

обращаемости. Вновь поступающие рабочие saniруются при зачислении их на работу.

После повторных обследований рабочих на проведение санации полости рта требуется около 50 — 55% рабочего времени, на гигиеническое обучение рабочих — около 15%, на профилактику профессиональных поражений зубов — 20—25%.

Повторное плановое обследование рабочих проводится не реже одного раза в 6 мес. Кроме того, рабочие предупреждаются, что при появлении у них каких-либо признаков заболевания полости рта в период между плановыми обследованиями они должны немедленно обратиться к врачу. Результаты обследования заносятся в диспансерную карту, в которой, наряду с данными о состоянии полости рта к началу диспансеризации фиксируются сведения, позволяющие судить о характере и эффективности проводимой лечебно-профилактической работы. Диспансерные карты хранятся в цеховом здравпункте.

Для оценки результативности стоматологической диспансеризации используются показатели динамики основных стоматологических заболеваний у лиц, находящихся на диспансерном учете. Для оценки состояния полости рта учитываются главным образом количество интактных зубов и общее число сохранившихся. Зубы без признаков профессиональных поражений, других некариозных заболеваний, кариеса зубов и его осложнений регистрируются как интактные, с целой коронкой — как сохранившиеся. При этом не дифференцируются зубы интактные, в частности имеющие признаки кислотного некроза, и зубы, леченные по поводу кариеса и его осложнений, то есть запломбированные или восстановленные искусственными коронками. Кроме того, при оценке состояния полости рта учитываются зубные отложения и заболевания краевого пародонта.

Для оценки эффективности отдельных компонентов или комплексов мероприятий, составляющих диспансерное обеспечение рабочих, изучается также действенность противонекротических (по борьбе с некрозом зубов) и противокариозных мероприятий, а также результативность лечения несложного и осложненного кариеса. При этом следует отметить, что некоторые противонекротические мероприятия являются одновременно и противокариозными. Наряду с нозологической диагностикой поражений пародонта определяются индексы ПИ и ПМА, а также гигиенический индекс по Федорову — Володкиной.

Проведенная методика стоматологической диспансеризации рабочих оказалась весьма эффективной. Так, за два года интенсивность прироста кариеса сократилась в 2,4 раза, а количество интактных зубов на одного обследованного по сравнению с контрольной группой увеличилось в 2,5 раза. В диспансерной группе число рабочих, нуждавшихся в лечении по поводу осложненного кариеса, уменьшилось на 60,3%, число лиц с признаками поражения краевого пародонта — на 34,8%, этот же показатель в контрольной группе возрос на 15,7%. Показатели интенсивности профессиональных поражений зубов снизились в 2,7 раза, заметно уменьшился и гигиенический индекс.

Опыт стоматологической диспансеризации рабочих химического предприятия, контактирующих с минеральными кислотами, показывает, что поэтапная диспансеризация с учетом всего комплекса профилактических, лечебных и санитарно-гигиенических мероприятий является высокоэффективным методом профилактики поражения зубов. Настоящая методика поэтапной диспансеризации была успешно использована и при проведении диспансеризации механизаторов и животноводов.

Поступила 10 января 1984 г.

УДК 616.31—058.9:353.1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ТРУЖЕНИКАМ СЕЛА

А. Г. Насыбуллин, Г. Г. Насыбуллин

Стоматологическая поликлиника г. Зеленодольска (главрач — А. Г. Насыбуллин), кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. Г. Г. Насыбуллин) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Стоматологическая служба Зеленодольского района ТАССР представлена стоматологической поликлиникой первой категории г. Зеленодольска, стоматологическими

отделениями в двух медсанчастях, отделением в Васильевской участковой больнице, шестью стоматологическими и двумя зубопротезными кабинетами в сельской местности. Всего на селе работают 15 врачей-стоматологов общего профиля или 2,5 единицы врача на 10 тыс. населения. Между тем Зеленодольский район является эндемичным по кариесу зубов из-за низкого содержания фтора в питьевой воде (0,2—0,3 мг/л). В связи с этим возникает необходимость в разработке новых организационных форм стоматологической помощи на селе.

Организация стоматологической помощи в сельской местности во многом отличается от таковой в условиях города. Ее эффективность зависит даже от таких факторов, как рассредоточенность населения на большой территории, отдаленность населенных пунктов от стоматологических кабинетов и прочее.

В последние годы оказание стоматологической помощи сельскому населению чаще осуществляется выездными бригадами. Первая выездная стоматологическая бригада была организована нами в 1975 г. на базе Зеленодольской стоматологической поликлиники. Она работала во всех хозяйствах района, при этом повторная санация проводилась с интервалом 5—7 лет. Стоматолог-терапевт в основном занимался оказанием помощи по обращаемости.

В 1982 г. были созданы 10 выездных бригад и передвижных кабинетов, укомплектованных врачами Зеленодольской городской стоматологической поликлиники, двух медсанчастей и участковых больниц. Каждая выездная бригада была представлена одним врачом-стоматологом, а средний и младший медперсонал выделялся за счет ФАП населенного пункта. Организованы также 3 бригады ортопедов-стоматологов из сотрудников городской стоматологической поликлиники. В состав такой бригады включаются стоматолог-ортопед и два зубных техника (обслуживающий персонал выделялся на месте). Стоматологические бригады имеют полный комплект необходимого оборудования, инструментов и материалов. Передвижной кабинет может быть легко развернут и подготовлен к работе. Выездная бригада в одном хозяйстве работает в среднем 25 дней. В течение этого времени проводится плановая санация полости рта животноводам, механизаторам и другим производственникам, а также ветеранам Великой Отечественной войны и труда. При этом стоматологическая помощь по лечению и удалению зубов оказывается в объеме, выполняемом в поликлинических условиях. Нами установлено, что в лечении и удалении зубов в настоящее время нуждаются около 67% тружеников села. Это результат ежегодной плановой санации, поскольку общая нуждаемость в стоматологической помощи на селе составляет 90% и более.

За год в среднем протезировались 246 человек, которым было изготовлено 852 протеза, в том числе 269 мостовидных протезов, 102 пластмассовые коронки, 199 стальных коронок, 231 съемный протез при частичной потере зубов и 51—при их полном отсутствии. В условиях работы выездной бригады нет технической возможности для изготовления конструкций более сложных протезов, требующих индивидуального литья. Поэтому определенная часть больных по показаниям приглашается на протезирование в городскую стоматологическую поликлинику и принимается там вне очереди.

Кроме того, много сельских жителей, особенно из населенных пунктов, расположенных вблизи города, непосредственно обращаются в городскую стоматологическую поликлинику. Например, в 1982 г. из общего числа протезированных 50,5% сельских жителей получили протезы, изготовленные в г. Зеленодольске.

Таким образом, даже при существующих штатах стоматологических кадров района можно рационально организовать работу и улучшить помощь труженикам села.

Поступила 7 февраля 1984 г.

УДК 616.314.18—053.5

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ

Х. М. Сайфуллина, Н. Х. Хамитова, В. А. Ившина

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

Среди многих стоматологических болезней значительное место занимают заболевания краевого пародонта, такие как гингивиты, пародонтоз. Еще в недалеком