

2. Гильман Л. А., Киселева М. И. // Проблемы терапевтической стоматологии. — Киев, 1967. — Вып. 2. — С. 25—29.
3. Гуца Р. Г., Чередниченко А. М. // Организация стоматологической помощи. — Свердловск, 1975. — С. 112—117.
4. Епишев В. А., Зуфаров С. А. // Основные стоматологические заболевания. — Ташкент, 1974. — С. 47—48.
5. Коломиец С. П. Состояние слизистой оболочки полости рта и некоторые свойства слюны у больных язвенной болезнью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1971. — 18 с.

Отдаленные результаты профилактики кариеса зубов постоянных моляров у детей

Л. П. Кисельникова, Л. А. Каминская, Т. Н. Стати
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

В последние годы разрабатывается новый подход к профилактике кариеса, направленный на регуляцию процессов созревания прорезывающихся зубов [1, 2]. Установлено, что наиболее благоприятным периодом для усиления процессов минерализации твердых тканей зубов являются первые 3 мес. после их прорезывания [3, 4].

Целью настоящего исследования явилось изучение отдаленных результатов эффективности профилактики кариеса постоянных моляров, проводимой на ранних стадиях созревания твердых тканей.

Материал и методы. Среди 128 детей в возрасте 5—6 лет были сформированы три профилактические группы в зависимости от вида профилактических средств и методики их применения:

1-я группа (24 ребенка) — всем детям сразу же после прорезывания жевательной поверхности первые постоянные моляры (M_1) обрабатывали однократно отечественным фторлаком;

2-я группа (47 детей) — этим детям сразу же после прорезывания M_1 проводили их двукратную обработку фторлаком (с интервалом в одну неделю), затем в течение 2 нед. применяли кальций-фосфатсодержащий гель модель «слюна»;

3-я группа (57 детей) — детям этой группы применяли кальций-фосфатсодержащий гель модель «слюна» в течение одного месяца, затем проводили двукратную обработку M_1 фторлаком.

В контрольной группе было 100 детей.

Через 7 лет после прорезывания, в возрасте 12—13 лет, было проведено обследование состояния M_1 у детей профилактических и контрольной групп.

В 1-й профилактической группе было 17 детей, во 2-й — 25, в 3-й — 28. В контрольную группу входило 30 детей.

Эффективность профилактики кариеса оценивали по редукации прироста кариозных зубов и поверхностей в каждой группе, которую определяли по Л. Н. Лубоцкой (1980), исходя из абсолютной величины прироста показателей КПУ зубов и КП поверхностей в контрольной и сравниваемой группах.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе, через 7 лет после прорезывания M_1 , распространенность кариеса последних составила $90,00 \pm \pm 5,47\%$ при КПУ M_1 — $2,73 \pm 0,25$, КП_{пов.} M_1 — $3,00 \pm 0,28$. Распространенность кариеса M_1 в 1-й профилактической группе оказалась несколько ниже — $82,35 \pm 9,24\%$, однако это снижение было статистически недостоверным. В группах с сочетанным применением кальций-фосфат- и фторсодержащих препаратов отмечалось значительное снижение распространенности кариеса M_1 ($48,00 \pm 9,99\%$ во 2-й и $55,55 \pm 9,56\%$ в 3-й профилактических группах). Причем статистически достоверное снижение рассматриваемых показателей наблюдалось в 1-й, 2-й и 3-й профилактических группах.

Несмотря на высокую распространенность кариеса в 1-й профилактической группе, обнаружено выраженное снижение индекса интенсивности кариеса КПУ M_1 $1,88 \pm 0,34$ по сравнению с контролем. Однако незначительное снижение индекса КП_{пов.} M_1 до $2,17 \pm 0,44$ (в контроле — $3,00 \pm 0,28$) было статистически недостоверным. В группах же с сочетанным применением кальций-фосфат- и фторсодержащих препаратов выявлено существенное снижение индексов КПУ M_1 ($1,12 \pm 0,28$ во 2-й группе и $1,25 \pm 0,25$ в 3-й) и индексов КП_{пов.} M_1 ($1,24 \pm 0,32$ во 2-й группе и $1,39 \pm 0,28$ в 3-й) по сравнению с контролем.

Таким образом, наиболее низкое значение показателя редукации кариеса зубов было в 1-й профилактической группе ($39,25\%$), где на момент прорезывания проводили однократную обработку M_1 фторлаком.

Редукация кариеса зубов во 2-й и 3-й профилактиче-

ских группах у детей в 12—13 лет составила соответственно 58,98 % и 54,22 %.

На момент обследования в контрольной группе распространенность карнеса у детей с удаленными M_1 составила $6,66 \pm 4,55$ %. Имели депульпированные M_1 также 6,66 и 4,55 % детей. Ни в одной из профилактических групп не было выявлено детей с удаленными либо депульпированными M_1 .

Отдаленный анализ эффективности профилактики, направленной на регуляцию процессов созревания прорезывающихся M_1 , показывает, что в течение длительного периода времени сохраняется повышенная резистентность твердых тканей зубов к карнесу, что доказывает перспективность нового подхода в его профилактике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жорова Т. Н. Процесс созревания эмали постоянных зубов после прорезывания и влияние на него различных факторов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Омск, 1989.— 24 с.
2. Кисельников Л. П. // Разработка и использование новых методов диагностики, лечения и профилактики.— Свердловск, 1986.— С. 24—25.
3. Кисельников Л. П., Леонтьев В. К., Стати Т. Н. // Организация и профилактика в стоматологии.— Екатеринбург, 1993.— С. 28—31.
4. Сайфуллина Х. М., Эльдарушева З. А. // Стоматология.— 1990.— № 6.— С. 67—69.

Функциональные изменения в венозном отделе микроциркуляторного русла при пародонтите

Е. К. Кречина
ЦНИИ стоматологии
г. Москва

Изменения в системе микроциркуляции являются одним из ключевых звеньев патогенеза воспаления, что ведет к нарушению трофики тканей. При развитии патологического процесса в первую очередь нарушается микроциркуляторное русло, в особенности его посткапиллярно-венулярное звено.

Цель настоящего исследования — изучение изменений в венозном отделе микроциркуляторного русла тка-