

## 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). Учащиеся 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%.

Существенно уменьшилось и количество кариозных зубов у детей, получавших профилактические добавки. Так, прирост кариозных зубов в первый год проведения профилактических мероприятий в контрольной группе детей был равен 0,80, а в профилактической — в среднем 0,83 зуба на одного ребенка. Зато на второй год профилактики прирост кариозных зубов в контрольной группе оставался примерно на прежнем уровне (0,90), а в профилактической составил в среднем всего 0,17 зуба на одного ребенка.

Средний показатель КПУ в первый год профилактики мало различался у детей этих групп (1,76 и 1,77 соответственно на одного ребенка). На второй год профилактики у школьников контрольной группы он достиг 2,67, а в профилактической — всего 1,9 на ребенка. Таким образом, за два года прирост КПУ в контрольной группе составил 1,71, а в профилактической всего 0,86 на одного обследованного. К концу четвертого года наблюдений в контрольной группе прирост КПУ оказался в 2 раза больше, чем в контрольной (3,64 и 1,78 соответственно). Лучшие результаты были достигнуты в той школе, в которой дети получали весь комплекс препаратов: глицерофосфат кальция, морскую капусту, витамины В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub> (см. табл.).

Результаты 4-летней профилактики кариеса зубов у детей

Противокариозные добавки	Число детей	Среднее значение КПУ		Прирост КПУ	Число детей, вновь заболевших кариесом, %
		до профилактики	после профилактики		
1. { Глицерофосфат кальция, Морская капуста, Витамины В <sub>1</sub> и В <sub>6</sub>	146	0,86±0,10	2,56±0,3	1,70	2,5
2. { Глицерофосфат кальция, Витамины В <sub>1</sub> и В <sub>6</sub>	100	0,96±0,10	2,82±0,3	1,86	4,5
3. { Глицерофосфат кальция, Морская капуста	134	0,97±0,11	2,71±0,3	1,74	3,8
Без добавок	1000	0,96±0,12	4,60±0,4	3,64	9,4

С целью массовой профилактики кариеса зубов в профилактической и контрольной группах в период проведения плановой санации полости рта было организовано обучение детей гигиеническим навыкам, в среднем 4 раза в течение месяца. Это позволило уже через год снизить индекс гигиены с 3,5 до 1,9 балла. Через четыре года профилактики с одновременным обучением рациональным гигиеническим навыкам средний индекс гигиены снизился еще до 1,5 балла. Эти мероприятия способствовали также и повышению эффективности проводимых противокариозных мероприятий.

Для полного решения проблемы кариеса зубов потребуется еще немало времени, однако успехи, достигнутые в этом плане, уже позволяют использовать некоторые рекомендации для профилактики стоматологических заболеваний: 1) профилактические мероприятия должны быть комплексными, то есть включать не один, а 2—3 препарата; 2) они должны предусматривать воздействие на организм в целом и на ткани зуба непосредственно; 3) поскольку обменные процессы в эмали и дентине протекают очень медленно, нет необходимости вводить противокариозные препараты непрерывно, можно ограничиться 2—3 мес в году.

Приведенный опыт комплексного предупреждения кариеса зубов у детей не исключает применения других способов профилактики, а лишь дополняет их. Следует помнить, что профилактические мероприятия должны обязательно сочетаться с активной пропагандой рациональной гигиены полости рта.

Таким образом, в результате комплексной профилактики достигнуто снижение прироста кариеса постоянных зубов у детей в 2 раза и более. Используемая схема профилактики кариеса зубов у детей эффективна, проста и доступна для любого детского отделения стоматологической поликлиники.

Затраты на противокариозные препараты находятся в пределах сметных ассигнований поликлиник. Проведение этих мероприятий не только не требует дополнительных штатов медицинского персонала, но и позволяет в будущем сократить его за счет уменьшения объема лечебной работы. Предложенный способ профилактики кариеса зубов рекомендуется использовать в тех районах, в которых питьевая вода и продукты содержат пониженное количество фтора и других микроэлементов, а также имеют недостаточную концентрацию кальция.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский К. В., Леус П. А. Кариез зубов. М., Медицина, 1979.—
2. Кодола Н. А. Микроэлементы в профилактике кариеса зубов. Киев, Здоров'я, 1979.—
3. Кошовская В. А. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1975.—
4. Овруцкий Г. Д., Полукеева Л. М., Греков А. Х., Гиниятуллин И. И. В кн.: Кариез зуба и иммунитет. Труды III съезда стоматологов РСФСР. Волгоград, 1976.—
5. Пахомов Г. Н. Первичная профилактика в стоматологии. М., Медицина, 1982.—
6. Рыбаков А. И., Гранин А. В. Профилактика кариеса зубов. М., Медицина, 1976.—
7. Сайфулина Х. М. Кариез зуба, резистентность организма и аллергические реакции слюнных желез. Автореф. докт. дисс., Казань, 1979.—
8. Трейманс А. Б. В кн. Труды V Всесоюзного съезда стоматологов. М., 1970.—
9. Федоров Ю. А. Профилактика заболеваний зубов и полости рта. М., Медицина, 1979.

Поступила 26 мая 1983 г.

УДК 616.31 (470.41)

## СТАЦИОНАРНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ТАТАРСКОЙ АССР

Ф. С. Хамитов, Я. З. Эпштейн, В. Б. Матвеев

*Кафедра хирургической стоматологии (зав.—проф. Ф. С. Хамитов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканская клиническая больница (главврач—канд. мед. наук М. В. Буйлин) МЗ ТАССР*

Одонтогенные воспалительные процессы наблюдаются у 40,7—60,3% всех стационарных стоматологических больных [1]. За последнее десятилетие число лиц с травмой, поступающих ежегодно в стоматологический стационар, возросло в 2,7 раза и составляет в среднем 23,8% от общего числа стационарных больных [3]. Несмотря на рост частоты воспалительных процессов челюстно-лицевой области и травм челюстей, требующих стационарного лечения, уровень обеспеченности населения стоматологическими стационарами остается низким и равен в среднем по стране 0,35 койки на 10 000 населения [2].

### Динамика госпитализированных больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области

Годы	Общее число госпитализированных больных	Больные с воспалительными процессами
1977 . . .	1001	206
1978 . . .	1031	521
1979 . . .	2131	739
1980 . . .	2719	959
1981 . . .	2857	1142

В связи с изложенным выше мы провели анализ стационарной помощи больным с воспалительными процессами и травмами челюстей по Татарской АССР. Специализированные стоматологические стационары имеются в трех городах республики, в них развернуто 110 коек. Кроме этого, некоторое количество коек находится в общехирургических отделениях центральных районных больниц. За пять лет (1977—1981 гг.) в специализированных стационарах ТАССР число лиц с воспалительными процессами челюстно-лицевой области составило 3567 человек, а с одонтогенной инфекцией — 2733, причем с каждым годом число последних возрастало (см. табл.).

Больных с травмами челюстей, по данным отделения челюстно-лицевой хирургии РКБ, в 1982 г. было 33%. Следует отметить, что в большинстве районов ТАССР специализированной помощи таким больным не оказывается, 15% из них поступают в республиканский стационар с осложнениями травматического остеомиелита.

Причинами запоздалой госпитализации больных с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области и травмами челюстей на местах являются их неадекватное лечение и отсутствие достаточного количества коек в стационарах. Все это приводит к увеличению продолжительности лечения больных, а порой и к возникновению у них таких серьезных осложнений, как медиастинит и сепсис.

Существующие временные нормативы обеспеченности населения больничными койками, четко определенные для терапевтических, педиатрических и хирургических больных, не распространяются на специализированные стоматологические койки [4].