

1. Выполнение гигиенических рекомендаций по организации режима дня, двигательного режима и закаливания, систематическое использование циклических нагрузок, дыхательных упражнений, корригирующих осанку и стопу.

2. Создание условий для физического воспитания в каждой группе детского учреждения путем выделения и оборудования спортивных зон в помещениях и на групповых площадках.

3. Формирование здорового образа жизни в семье.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Годунов С.Ф. О плоскостопии у детей // Ортоп., травматол., протез. 1968. № I. С.40-48.

2. Двигательная активность и здоровье детей и подростков (Обзор информ. ВНИИМ) под ред. А.Г.Сухарева, В.И.Теленчи, О.А.Шелоняна. Серия "Гигиена". 1968. Вып.3. - С.72.

3. Иванова О.Г. Гигиеническое обоснование системы закаливания в детских дошкольных учреждениях на основе особенностей физической терморегуляции: Автореф.дисс...канд.мед.наук. М., 1983.

4. Медико-педагогический контроль за физическим воспитанием детей дошкольного возраста (методические рекомендации). М., 1983. С.27.

5. Программа воспитания и обучения в детском саду. М., 1965. С.198.

6. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М.: Медицина, 1991. С.270.

7. Яралов-Яралянц В.А., Князева В.Н., Шаргородский В.С. Некоторые особенности детской стопы по данным массовых обследований // Ортоп., травматол., протез. 1968. № I. С.73-76.

УДК 616.314-002

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.ВЕРХНЯЯ ПЫЛЬМА

Б.Я.Булатовская, А.И.Кондратов, Н.В.Серегина, Т.Б.Простакова
(Медицинский институт, Екатеринбург)

Повсеместное распространение кариеса зубов и болезней пародонта вызывает необходимость использования новых, более эффективных мер профилактики.

Профилактика в стоматологии реализуется путем выполнения следующих задач:

- 1) изучения и оценки эпидемиологической ситуации в регионе;
- 2) определения уровня здоровья населения;
- 3) разработки регионально ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний;
- 4) организации и проведения мероприятий, способствующих повышению резистентности к заболеваниям организма в целом и в том числе органов и тканей полости рта;
- 5) устранения факторов риска, способствующих развитию стоматологических заболеваний.

Эпидемиологические исследования являются основой для разработки эффективных программ профилактики стоматологических заболеваний в каждом конкретном районе.

Эпидемиологическое обследование населения необходимо для выявления двух основных показателей – распространенности стоматологических заболеваний и интенсивности поражения ими.

С помощью эпидемиологического обследования можно:

- 1) оценить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний;
- 2) выявить потребность в их лечении;
- 3) определить качество санации полости рта и эффективность профилактики;
- 4) сравнить состояние заболеваемости в различных регионах;
- 5) определить силы и средства, необходимые для профилактической работы;
- 6) выявить исходные данные о заболеваемости, необходимые для определения эффективности профилактической работы.

Для разработки и внедрения программы гигиенического обучения и воспитания населения возникла необходимость в проведении стоматологического обследования детского населения г. Верхней Пышмы.

Всего обследовано 597 детей в возрасте от 2 до 7 лет, посещающих детские комбинаты комбината "Уралэлектромедь". Кроме того, поскольку 12-летние школьники по рекомендациям ВОЗ представляют собой ключевые группы для оценки распространенности и интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, обследовано 128 школьников данной возрастной группы.

Обследование проводилось с использованием стоматологическо-

го зеркала и зонда. Результаты заносили в специальные карты, в которых фиксировали наличие кариеса зубов, гипоплазии, пломбоза, зубочелюстных аномалий. Рассчитывали распространенность (в процентах) и интенсивность поражения зубов по индексам КИУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных постоянных зубов), КИ (сумма кариозных и пломбированных временных зубов). Оценку состояния гигиены полости рта определяли с помощью индекса Федорова-Болодиной. Состояние пародонта оценивали с помощью индекса ЮИ.

Результаты стоматологического обследования представлены в таблице.

Данные стоматологического статуса детей, посещающих детские комбинаты "Уралэлектромедь"

Возраст, лет	Количество об-следованных	Кариес зубов										ИИ	ΣЧА, %
		временные зубы					постоянные зубы						
		Распространенность, %	интенсивность			Распространенность, %	интенсивность			КИУ			
			К	П	КП		К	П	У				
2	68	26,4	0,85	0,07	0,92	-	-	-	-	-	2,19	54,41	
3	138	59,4	2,35	0,42	2,77	-	-	-	-	-	3,32	43,47	
4	128	78,9	3,75	0,53	4,28	-	-	-	-	-	3,19	40,62	
5	104	88,4	4,84	1,29	6,13	4,80	0,03	-	-	0,03	2,92	37,50	
6	141	94,3	5,25	0,94	6,19	10,61	0,17	-	-	0,17	3,22	41,84	
7	18	95,4	5,72	1,11	6,83	16,63	0,19	-	-	0,19	3,98	50,00	
12	128	-	-	-	-	89,06	2,37	1,41	0,15	3,96	2,7	53,12	

Уже в двухлетнем возрасте кариес на временных зубах выявлен более чем у четверти обследованных. К трем годам распространенность кариеса увеличивается вдвое, достигая к семи годам 95,4%.

Также быстро поражаются кариесом постоянные зубы. В возрасте шести лет у детей начинается прорезывание первых постоянных моляров. Распространенность кариеса постоянных зубов в этом возрасте 1,8%. К семи годам частота выявления кариеса возрастает более, чем в три раза. Резко увеличивается распространенность кариеса к 12 годам, достигая 89,1%.

Быстрыми темпами возрастает интенсивность кариеса. У детей трехлетнего возраста имеется уже по 2,77 поражающих временных зубов. Интенсивность кариеса временных зубов (индекс КП) к семи годам увеличивается более, чем вдвое. У шестилетних интенсивность поражения постоянных зубов кариесом по коэффициенту КПУ 0,17. К двенадцати годам индекс КПУ возрастает более, чем в 20 раз.

Как видно из представленных данных, в г.Верхняя Пышма интенсивность кариеса зубов согласно классификации Всемирной Организации здравоохранения, умеренная.

При анализе отдельных компонентов индекса КП обращает на себя внимание высокое значение компонента К (количество зубов с кариозным поражением) во всех исследуемых возрастных группах. При этом компонент П (количество пломбированных зубов) чрезвычайно низок. Так, в 3 года лишь 15,1% детей имели пломбированные зубы, в 5 лет - 21,1% детей, а к моменту поступления детей в школу пломбы определялись лишь у 16,2% детей.

Следует отметить, что у 12-летних школьников в индексе КПУ присутствует компонент У (зубы, удаленные вследствие осложнений кариеса) - 0,15. В этом возрасте также сохраняется высокое значение зубов с кариозным поражением при низком количестве пломб. Так, в 12 лет пломбированные зубы составляли лишь 36,4% в структуре индекса КПУ.

Эти данные свидетельствуют о недостаточной эффективности ежегодной санации полости рта в дошкольных учреждениях г.Верхняя Пышма и отсутствии эффективных программ первичной профилактики стоматологических заболеваний.

Одним из важнейших критериев состояния органов полости рта при определении уровня здоровья является оценка состояния гигиены полости рта.

Определение состояния гигиены полости рта по индексу Федорова-Володкиной показало следующие результаты. Лишь у 9,4% трехлетних детей индекс гигиены полости рта определялся как хороший ($K_{ср.} = 1,0-1,5$). К 6 годам у 8,5% дошкольников значение индекса гигиены не превышало 1,5. Среднее значение индекса гигиены полости рта составляет в три года - 3,3 (неудовлетворительное), достигая к 7 годам - 3,9.

При определении распространенности патологического процесса в пародонте при помощи индекса РМА с предварительным применением пробы Шиллера-Писарева было обнаружено, что с возрастом воспали-

тельные процессы тканей десны нарастают.

При обследовании состояния полости рта выявлено также, что распространенность зубочелюстных аномалий составляет 43,5% в трехлетнем возрасте, достигая к 7 годам - 50,0%. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей 12 лет составляет 53,1%.

Для изучения причин, обусловивших высокую стоматологическую заболеваемость, нами было предпринято исследование по выявлению факторов риска. Как известно, потенциальными факторами риска могли быть дефицит фтора в питьевой воде, избыток сахара в питании и другие.

Город Верхняя Пышма расположен в зоне Среднего Урала, относится к местности с относительно суровым континентальным климатом. Содержание фтора в питьевой воде г.Верхняя Пышма низкое - 0,1-0,2 мг/мл (в норме содержание фтора в питьевой воде должно составлять от 0,8 до 1,5 мг/л). Количество сахара и кондитерских изделий, потребляемого на душу населения в Свердловской области составляет 46,9 кг (при норме - 25,5 кг в год), что указывает на снижение резистентности твердых тканей зубов к кариесу у детей г.Верхняя Пышма.

Таким образом, учитывая следующие факторы риска развития кариеса как низкий уровень санитарной культуры, неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта у детей г.Верхняя Пышма, высокое потребление рафинированных углеводов и распространенность зубочелюстных аномалий, нами предложена программа первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний.

В качестве профилактических мероприятий в программу включены доступные методы и средства профилактики:

1. Санитарное просвещение (воспитание здорового образа жизни) по профилактике стоматологических заболеваний.
2. Коррекция питания в отношении частоты и количества потребляемого сахара и сахаросодержащих продуктов.
3. Обучение детей аффективной гигиене полости рта.
4. Местная обработка зубов противокариозными препаратами (в том числе фторосодержащими).

Использование комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний позволит существенно снизить интенсивность кариеса зубов у детей г.Верхняя Пышма.