

# КАРИЕС ЗУБОВ И ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАЗАНИ<sup>1</sup>

*Асп. Л. М. Демнер*

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.—проф. И. М. Оксман)  
Казанского медицинского института

С целью выявления частоты аномалий зубочелюстной системы, заболеваемости, потребности в кадрах и средствах в каждом из 5 районов Казани в 1959 г. нашей кафедрой проводилось обследование детей одной школы, двух детских садов, одних или двух детских яслей, домов ребенка и школ-интернатов. Всего обследовано 28 детских учреждений. Обследование проводилось по единой методике и одними и теми же врачами. Заполняемые на каждого обследуемого карты содержали 29 вопросов стоматологического статуса. В данной же работе из них разбираются только относящиеся к профилактике и борьбе с кариесом зубов.

Наличие кариеса учитывалось в тех случаях, когда клинически зондом определялась полость в зубе, распространяющаяся в эмали или в дентине, кроме того, учитывали удаленные и запломбированные зубы в соответствии с рекомендациями совещания экспертов Всемирной организации здравоохранения в Брюсселе (1958).

Всего обследовано 7182 детей и подростков в возрасте от 15 дней до 18 лет. По возрасту все осмотренные были разделены на 3 группы: 1) грудной и ясельный возраст до 3 лет — 1110; 2) дошкольный возраст (от 4 до 7 лет) — 1102 и 3) школьный возраст (от 8 до 18 лет) — 4970 чел.

У детей в возрасте до полутора лет кариес не был обнаружен, что совпадает с литературными данными.

Из 784 детей, посещающих детские ясли, зубы были у 759, из них у 229 — поражены кариесом (у 30,18%). Из 326 детей того же возраста, но воспитывающихся в домах ребенка, зубы были у 250 детей, причем только у 13 обнаружены кариозные зубы, что составляет всего 5,2%, то есть в 6 раз меньше, чем у ясельных детей.

Из 1102 детей в возрасте от 4 до 7 лет страдало кариесом 889 детей (80,67%).

Из 4372 детей и подростков от 8 до 18 лет кариес отмечен у 3954 (у 90,43%). Из 598 детей и подростков того же возраста, находящихся в школах-интернатах, кариес выявлен у 493 (82,44%), то есть на 8% меньше, чем у детей обычных школ. Характерно, что у детей школы-интерната № 7 кариес обнаружен на 17% меньше, чем у детей того же возраста, воспитывающихся в домашних условиях.

Тот факт, что дети домов ребенка, детских домов и школ-интернатов страдают кариесом меньше, чем дети того же возраста из детских яслей, детских садов и обычных школ, то есть воспитывающиеся преимущественно индивидуально в домашних условиях, видимо, не случайное явление. Этот вопрос подлежит специальному изучению и позволит, вероятно, сделать важные выводы о преимуществах государственной системы воспитания, по сравнению с индивидуальной.

При обследовании почти одинакового количества детей одного возраста в каждом районе города оказалось, что разница заболеваемости

<sup>1</sup> Доложено в Казани на заседании стоматологического общества 18/XII-59 г. и общества гигиенистов и санитарных врачей 25/II-60 г.

кариесом зубов по разным районам достигает 17%. Больше всего, на первый взгляд, поражает разница заболеваемости кариесом между Бауманским и Советским районами.

Сопоставление заболеваемости по этим районам с содержанием в их питьевой воде фтора привело к следующему:

Районы Казани	Количество детей, страдающих кариесом (в %)			Содержание фтора в питьевой воде (по Е. Т. Земляницкой) (в мг/л)
	до 3 лет	4—7 лет	8—18 лет	
Бауманский . . . . .	37,98	76,96	93,18	0,10—0,15
Советский . . . . .	20,53	74,44	89,62	0,35—0,39

Чем объяснить эту разницу в заболеваемости кариесом в указанных районах, расположенных рядом и имеющих почти одинаковый состав населения?

Общеизвестна роль в профилактике кариеса санитарно-гигиенических условий, наличия микроэлементов в природе, особенно фтора в воде.

В СССР изучением частоты кариеса в зависимости от количества фтора в питьевой воде занимались И. Г. Лукомский, В. К. Патрикеев, Р. Д. Габович, Ф. К. Няtko и Г. Д. Овруцкий, И. О. Новик и др. Этот вопрос изучался в США, Англии, Венгрии, Швеции, Швейцарии, Чехословакии и других странах.

При содержании фтора в питьевой воде ниже 0,5 мг/л пораженность кариесом увеличивается. При концентрации от 0,8 до 1,2 мг/л и выше наблюдается снижение частоты кариеса, которое, однако, не меняется при дальнейшем возрастании концентрации фтора выше 1,5 мг/л. Дальнейшее же повышение концентрации фтора от 1,5 мг/л и выше следует считать недопустимым, ибо оно вызывает тяжелые формы флюороза (пятнистую эмаль).

Как известно, все районы города, кроме Советского, снабжаются волжской водой с низким содержанием фтора, в которую частично (для Бауманского района) пропускают ключевую воду Аки, содержащую тоже незначительное количество фтора (от 0,12 до 0,25 мг/л). Советский район снабжается грунтовой водой из скважин Азино с более высоким содержанием фтора (от 0,23 до 0,60 мг/л).

В водопроводной волжской воде Бауманского и Ленинского районов концентрации фтора — 0,10—0,15 мг/л. Это с незначительными колебаниями действительно для Кировского и Приволжского районов. В водопроводной же воде Советского района (грунтовая вода) содержание фтора колеблется в пределах от 0,35 до 0,39 мг/л (Е. Т. Земляницкая).

Таким образом, можно предполагать, что одной из основных причин высокой поражаемости кариесом зубов детей Казани в целом является недостаток фтора в питьевой воде. Некоторое же уменьшение заболеваемости в Советском районе, по сравнению с другими районами, объясняется несколько большей концентрацией фтора в питьевой воде.

Поскольку кариес можно снизить обогащением питьевой воды фтором, этот фактор должен быть учтен в общем комплексе профилактических мероприятий.

Учитывая тот факт, что местная флюоризация фтористым натрием занимает много времени, а количество зубных врачей пока еще ограничено, и исходя из противоречивости высказываний в отношении эффективности местной флюоризации, в Казани следует предпочесть другие методы введения фтора в организм детей: в период развития зубов добавлять фтор к поваренной соли или молоку, предназначенному для

детей, давать детям таблетки, содержащие фтор, фторировать воду, идущую на выпечку хлеба.

Наиболее дешевым и надежным мероприятием в профилактике кариеса является фторирование питьевой воды, впервые проведенное в 1945 г. К 1953 г. питьевая вода фторировалась уже в 40 городах разных стран мира. Расходы, связанные с флюоризацией воды, как показали опыты, незначительны: стоимость увеличивается только на 0,2—0,3 %.

Исходя из этого, фторирование питьевой воды необходимо рекомендовать и для Казани. Поскольку на кафедре общей гигиены Казанского мединститута ведутся работы в этом отношении, практическое осуществление данного мероприятия облегчается.

Известно, что, наряду с содержанием фтора в питьевой воде, большое значение в профилактике кариеса имеет пищевой рацион. Поэтому для борьбы с кариесом у детей надо изучать пищевой рацион в домах ребенка, детских домах, переносить все ценное в практику детских ясель, садов, школьных буфетов и столовых, широко пропагандируя результаты этой работы среди населения.

Одновременно с этим нужно начинать и плановую стоматологическую санацию путем организации сети детских стоматологических поликлиник.

Детская стоматологическая поликлиника должна являться руководящим и методическим центром санационной работы в городе.

Организованная и регулярно проводимая плановая санация резко снизит осложнения кариеса, разгрузит общий прием в зубо врачебных кабинетах, что в итоге приведет к улучшению общего состояния и снижению общей заболеваемости населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Габович Р. Д. Стоматология, 150, 3. — 2. Земляничная Е. Т. Сб. научн. раб. Казанского мед. ин-та, вып. 1, гигиена, 1957. — 3. Лукомский И. Г. Кариес зуба, М., 1948. — 4. Новик И. О. Пр. стоматологии, т. III, Киев, 1956. — 5. Он же. Вopr. профилактики кариеса зубов и санации полости рта у детей. Киев, 1958

Поступила 3 марта 1960 г.

### О ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ПЕРИВАСКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НА ДНЕ 4-го ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ АСФИКТИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

*Канд. мед. наук М. И. Федоров*

(Казань)

Механизм асфиктической смерти весьма сложен, разнообразен и не совсем ясен. Однако известно, что при асфиксии быстрее всего и в первую очередь поражается ЦНС, поэтому вполне понятны стремления исследователей выяснить характерные изменения в ней.

По нашим наблюдениям и материалам кафедры (200 случаев), у погибших от механической (странгуляционной) асфиксии макроскопически наблюдались резко выраженные полнокровие мозговых оболочек (61 %) и мозга (59 %), отеочность мозга, переполнение венозной кровью пазух твердой мозговой оболочки (55 %), наличие мелко-точечных кровоизлияний на дне 4-го желудочка. Последнее явление с различной частотой наблюдали и другие авторы (Ф. А. Патенко, С. М. Сидоров).

С целью более подробного изучения этого явления нами дополнительно исследовано 20 случаев. Вскрытие трупов производилось через 12—26 часов после смерти. При микроскопическом исследовании мозга мы наблюдали во всех случаях резкое полнокровие и выраженный отек ткани мозга. При этом только в одном случае имелись кровоизлияния в подкорковом узле, в двух случаях — в мозжечке и во всех 20 случаях — в продолговатом мозге. При исследовании поперечных срезов продолго-