

ВЛИЯНИЕ ФТОРИРОВАНИЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА ПОРАЖАЕМОСТЬ ЗУБОВ КАРИЕСОМ

Х. М. Сайфуллина, В. А. Ившина, А. А. Насыбуллин

Кафедра стоматологии детского возраста (зав.— доктор мед. наук Х. М. Сайфуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, городская стоматологическая поликлиника г. Зеленодольска (главврач — А. А. Насыбуллин)

Реферат. Исследовано влияние трехлетнего искусственного фторирования питьевой воды на частоту кариеса зубов среди 1955 детей 7—11-летнего возраста г. Зеленодольска. Выявлено достоверное снижение поражаемости зубов кариесом во всех возрастных группах детей, проживающих в зоне фторирования питьевой воды.

Ключевые слова: кариес, фтор, профилактика.

1 таблица. Библиография: 1 название.

Искусственное фторирование питьевой воды, проводимое в ряде городов нашей страны, в которых питьевые водоисточники имеют низкое содержание фтора (0,1—0,3 мг на литр), является одним из профилактических мероприятий по снижению кариеса зубов у населения. Обогащение питьевой воды фтористыми соединениями с доведением концентрации фтор-иона до оптимальной (0,8—1,2 мг на литр), как правило, приводит к значительному снижению заболеваемости зубов кариесом. Представляют интерес результаты трехлетнего фторирования питьевой воды в одном из микрорайонов г. Зеленодольска ТАССР, где в естественных водоисточниках содержание фтор-иона не превышает 0,1—0,2 мг/л, а распространенность кариеса постоянных зубов среди детей к 11-летнему возрасту достигала 75—80% (Н. И. Петухов, В. А. Ившина, 1965).

Проведено стоматологическое обследование 1955 детей в возрасте 7—11 лет. Учитывались все пораженные кариесом и удаленные по поводу кариеса постоянные зубы. Выявлялась распространенность кариеса постоянных зубов (число лиц, пораженных кариесом, на каждые 100 обследованных) и интенсивность их поражения (число кариозных зубов на одного обследованного).

В зависимости от содержания фтор-иона в естественных водоисточниках были выделены 2 группы школьников. 1-ю группу составляли учащиеся школы, расположенной в микрорайоне, где питьевая вода в течение почти трех лет обогащалась фтористыми соединениями до оптимальной концентрации фтор-иона, во 2-й — уча-

Влияние фторирования воды на поражаемость зубов кариесом у детей

Возраст детей, лет	Место проживания	Число обследованных	Распространенность кариеса, %	Показатель интенсивности
7	Зона фторирования . . .	98	$26 \pm 4,5$ $P < 0,01$	$0,52 \pm 0,11$ $P < 0,05$
7	Естественные источники . .	300	$43 \pm 2,9$	$0,79 \pm 0,06$
8	Зона фторирования . . .	95	$29 \pm 4,7$ $P < 0,01$	$0,78 \pm 0,10$ $P < 0,01$
8	Естественные источники . .	300	$53 \pm 2,9$	$1,15 \pm 0,06$
9	Зона фторирования . . .	90	$32 \pm 5,0$ $P < 0,01$	$0,98 \pm 0,12$ $P < 0,01$
9	Естественные источники . .	300	$63 \pm 2,8$	$1,42 \pm 0,07$
10	Зона фторирования . . .	92	$37 \pm 5,1$ $P < 0,01$	$1,17 \pm 0,14$ $P < 0,01$
10	Естественные источники . .	300	$68 \pm 2,7$	$1,72 \pm 0,05$
11	Зона фторирования . . .	80	$42 \pm 5,6$ $P < 0,01$	$1,45 \pm 0,13$ $P < 0,01$
11	Естественные источники . .	300	$75 \pm 2,5$	$2,20 \pm 0,07$

щиеся школы, расположенной в зоне, где питьевая вода поступала из естественных водоемисточников без добавления фтора.

Трехлетнее искусственное фторирование питьевой воды в г. Зеленодольске дало положительный эффект. Распространенность кариеса зубов среди детей и интенсивность поражения в зоне фторирования питьевой воды ниже, чем в зоне, где питьевая вода содержит низкие (0,1—0,2 мг/л) концентрации фтор-иона.

Результаты исследования дают основание рекомендовать проведение искусственного фторирования и других водоемисточников города.

ЛИТЕРАТУРА

Петухов Н. И., Ившина В. А. Казанский мед. ж., 1965, 2.

Поступила 30 сентября 1980 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 615.473

НОВОЕ ДРЕНАЖНОЕ УСТРОЙСТВО

Г. А. Измайлов

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Предлагается дренажное устройство, состоящее из двух частей: гофрированной пористой трубки, погружаемой в брюшную или грудную полость, и цельной трубки, выводимой наружу.

Ключевые слова: дренажное устройство.

1 иллюстрация.

Для дренирования ран грудной и брюшной полостей наиболее широко применяются монолитные трубки из резины, полиэтилена, полихлорвинила, которые не только обеспечивают отток содержимого, но и дают возможность вводить лекарственные средства в полость. Однако дренажи из твердых монолитных материалов обладают двумя значительными недостатками.

Во-первых, они могут вызывать пролежни стенок органов и тканей с образованием длительно не заживающих свищей и каналов. Во-вторых, ирригационные свойства сохраняются только в пределах 3 суток с момента установления трубки. Затем она окутывается соединительной тканью, образующей как бы футляр, который препятствует попаданию содержимого из полости в трубку и лекарственных растворов из трубки в полость.

Дренажное устройство должно отвечать следующим требованиям: не оказывать вредного влияния на организм больного и его ткани; быть мягким, эластичным, изготовленным из биологически инертного материала; иметь в своей стенке мелкие отверстия для свободного оттока содержимого полости и беспрепятственного пропускания лекарственных растворов; выдерживать стерилизацию горячим или холодным способом, не теряя при этом геометрических форм и физических свойств; быть простым в изготовлении.

Исходя из этих требований мы изготовили комбинированное дренажное устройство, состоящее из двух прочно соединенных между собой полых частей (см. рис.).

Первая часть (1) является главной, ибо она находится в брюшной полости и выполняет основную функцию, которую несет дренажное устройство. Сделана она из синтетической пористой ткани (лавсан) и имеет гофрировку, напоминая собой гофрированный сосудистый протез. Диаметр этой части равен 10 мм, длина — 100 мм. Гофрированная часть дренажа фиксирована круговой лигатурой с прошиванием к гладкой монолитной резиновой или полиэтиленовой трубке (2) диаметром 8 мм и длиной 80 мм.

Дренаж устанавливают так, чтобы гофрированная часть его была погружена в полость, а место соединений (3) находилось на уровне париетального листка брюшины, плевры или подкожной клетчатки. Гладкую трубку фиксируют к коже больного путем подшивания или приклеивания лейкопластырем.

