

Согласно полученным данным, интенсивность кариеса зубов у детей, имеющих дисплазию эмали, значительно выше, чем у детей без пороков развития твердых тканей зубов. В связи с этим возрастает значимость проведения своевременных методов лечения данной патологии и внедрения максимально эффективной системы профилактики кариеса у детей с дисплазией эмали.

Литература

1. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Распространенность некариозных поражений зубов

// Новое в стоматологии. 1997. № 10 (60). С.16-31.

2. Быков В.Л. Гистология и эмбриология полости рта человека. СПб., 1996. С.199-202.
3. Фалин Л.И. Гистология и эмбриология полости рта и зубов. М., 1963. С. 41-60.
4. Грошиков М.И. Некариозные поражения тканей зуба. М., 1985. С. 41-60.
5. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста. М., 1987. С.198-218.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК

А.И. Кондратов
УГМА

В настоящее время в г. Екатеринбурге отмечается высокая распространенность кариеса зубов и болезней пародонта.

Согласно критериям ВОЗ уровень интенсивности кариеса зубов в Екатеринбурге умеренный (КПУ зубов в 12 лет составляет 3,1). Распространенность и интенсивность болезней пародонта среди населения всех возрастных групп оценивалась как высокая. Признаки поражения пародонта выявляются у 82% детей 7 лет. В 15 лет легкая степень поражения пародонта диагностирована (по данным индекса КПИ) у 40%, средняя степень – у 55% подростков. Таким образом, уже в 15 лет 55% подростков имеют зубной камень. Распространенность зубного камня после 40-летнего возраста достигает 100%.

В то же время наши исследования выявили, что лишь у 13,3% больных из всех обратившихся за стоматологической помощью удаляли зубной камень. При этом в основном зубные отложения удаляются на 33-43 зубах нижней челюсти.

Профессиональная гигиена полости рта включает комплекс мероприятий: обучение и контроль гигиены полости рта, удаление зубных отложений с последующим полированием зубов, нанесение фторсодержащих препаратов.

Изучение 9300 амбулаторных карт в стоматологических поликлиниках г. Екатеринбурга показало, что в полном объеме профессиональная гигиена полости рта оказывается лишь 4% обратившихся. По данным анкетирования врачей для снятия зубных от-

ложений главным образом используются гладилки и экскаваторы. Среди причин, по которым врачи не проводят удаление зубного камня пациентам, отмечают отказ больного, трудоемкость процедуры (занимает много времени и экономически невыгодна).

Сложившаяся ситуация объясняется тем, что в настоящее время стоматологические учреждения по-прежнему ориентируются на лечение, а не на профилактику. Многочисленные данные литературы убедительно свидетельствуют о том, что регулярные процедуры по удалению зубного налета и зубного камня играют большую роль в профилактике и кариеса зубов, и заболеваний пародонта. В идеальных условиях каждый человек нуждается в профессиональном удалении зубных отложений.

В апреле 1994 г. Ассоциация стоматологов Свердловской области приняла решение о подготовке гигиенистов стоматологического профиля из имеющих зубных врачей (сегодня их подготовлено 244). Приказом №205-п от 5 июля 1996 г. департамента здравоохранения правительства Свердловской области утверждены положения о гигиенисте стоматологического профиля, об отделе профилактики стоматологических заболеваний и отчетная форма по профилактике.

К сожалению, данные специалисты работают не во всех поликлиниках, да и там, где они есть, их число невелико (1-2 специалиста на поликлинику, по приказу № 205-п – 4 на 10 тыс. населения).

Отсутствие стоматологических гигиенистов существенно тормозит внедрение про-

филактических мероприятий. Общеизвестно, что предупредить заболевание стоит в 10 раз дешевле, чем впоследствии лечить его. Поэтому именно сейчас в период недостатка финансирования здравоохранения руко-

водителям стоматологических поликлиник необходимо рационально использовать стоматологических гигиенистов и выработать правильный подход к укреплению здоровья населения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

В.Н. Вольхина, А.П. Кисельникова

УГМА

Вопросы сочетанных поражений полости рта и внутренних органов среди проблем стоматологии занимают достаточно значительное место, так как позволяют отразить сущность патологических процессов многих заболеваний полости рта.

Большой интерес представляет изучение влияния на состояние полости рта такой патологии, как бронхиальная астма, основным патологическим звеном в процессе проявления которой является кислородное голодание тканей различной длительности в зависимости от тяжести заболевания и ее фазы.

Целью нашего исследования было изучение стоматологического статуса и биохимических показателей ротовой жидкости у детей с различными стадиями течения бронхиальной астмы. Обследовано 132 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет, находящихся на лечении в центре бронхиальной астмы г. Екатеринбурга. Из них:

30 детей имели бронхиальную астму тяжелой формы (терапия: ингаляционные стероиды по 800-1000 мкг в день и пероральные стероиды ежедневно по схеме, ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия 3-4 раза в сутки);

58 детей – средней тяжести (терапия: ингаляционные кортикостероиды по 500-800 мкг в сутки, β_2 -агонисты 3-4 раза в сутки);

44 ребенка – легкой формы (терапия: ингаляционные β_2 -агонисты не чаще 3 раз в неделю или предполагаемой физической нагрузкой).

Стоматологическое обследование проводилось по общепринятой методике согласно рекомендациям ВОЗ 1995 г.

Биохимические показатели ротовой жидкости (кальций, неорганические фосфаты) определяли на синхронном анализаторе фирмы "Simens", активность щелочной фосфатазы (ЩФ) – с помощью стандартного набора "Лохема" после сбора нестимулированной смешанной слюны по методикам с использованием лимонной кислоты [1]. Статистическую обработку клинического материала проводили по методу Стьюдента.

Клиническое исследование полости рта включало определение распространенности и интенсивности кариеса молочных (кп) и постоянных зубов (КПУ), а также их повреждений (кпп + КПУп).

Для оценки состояния пародонта использовали папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс РМА (табл. 1).

Таблица 1. Показатели стоматологического статуса у больных бронхиальной астмой

Стоматологические показатели	Дети с бронхиальной астмой		
	тяжелая форма	средней степени тяжести	легкой степени тяжести
Распространенность кариеса, %	100	96,3 ± 0,53	90,2 ± 0,23
Интенсивность поражения КПУ и КП	6,2 ± 0,03	5,6 ± 0,06	4,8 ± 0,09
Интенсивность поражения кпп + КПУп	7,1 ± 0,25	6,5 ± 0,04	5,1 ± 0,08
РМА	13,9 ± 0,85	10,4 ± 1,83	7,3 ± 0,07

Архитектоника поражения поверхностей постоянных зубов (индекс КПП) в разных исследуемых группах носила однонаправлен-

ные черты и характеризовалась вовлечением в кариозный процесс апроксимальных (42%), жевательных (28%), вестибулярных