

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

прошлом полагали, что пародонтоз поражает только лиц среднего и старшего возраста. Однако по литературным данным, во многих странах мира распространенность заболеваний краевого пародонта среди детей достигает 50%. Ряд исследователей указывают, что в городах Советского Союза частота пародонтопатий также высока. Так, в Киеве Г. Н. Вишняк (1974) отмечает у детей в 44,5% случаев гингивиты и в 12,1% — пародонтоз. В Тбилиси (Л. А. Гагуа, 1980) распространенность заболеваний пародонта составляет  $52,7 \pm 0,88\%$ . В Минске (В. С. Харитон, В. Ф. Гаспадарик, М. И. Гарасик, 1983) гингивиты диагностированы у 33,5% детей, пародонтоз — у 6,7%.

Мы изучали распространенность заболеваний краевого пародонта среди 1200 детей в Казани в возрасте 12 — 15 лет; возможную связь их с кариесом зубов и частотой зубочелюстных аномалий. В соответствии с рекомендацией ВОЗ исследование распространенности заболеваний пародонта проведено в каждой возрастной группе 12, 13, 14 и 15 лет (по 300 чел.) отдельно у мальчиков и девочек. Обследование зубочелюстной системы включало клиническое определение состояния прикуса, преддверия полости рта, уздечек губ и языка, осмотр слизистой оболочки полости рта, пародонта и зубов, а также заполнение зубной формулы.

Состояние зубов оценивали по индексу КПУ, десен — по пробе Шиллера — Писарева и индексу РМА. При определении зубочелюстных аномалий пользовались клинко-морфологической классификацией Калвелеса. Статистическую обработку данных проводили по Каминскому с учетом критерия Стьюдента для оценки достоверности различий.

При анализе результатов заболевания краевого пародонта были установлены у  $45,2 \pm 1,4\%$  детей. Детальное изучение характера данной патологии показало, что из числа заболеваний краевого пародонта гингивиты составляют  $94,6 \pm 0,1\%$  (причем хронический катаральный —  $90,8 \pm 1,3\%$ , гипертрофический —  $9,2 \pm 1,3\%$ ), локализованный пародонтоз —  $5,4 \pm 0,1\%$ . Интенсивность воспаления краевого пародонта по индексу РМА равнялась  $39,9 \pm 1,2\%$ . У мальчиков заболевания краевого пародонта встречаются несколько реже ( $48,3 \pm 2,1\%$ ), чем у девочек. Пораженность кариесом зубов широко распространена среди детей как с краевым пародонтозом, так и с интактным ( $92,0 \pm 0,1\%$  и  $90,1 \pm 0,1\%$  соответственно). Однако кариес зубов при заболеваниях краевого пародонта (см. табл.) имеет более низкую интенсивность ( $3,2 \pm 0,2\%$ ), чем при здоровом пародонте ( $4,8 \pm 0,2\%$ ,  $P < 0,01$ ). Полученные данные согласуются с литературными сведениями (Г. Н. Вишняк, 1962; Г. Л. Гагуа, 1980 и др.).

#### Распространенность поражения краевого пародонта у детей и частота кариеса зубов у них

Возраст, лет	Число обследованных	Из них с заболеваниями пародонта абс.	Кариес зубов у детей с заболеваниями пародонта	
			распространенность абс.	КПУ абс.
12 . . . . .	300	129	119	333
13 . . . . .	300	138	125	440
14 . . . . .	300	135	126	487
15 . . . . .	300	140	131	504
Итого . . . . .	1200	542	499	1764

У  $72,0 \pm 1,9\%$  детей заболевание краевого пародонта сочеталось с зубочелюстными аномалиями, причем наиболее часто с аномалиями положения зубов ( $51,3 \pm 2,5\%$ ). Были определены следующие виды прикуса: прогнатия (у  $14,6 \pm 1,8\%$ ), прогения (у  $12,3 \pm 1,6\%$ ), глубокий прикус (у  $11,5 \pm 1,6\%$ ), открытый прикус (у  $10,3 \pm 1,5\%$ ).

Локализованный пародонтоз у всех детей был сопряжен, как правило, с зубочелюстными аномалиями в виде тесного положения зубов, сужения зубных рядов, изменения формы фронтального участка, глубокого травмирующего прикуса.

Таким образом, результаты стоматологического исследования показали, что распространенность заболеваний краевого пародонта среди школьников Казани находится приблизительно на таком же уровне, как и в других регионах нашей страны, причем у многих детей патология сочетается с зубочелюстными аномалиями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вишняк Г. Н. Патогенез и клиника пародонтоза при патологии полового созревания. Автореф. докт. дисс., Киев, 1974.— 2. Гагуа Л. А. Сабчота мед., Тбилиси, 1980, 2.— 3. Каминский Л. С. Обработка клинических и лабораторных данных. М., Медицина, 1959.— 4. Харитон В. С., Гаспадарик В. Ф., Гарасик М. И. Стоматология, 1983, 2.

Поступила 24 ноября 1983 г.

УДК 616.314—002—053.5—084

## ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ

Ю. А. Федоров, Н. В. Цыбуленко

*Кафедра терапевтической стоматологии (зав. — проф. Ю. А. Федоров), кафедра терапевтической стоматологии с курсом детской стоматологии (зав. — доц. Г. С. Миро-  
ненко) Ленинградского ордена Ленина института усовершенствования врачей  
имени С. М. Кирова*

В последнее время благодаря широким исследованиям разработаны некоторые методы профилактики кариеса зубов. В одних случаях они рассчитаны сугубо на местное воздействие реминерализующих препаратов и гигиенических средств [1, 5], в других — профилактические мероприятия проводят комплексно с учетом действия препаратов на организм и зубы [4, 6, 7, 9].

В процессе поиска профилактических средств для предупреждения кариеса зубов были использованы фториды, витамины, фосфаты и микроэлементы. Однако лишь фториды (в пастах, воде, таблетках, молоке) получили широкое распространение в практике. В последние годы появились работы, в которых показана взаимосвязь минеральных веществ внешней среды с распространенностью кариеса зубов [2, 3, 8]. Так, наряду с благоприятным влиянием фтора отмечается положительное действие жесткой питьевой воды. Действие фтора проявляется наиболее выражено лишь в тех географических зонах, вода которых содержит много солей кальция (90 мг/л и более) и ряд других макро- и микроэлементов. В этих случаях распространенность кариеса зубов снижается до 50%, и, наоборот, при малом содержании кальция в воде эффективность противокариозного действия фтора не превышает 20—25% [3, 8, 9].

Целью настоящего исследования являлась организация и проведение комплексной профилактики кариеса зубов у школьников с использованием имеющихся возможностей введения профилактических препаратов в рацион.

Были использованы экспериментальные и клинические данные о профилактике кариеса зубов в разных городах страны [1, 10, 13]. Она заключалась в плановой санации школьников, введении противокариозных добавок в рацион горячих завтраков в школах, а также в обучении навыкам к регулярному уходу за полостью рта. В качестве противокариозных добавок использовали глицерофосфат кальция, витамины В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub>, морскую капусту. Профилактические мероприятия были проведены в трех школах Ленинграда (410 детей). Контролем служили школьники (1000 детей), которым осуществляли обычную плановую санацию полости рта и обучали гигиеническим навыкам. В течение одного месяца каждые полгода дети одной из школ получали глицерофосфат кальция и морскую капусту по 0,5 г, а также витамины В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub> в профилактических дозах (по 0,005 г). Учащимся второй школы добавляли в рацион глицерофосфат кальция и морскую капусту по 0,5 г, детям третьей школы — глицерофосфат кальция 0,5 г, витамины В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub> в профилактических дозах. Анализ результатов проведен за четыре года. В течение указанного срока удалось проследить динамику кариеса постоянных зубов у 380 школьников. В каждой профилактической группе было 100 и более школьников. Контроль за результатом профилактики осуществляли путем ежегодной регистрации числа детей, вновь заболевших кариесом, прироста количества кариозных зубов и показателя КПУ.

В первый год профилактики в контрольной группе зарегистрировано 20,8% детей, заболевших кариесом зубов, а в профилактической — 14,6%. На второй год наблюдений прирост детей с кариесом зубов в контрольных школах составил 13,7%, в то время как в профилактической всего 2,4%.