

УДК 061.66 : 616 — 053.2

Р.З. Уразова (Казань). Об организации антенатальной стоматологической помощи детям

Особенностью диспансеризации детей является то, что забота о здоровье ребенка должна начинаться до его рождения. Имеется большой положительный опыт преемственной работы между акушерами-гинекологами и педиатрами детских поликлиник. К сожалению, такой преемственности в работе врача-стоматолога на данном этапе времени не существует.

В антенатальном периоде развития организма происходят закладка временных и части постоянных зубов, гистогенез тканей, а также их минерализация, однако этот важный период в формировании зубочелюстной системы выпадает из поля внимания как детских стоматологов, так и врачей-стоматологов, работающих в женской консультации. Врач-стоматолог в женской консультации оказывает беременным лечебно-профилактическую помощь в объеме, достаточном лишь для практически здоровых женщин и при физиологическом течении беременности. К сожалению, состояние здоровья многих беременных оставляет желать лучшего, да и беременность часто протекает с гестозами.

Известно, что минерализация зубов будущего ребенка начинается с середины беременности и интенсивно продолжается с 7 месяцев до рождения ребенка, что совпадает по времени с минерализацией костного скелета плода. В этом периоде резко возрастает потребность в кальции, фосфоре, микроэлементах, в частности фторе. При заболеваниях беременных и патологическом течении беременности, сопровождающихся нарушением водно-минерального обмена, возникает необходимость коррекции питания назначением средств профилактики.

В качестве средств антенатальной профилактики беременной рекомендуют препараты кальция и фосфора на 1-2 месяце с витамином D, ультрафиолетовое облучение в зимне-осеннем периоде в последнем триместре, препараты фтора (обязательно с середины беременности, желательна вплоть до родов) и поливитамины (по показаниям). Все эти назначения врач-стоматолог должен согласовывать с акушером-гинекологом и терапевтом, наблюдающими за состоянием здоровья беременной.

Вторым важным моментом в работе врача-стоматолога женской консультации, который упускается, является прогнозирование кариеса зубов до рождения ребенка и передача этой сигнальной информации в детскую стоматологическую поликлинику по месту жительства, то есть в работе стоматологической службы должна соблюдаться преемственность. К сожалению, к детскому врачу-стоматологу родители впервые обращаются, когда им нужна справка о состоянии полости рта ребенка при его определении в детский сад, в то время как в 2-летнем возрасте уже сформирован временный прикус.

Практические наблюдения и эпидемиологические исследования, проведенные сотрудниками нашей кафедры, показывают, что распространенность кариеса в возрастной группе детей от одного года до 2 лет достигает 5%, от 2 до 3 лет — 32% и к 6-летнему возрасту — 88%. Такая ранняя

и высокая заболеваемость кариесом временных зубов обусловлена не только состоянием здоровья детей в первые годы жизни, но и в большей мере течением антенатального периода развития.

За последние 10 лет разработаны табличные матрицы и программы для ЭВМ с целью прогнозирования кариеса до рождения ребенка по медико-биологическим, социальным, экологическим и другим факторам. Детей с неблагоприятным прогнозом кариеса по антенатальному периоду, недоношенных, с патологией родов, лишенных грудного вскармливания, с рахитом и гипотрофией, получающих антибиотики или другие препараты в больших дозах ставят на диспансерный учет с первого года жизни. Им назначают предупреждающие кариес средства эндогенного (по согласованию с педиатром), а после прорезывания зубов и экзогенного действия.

На наш взгляд, антенатальная профилактика, активное прогнозирование кариеса до рождения ребенка и раннее проведение профилактических мероприятий позволяют уменьшить заболеваемость кариесом временных зубов.

УДК 618.3 — 06:616.61 — 002.151

С.Д. Шутова, А.М. Шутов, Г.Г. Ненашева, Л.А. Шутова, Л.В. Кузнецова (Пенза). Тяжелая форма геморрагической лихорадки с почечным синдромом у беременной

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — заболевание вирусной этиологии, в основе которого лежит поражение мелких сосудов с развитием синдрома ДВС. Тяжесть состояния и исход тяжелой формы ГЛПС определяются острой почечной недостаточностью (ОПН). Описаны случаи эклампсии при ГЛПС, не связанные с гемодиализом, во время которого, как известно, возможно появление судорог вследствие развития синдрома нарушенного равновесия. В периоде олигоанурии и полиурии при ГЛПС отмечается повышение периферического сосудистого сопротивления при нормальном или сниженном ОЦК с формированием в ряде случаев артериальной гипертензии. Изменения центральной гемодинамики при ГЛПС близки к таковым при преэклампсии и эклампсии беременных. Кроме того, для ГЛПС и позднего гестоза характерна коагулопатия.

Приводим клинический пример течения беременности и родов у женщины, заболевшей тяжелой формой ГЛПС, осложнившейся ОПН, что потребовало многократной диализной терапии.

К., 35 лет, группа крови 0 (I), резус-отрицательная. В анамнезе двое нормальных родов. Беременность третья (25 — 26 нед) протекала без особенностей. 08.01.1995 г. повысилась температура до 39,2°С, появились слабость, головная боль, тошнота. 09.01.1995 г. женщина была госпитализирована в акушерское отделение Земетчинской центральной районной больницы. 01.01.1995 г. присоединились боли в пояснице, животе, отмечена олигурия. По клиническим данным диагностирована ГЛПС; больная переведена в Пензенскую областную больницу им. Н.Н. Бурденко.

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное. Жалуется на боли в пояснице, сла-