

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. З. 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.

За 4 года в районе родилось 18 детей (14 мальчиков и 4 девочки) с врожденными расщелинами губы и неба, что составляет 0,7%. Из анамнеза родителей выявлено, что у 9 матерей беременность протекала с осложнениями. Они часто болели и лечились у терапевта. Трое указали на наличие у родственников различных уродств.

У 8 детей имела сопутствующая патология (болезни почек, ревматизм и частые простудные заболевания). У 4 детей обнаружены другие проявления врожденных нарушений развития: деформация ушной раковины, 6-й палец на руке, косоглазие, болезнь Дауна. У 9 детей констатировано отставание в физическом и умственном развитии.

При стоматологическом обследовании у 3 детей выявлена односторонняя и у 2 — двусторонняя расщелина губы, у 9 — сквозная расщелина губы и неба, у 4 — изолированная расщелина неба. Кроме этого, у 3 детей обнаружены различные аномалии зубочелюстной системы.

Всем детям было своевременно проведено необходимое оперативное вмешательство. По показаниям они получают лечение у ортодонтов и логопедов.

В заключение считает нужным отметить необходимость организации в ТАССР центра по диспансерному методу лечения детей с врожденными уродствами челюстно-лицевой области.

УДК 616.216.1—002

В. Г. Пепеляев (Казань). Некоторые особенности риногенных и одонтогенных гайморитов

Анализ наших наблюдений за 37 больными с различными формами гайморита и 76 историй болезни за 2 года дал возможность выявить ряд особенностей в клинике и течении гайморитов. Больные с риногенной формой заболевания (65 чел.) чаще жаловались на головную боль (43), затрудненное носовое дыхание (27), выделения из носа (43). Воспалительный процесс нередко был двусторонним (37), заболеванию пазухи предшествовали респираторные инфекции (грипп, ОРЗ). При риноскопии обнаруживали искривление носовой перегородки, полипы в носу, гипертрофию носовых раковин. Консервативное лечение давало хороший результат.

Из 25 больных одонтогенным гайморитом у 10 установлена причинная связь заболевания пазухи с заболеванием зуба (периодонтитом, остеомиелитом) и у 15 — с нарушением целостности стенок пазухи. Сообщение с верхнечелюстной пазухой в большинстве случаев было обусловлено удалением зубов. Воспалительный процесс у всех больных был только односторонним, часто распространялся на мягкие ткани. У больных имелся во рту свищевой ход, вследствие чего полость рта сообщалась с гайморовой пазухой. У данной категории больных лечение было успешным только после устранения источника инфекции (гангренозный зуб), заживления свищевого хода. Во время операции в пазухе обнаруживались более обширные, нередко с псевдохолестеатомами, деструктивные процессы с поражением костной ткани.

Больных с кистами гайморовой полости, исходящими из слизистой оболочки (16 чел.), часто беспокоили головная боль (13), заложенность носа (13), водянистые и слизистые выделения из носа (12). В анамнезе у этих больных имелись указания на аллергию к лекарствам. При риноскопии у 9 пациентов отмечена синюшность и отечность слизистой носа. У 11 больных произведена пункция пазухи, у всех получена янтарного цвета прозрачная жидкость (5—10 мл).

У 7 больных с одонтогенными кистами, вступающими в гайморову полость, наблюдались асимметрия лица из-за выпячивания костной стенки, истончение кости или дефект ее. При пальпации определялась флюктуация содержимого кисты. При пункции кисты получена жидкость темного цвета с примесью зерен холестерина. Лечение заключалось в цистэктомии без радикальной гайморотомии, если полости кисты и пазухи разделяла плотная костная перегородка. В случаях нагноения кисты или отсутствия костной перегородки между пазухой и кистой применяли метод цистогайморо-анастомоза. Рану во рту зашивали наглухо.

При одонтогенных и кистозных гайморитах показано в основном оперативное лечение, а при риногенных — консервативное, однако если последнее не дает эффекта, также применяют хирургическое вмешательство.

УДК 546.76:616.314—089.28:612.017

А. Д. Ульянов (Казань). Активность лизоцима крови и слюны у больных, сенсibilизированных к хрому

Изучение причин непереносимости зубных протезов из стали показало, что развитие патологических изменений в полости рта связано с аллергическим действием хрома, содержащегося в таких зубных протезах. Выявленные у лиц, пользующихся зубными протезами из стали, признаки сенсibilизации к хрому укладываются в рамки трех синдромов. Первый характеризуется различными болевыми ощущениями во рту без объективных признаков поражения слизистой оболочки полости рта, второй — сочетанием болевых и неприятных ощущений во рту с объективно выявляемыми морфологическими изменениями слизистой оболочки рта, третий — теми же проявлениями, что и второй, и кроме этого — поражением кожных покровов.