

В медсанчасти завода внедрено этапное лечение (стационар — санаторий — профилакторий — поликлиника).

Число диспансеризованных больных в медсанчасти ежегодно увеличивается. Если в 1975 г. на 100 работающих приходилось 8,07 диспансеризованных больных, то в 1977 г. — 9,7. В среднем один цеховой терапевт в 1975 г. курировал 121 диспансеризованного больного, а в 1977 г. — 186. В 1977 г. по сравнению с 1975 г. число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих снизилось на 1,56, а число дней нетрудоспособности — на 27,72, или на 8,4%. В целом число дней временной нетрудоспособности терапевтических больных в 1975—1977 гг. уменьшилось на 2217 дней. Диспансеризация больных способствует не только снижению заболеваемости трудящихся, но и получению дополнительной продукции предприятием и сбережению средств социального страхования.

УДК 614.715:616.314—002—007—053.4

Ф. К. Андаржанов, Ф. Ф. Маннанова (Уфа). Состояние зубочелюстной системы у детей раннего возраста, проживающих в условиях промышленного города

Изучена распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний у 669 детей (356 мальчиков и 313 девочек в возрасте от 1 года до 3 лет) в 7 детских яслях г. Уфы. Проведен анализ стоматологической заболеваемости у детей, проживающих в четырех населенных районах города, расположенных на границе санитарно-защитной зоны (I зона), на расстоянии 3 км (II зона), 10 км (III зона) и 15 км (IV зона) от нефтехимических комплексов. Из числа обследованных детей у 102 (15,2%) констатировано хорошее физическое развитие, у 412 (61,6%) — удовлетворительное и у 155 (23,2%) — ухудшенное. Распространенность кариеса зубов составила соответственно $18,6 \pm 3,5\%$, $24,0 \pm 2,1\%$ и $30,3 \pm 3,7\%$. Различия статистически достоверно между показателями групп детей с хорошим и с ухудшенным физическим развитием ($P < 0,05$). Соответственно и интенсивность поражения кариесом была равна $3,1 \pm 0,4$; $3,7 \pm 0,1$ и $4,9 \pm 0,6$ среди детей, имеющих кариозные зубы.

У детей с хорошим физическим развитием осложненного кариеса не было, а у детей с ухудшенным физическим развитием он составлял в среднем 0,9 на одного ребенка, имеющего кариозные зубы.

Сроки прорезывания молочных зубов также зависели от степени физического развития. При хорошем физическом развитии раннее прорезывание отмечено у $2,6 \pm 1,6\%$ детей, запоздалое — у $1,3 \pm 1,1\%$; при удовлетворительном — соответственно у $1,7 \pm 0,6\%$ и у $3,5 \pm 0,9\%$ детей. При ухудшенном физическом развитии запоздалое прорезывание зубов наблюдалось у $15,6 \pm 2,9\%$ детей ($P < 0,001$).

Зубочелюстные аномалии выявлены у 381 ребенка (56,9%). В группе детей с хорошим физическим развитием они установлены в $46,1 \pm 4,9\%$, с удовлетворительным — в $54,8 \pm 2,4\%$, с ухудшенным — в $69,7 \pm 3,7\%$.

Зубочелюстные аномалии встречаются существенно чаще у мальчиков ($68,0 \pm 2,5\%$), чем у девочек ($44,4 \pm 2,8\%$), независимо от степени физического развития ($P < 0,001$). Между отдельными видами зубочелюстных аномалий и степенью физического развития корреляции не обнаружено.

Распространенность кариеса зубов среди детей, проживающих в разных районах промышленного города, оказалась неодинаковой: у детей, живущих на границе санитарно-защитной зоны (I зона), она была большей ($33,7 \pm 3,5$), чем у детей, проживающих в других зонах города (во II зоне — $19,4 \pm 3,2\%$, в III зоне — $23,9 \pm 3,4\%$ и в IV зоне — $20,8 \pm 3,1\%$). В I зоне отмечено также наибольшее среднее количество кариозных зубов (3,6 на одного ребенка, имеющего кариозные зубы).

Частота зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в разных жилых массивах, колебалась от $52,2 \pm 4,0\%$ до $64,2 \pm 3,6\%$. Однако не выявлено зависимости частоты зубочелюстных аномалий от дислокации жилого массива по отношению к нефтехимическому комплексу.

УДК 616.315—007.254+616.317—007.254]—089:362.147

А. 3. Ямлиханова (Казань). Опыт диспансерного наблюдения за детьми с врожденными расщелинами губы и неба

В детском отделении стоматологической поликлиники Приволжского района г. Казани организован учет детей с расщелинами губы и неба и диспансерное наблюдение за ними. В соответствии с приказом главврачей роддомов в случае рождения ребенка с расщелинами губы или неба врачи родильных отделений направляют в поликлинику специальные листы для принятия его на диспансерный учет. На каждого взятого на учет ребенка заводят индивидуальную историю болезни. Собирают тщательный анамнез родителей, где отмечают наследственные факторы, течение беременности, выясняют наличие болезней и травм у матери в момент беременности, жилищно-бытовые условия. В последующем ребенка обследуют педиатр, отоларинголог, психоневролог, логопед. Результаты консультаций регистрируют в истории болезни. Челюстно-лицевой хирург, ортодонт и врач детского отделения совместно обследуют стоматологический статус.