными краями, ограниченные ломкой эмалью белесоватого цвета. Дентин, выстилающий стенки и дно кариозной полости, был грязно-серого цвета, размягчен, удалялся пластинами. У таких детей чаще выявлялся циркулярный кариес в виде очаговой деминерализации с нечеткими границами и матовой, шероховатой, податливой поверхностью. Интенсивность кариеса характеризовалась высокими показателями: показатель интенсивности поражения (кп) зубов составлял $8,51 \pm 0,55$, полостей — $10,12 \pm 0,74$, очаговой деминерализации — $5,38 \pm 0,23$ зуба. Среднее значение электросопротивления очагов деминерализации — $0,32 \pm 0,06$ МОм, интенсивность прокрашивания — $75,9 \pm 5,9\%$; гигиенический индекс — 3,41 балла.

У детей с острым течением кариеса интенсивность поражения твердых тканей была следующей: кп зубов — $4,84 \pm 0,28$, полостей — $5,38 \pm 0,38$ и очаговой деминерализации — $2,05 \pm 0,06$ зуба. Кариозные полости локализовались чаще на жевательной и апроксимальной поверхностях, иногда в пришеечной области. Среднее значение электросопротивления очагов деминерализации составляло $0,49 \pm 0,06$ МОм, интенсивность прокрашивания — $51,8 \pm 6,3\%$; гигиенический индекс — 2,56 балла.

У детей 3-й группы в прорезавшихся резцах были выявлены симметричные зоны гипоминерализации в пришеечной области зубов и слабо выраженный эмалевый валек. Гипоминерализованные зоны выглядели тусклыми, при зондировании отмечалась шероховатость. Показатель сопротивления был в пределах от 0,85 до 0,95 МОм, интенсивность прокрашивания — 20—30%, тогда как у здоровых де-

тей — 10—20% и 1 Мом соответственно. У детей 1 и 3-й групп были проведены комплексная патогенетическая профилактика и терапия, которая включала в себя противокариозные (витамины В₁ и С) и иммуностимулирующие (нуклеинат натрия) препараты эндогенного действия, а также местное реминерализующее лечение 5% раствором глюконата кальция и 1% раствором фтористого натрия. Дети 2-й группы получали лишь местное реминерализующее лечение.

При изучении отдаленных результатов профилактики кариеса у детей с гипоминерализованными зонами в зубах через 12 мес не отмечено ни одного случая возникновения кариеса. Эффективность комплексного лечения начального кариеса составила $87,1 \pm 2,9\%$, пломбирования — $88,9 \pm 3,2\%$; у детей с острым течением кариеса — $88,9 \pm 4,0\%$ и $87,1 \pm 3,1\%$ соответственно.

Эффективность комплексной патогенетической профилактики и терапии была достигнута на фоне благоприятных сдвигов в состоянии неспецифической резистентности организма, в результате повышения содержания фтор-иона в смешанной слюне ($P < 0,05$) и снижения выделения его с мочой ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты клинико-лабораторных исследований показали эффективность, диспансеризации и необходимость ее осуществления детским стоматологом в более раннем возрасте в тесном контакте с педиатром и другими специалистами по выявлению детей с факторами риска, предрасполагающими к кариесу, для проведения у них комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М., Медицина, 1978.—2. Сеницин Р. Г., Пилипенко Л. И. В кн.: Проблемы терапевтической стоматологии. Киев, 1967, вып. 2.

Поступила 26.11.85.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.126.3—002—089.28

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЭНДОКАРДИТ ИСКУССТВЕННЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

В. Е. Анисимов, К. А. Бурдо, Л. К. Рыжкова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета (зав.— проф. А. В. Виноградов) 2-го Московского медицинского института

Советскими кардиохирургами накоплен значительный опыт протезирования клапанов при приобретенных пороках сердца. Такие операции успешно применяются при недостаточности и стенозе митрального и аортальных клапанов. Одним из тяжелых осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, является бактериальный эндокардит искусственных клапанов, который встречается у 2—13% больных с имплантированными клапанами [2, 3, 7].

Принято различать ранний бактериальный эндокардит, развивающийся до полугода после протезирования, и поздний — спустя 6 мес и более после операции. Описаны бактериальные эндокардиты после имплантации любых видов протезов [9, 11]. Б. А. Королев [3] отмечает, что данное осложнение не наблюдается при полусферовых протезах. По его мнению, развитие эндокардита у лиц с шаровыми протезами связано с характером поражения митрального клапана и миокарда, так как он встречается только среди больных с митральной недостаточностью и сочетанным митральным пороком.

Ранний эндокардит отличается большой вирулентностью возбудителя, нестабильностью гемодинамики, усугубляющейся нарушением функции протеза, тяжестью течения и неблагоприятным прогнозом. Инфицирование больного происходит воздушным или контактным путем в операционной или в послеоперационном отделении. В последние годы, с принятием профилактических мер, удельный вес стафилококка среди возбудителей стал уменьшаться; в возникновении ранних эндокардитов стала возрастать роль грамотрицательной и условно-патогенной флоры [4, 10].

Преобладание у больных послеоперационным септическим эндокардитом грамотрицательной и условно-патогенной флоры в гемокультурах свидетельствует о выра-