

которых наиболее часто встречались заболевания почек, ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, глаз и др. При анализе интенсивности кариеса выявлено, что декомпенсированная форма наиболее часто встречается у часто болеющих ОРЗ детей, а также при патологии органов дыхания.

Распределение детей с ДПП по степени активности кариеса в зависимости от течения ante- и постнатального периода

Таблица

Формы кариеса	Компенсированная (% детей)	Субкомпенсированная (% детей)	Декомпенсированная (% детей)
Факторы риска			
Аntenatalный	42,42	42,42	15,16
Патология в родах	57,69	26,92	15,39
Соматический	46,0	44,0	10,0

Некариозные поражения зубов выявлены у 30 человек (60,0%), причем у всех детей наблюдалась системная гипоплазия. Среди детей с antenatalной патологией некариозные поражения зубов выявлены у 72,73%, а у 12 человек такое сочетание не обнаружено. У 21 детей выявлена пятнистая форма гипоплазии, у 3 – чашеобразная, только у одного ребенка обнаружены клинические признаки флюороза. У всех детей, имевших системную гипоплазию зубов, в анамнезе отмечены неблагоприятные antenatalные факторы.

При наличии в анамнезе патологии в родах некариозные поражения зубов выявлены у 56,41% детей. Таким образом, воздействие отклонений в antenatalном периоде развития оказывает более выраженное воздействие на формирование тканей зубов во внутриутробном периоде развития.

Патология тканей пародонта выявлена у 38 человек (76,0%), причем наиболее часто встречается хронический катаральный гингивит (89,47%). Заболевания пародонта значительно чаще встречались среди детей с отклонениями в antenatalном периоде развития (87,88%), по сравнению с детьми, не имеющими в анамнезе этих факторов (42,86%; $p < 0,05$). У 71,79% детей с заболеваниями пародонта в анамнезе выявлена патология в родах.

При оценке состояния красной каймы и слизистой оболочки губ патологические изменения отмечены у 70,83% детей. Наиболее часто (у 50% обследованных) наблюдалась сухая форма экфолиативного хейлита, в патогенезе которого ведущее значение имеют отклонения в состоянии вегетативной нервной системы (С.А.Кутин, 1971). Среди детей с патологией губ у 73,53% в анамнезе выявлено неблагоприятное течение antenatalного периода, у 52,94% - патологии в родах и у 82,35% - соматические заболевания.

Отклонения в antenatalном периоде развития оказывают влияние и на формирование зубочелюстных аномалий. Среди детей, с отягощенным течением antenatalного периода развития зубочелюстных аномалий встречается чаще, чем у детей с благоприятным анамнезом (57,5% и 42,5% соответственно).

При благоприятном течении беременности ортогнатический прикус отмечен в 62,5% случаев, при патологии беременности – только в 37,5% ($p < 0,05$). Патология в родах и соматические заболевания существенного влияния на формирование зубочелюстных аномалий не оказывают.

Таким образом, наши исследования позволили установить более выраженное влияние antenatalных факторов и состояния здоровья в postnatalном периоде на интенсивность кариеса, особенно во второй и третьей диспансерных группах, развитие заболеваний губ и пародонта. Формирование зубочелюстных аномалий у детей с ДПП чаще наблюдалось при неблагоприятном течении antenatalного периода развития.



СРОКИ И АКТИВНОСТЬ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ С РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТЬЮ

Т.Н. Юшманова, И.Г. Давыдова, С.Н. Драчев, Л.Н. Белыева, Е.А. Полынина

Северный государственный медицинский университет,

МУЗ «Городская больница» г. Новодинска

Сроки прорезывания постоянных зубов являются важным критерием оценки состояния детского организма, показателем его биологической зрелости, которые, как известно, тесно связаны с социально-экономическими и экологическими условиями жизни. В этой связи представляло интерес изучить динамику прорезывания зубов у детей, проживающих в городах и районах Архангельской области с различной степенью экологической нагрузки.

Средний показатель числа прорезавшихся постоянных зубов у 6-летних детей области равен $4,91 \pm 0,16$, а показатель числа прорезавшихся первых постоянных моляров – $2,54 \pm 0,08$. У девочек процесс прорезывание зубов начинается раньше, чем у мальчиков: в 6 лет у них прорезалось в среднем $5,72 \pm 0,24$ зуба, в том числе, $2,75 \pm 0,10$ оставалось моляры, у мальчиков эти показатели составили соответственно $4,10 \pm 0,22$ ($P < 0,001$) и $2,33 \pm 0,11$ ($P < 0,01$).

Однако указанные показатели отличались в зависимости от района обследования. Так, количество прорезавшихся постоянных зубов у детей гг. Архангельска и Новодинска было достоверно ниже по сравнению с другими районами ($P < 0,05$, $P < 0,01$, $P < 0,001$), за исключением Вельского ($P > 0,05$) (рис. 1). Показатели среднего числа прорезавшихся первых постоянных моляров у детей в гг. Новодинске и Архангельске не отличалось между собой, но были достоверно ниже таковых в других районах обследования (за исключением п. Октябрьского и г. Черенова).

Несмотря на то, что выбросы вредных веществ (исключая автотранспорт) в атмосферу в крупных промышленных центрах в последние годы значительно сократились в Архангельске за 5 лет - на 41,2%, Новодинске - на 13,0%, Севе-

родинске - на 32,0%, Коржме - на 59,9% и т.д.), степень загрязнения атмосферы остается высокой.

Экологическая ситуация в районах обследования, в основу которой нами положен комплексный индекс загрязнения атмосферы (ИЗА), была различной. Так, в 1996 г. в гг. Новодвинск, Архангельске и Коржме он был очень высоким (соответственно - 38,9, 17,9 и 25,7; в г. Череповец - высоким (9,4), в Сенеродинске - повышенным (4,4), в Онеге - низким (1,6), в других районах обследования он характеризовался как низкий.

Таким образом, у детей, проживающих в самых грязных городах области (Архангельск, Новодвинск), нами выявлено минимальное количество прорезавшихся постоянных зубов. Однако в г. Коржме, несмотря на высокую загрязненность атмосферы, показатель числа прорезавшихся зубов оказался более высоким. Из этого следует, что данный критерий, видимо, зависит не только от степени загрязнения атмосферы, но и ряда других факторов (климатических, социальных и пр.). О значении, в частности, социальных факторов свидетельствуют данные по Вельскому району (п. Усть-Шоноша), где число постоянных зубов в расчете на одного обследованного ребенка в возрасте 6 лет составило всего 4,10. Особенности указанного пункта обследования являлось очень низким качеством жизни населения на момент обследования, сочетающееся с крайне высоким уровнем безработицы среди трудоспособного населения, что типично в последние годы как для сельских поселений области, так и для поселков деревообрабатывающего комплекса.

Корреляционный анализ между показателем прорезавшихся зубов (в том числе, моляров) и ИЗА указывает на наличие средней степени отрицательной корреляционной связи (ближе к сильной степени) ($r_{xy} = -0,68, P < 0,05$). Вместе с тем объяснить различия в сроках прорезывания зубов у детей только различным уровнем загрязнения атмосферы по индексу ИЗА не представляется возможным, хотя зависимость между этими показателями статистически подтверждается.

Полученные нами результаты согласуются с данными исследований Мухаметовой Е.Ш. (1992) о влиянии загрязнений атмосферного воздуха предприятиями нефтехимической промышленности на сроки прорезывания первых постоянных моляров. Считаем необходимым отметить, что количество прорезавшихся первых постоянных моляров в г. Новодвинске было достоверно меньше, чем в г. Уфе ($P < 0,05$).

Активность процесса прорезывания постоянных зубов в зависимости от степени экологической напряженности в районе проживания представлена нами на примере гг. Архангельска и Онеги (табл. 1)

Материалы таблицы 1 показывают, что в Архангельске достоверно больше детей, не имеющих ни одного прорезавшегося постоянного зуба, а также имеющих 3-4 зуба и, вместе с тем, достоверно меньше детей, имеющих 9-10 и 11-12 зубов. Данная закономерность (хотя с меньшей степенью достоверности) прослеживается при сравнении данных по Архангельску и другим районам обследования.

следования.

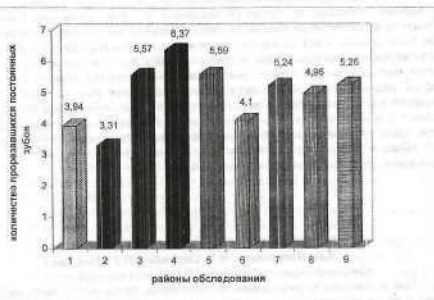


Рис. 1. Количество прорезавшихся постоянных зубов у 6-летних детей Архангельской и Вологодской областей по районам обследования (1-г. Архангельск, 2-г. Новодвинск, 3-п. Коноша, 4-г. Онега, 5-с. Каргогоры, 6-Вельский район, 7-п. Октябрьский, 8-г. Коржма, 9-г. Череповец)

Таблица 1

Распределение числа постоянных зубов у 6-летних детей гг. Архангельска и Онеги (%)

Количество прорезавшихся постоянных зубов	Районы обследования		P
	г. Архангельск	г. Онега	
0	20,37 ± 2,12	7,84 ± 2,67	P < 0,05
1-2	16,67 ± 2,23	13,73 ± 2,45	P > 0,05
3-4	19,44 ± 2,21	7,84 ± 2,67	P < 0,05
5-6	23,15 ± 2,24	21,57 ± 3,12	P > 0,05
7-8	13,89 ± 2,25	17,64 ± 3,21	P > 0,05
9-10	9,26 ± 2,34	23,53 ± 3,12	P < 0,01
11-12	1,85 ± 2,32	7,84 ± 2,21	P < 0,05

Выявить существенную зависимость сроков прорезывания постоянных зубов от минерального состава питьевой воды, в частности от содержания фтора в воде, нам не удалось: коэффициент корреляции между этими показателями со-

ставил $t_{\text{кр}} = -0,20$ ($P > 0,05$). На отсутствие связи между данными явлениями указывает и величина критерия соответствия хи-квадрат (1,97; $P > 0,05$).

Таким образом, наше исследование показало, что сроки и активность прорезывания постоянных зубов у детей зависят от степени экологической напряженности в районе облюдения. В районах региона, где экологическая ситуация была несколько лучше, меньше уровень загрязнения атмосферного воздуха, количество всех прорезавшихся постоянных зубов (как и молочных) у 6-летних детей, было достоверно больше, чем в таких городах, как Новодинск и Архангельск, являющихся наиболее загрязненными на Севере России. Хотя нельзя отрицать влияния на сроки прорезывания зубов климато-географических, социальных факторов. Подтверждением чему является достаточно высокий показатель числа прорезавшихся зубов в экологически неблагоприятном городе на юге области - г. Коржмы и низкий - в районе значительного социального неблагополучия - п. Усть-Шоноше Вельского района.



КУЛЬТЕВЫЕ ШТИФТОВЫЕ КОНСТРУКЦИИ

Т.Н. Юшманова, Н.В. Скринова, Н.Г. Давыдова

Северный государственный медицинский университет

При значительном разрушении коронок зубов, когда невозможно восстановить их пломбирочными материалами или вкладками, применяют различные конструкции штифтовых зубов (ШЗ). Предложено большое число различных разновидностей штифтовых конструкций: ШЗ с наружным кольцом — по Ричмонду, ШЗ с вкладкой — по Ильиной-Маркосян, коронка по Ахмедову, фарфоровые коронки со штифтом — по Логану и Дэвису, литые культевые штифтовые вкладыши (ЛКШВ), культевые штифтовые вкладыши из композитов и пластмассы (КШВ), различные виды корневых аттачментов и др. И это неслучайно, поскольку желание врача стоматолога, как терапевта, так и ортопеда, полностью совпадает с желанием пациента — сохранить жизнеспособный корень зуба, восстановить коронковую часть и использовать его в качестве опорного зуба при протезировании одиночными коронками, мостовидными протезами или съемными конструкциями.

Проанализируем ситуацию в Архангельской области. Насколько часто ортопеды-стоматологи стремятся сохранить и использовать корни зубов пациента? Данные годовых отчетов за 2000 год свидетельствуют о следующем: в областной клинической поликлинике изготовлено ЛКШВ — 597, ШЗ — 13; в 1-й городской поликлинике г. Архангельска — 244 ЛКШВ; 2-й городской поликлинике — 341 ЛКШВ и 3 ШЗ; городской поликлинике г. Северодвинска — 482 ЛКШВ и 11 ШЗ; поликлинике г. Коржмы — 234 и 3; г. Котласа — 83 ЛКШВ. Далее показатели меняются: в стоматологическом отделении г. Новодинска — 32 ШЗ, Вельской поликлинике — всего 8 ШЗ (и это при наличии собственной литейной

установки), Онежской ЦРБ — 21 ШЗ; и далее по районам: В-Тоемском — 3 ШЗ, Виноградовском — 5, Каргопольском — 96, Ленском — 54, Лешуконском — 1, Няндомском — 40, Пшехском — 8, Плесецком — 23, Устьинском — 29, Холмогорском — 6. В Вилегодском, Коношском, Котласском, Красноборском, Мезенском, Приморском, Соловешском, Шенкурском районах не изготовлено ни одной штифтовой конструкции.

Поэтому цель статьи состоит в том, чтоб обратить внимание стоматологов на проблему сохранного отношения к зубам, в том числе, жизнеспособным корням, тем более что для этого в настоящее время имеются значительные возможности даже в тех ортодонтических отделениях и кабинетах, где нет индивидуального дентя, и тем более, где оно есть.

В настоящее время для восстановления отсутствующей коронковой части зуба или ее значительном разрушении широко используют ЛКШВ, которые после укрепления покрывают различными коронками. Система, состоящая из двух самостоятельных частей (ЛКШВ и покрывающей ее коронки), имеет ряд преимуществ перед всеми видами ШЗ:

- искусственную коронку, покрывающую культю, в случае необходимости (изменение цвета, дефекты коронок и пр.) легко снять и заменить;

- при замене наружной коронки можно, не дожидаясь изготовления постоянной, в первое же посещение пациента изготовить провизорную коронку, что благоприятно скажется на психике больных, а у людей, профессия которых связана с лекторской или артистической деятельностью, не приведет к потере трудоспособности;

- при удалении рядом стоящего зуба наружную коронку можно снять, а культю вновь использовать, но уже для опоры мостовидного протеза;

- открывается возможность наложения мостовидного протеза при непараллельных каналах корней, используемых в качестве опоры;

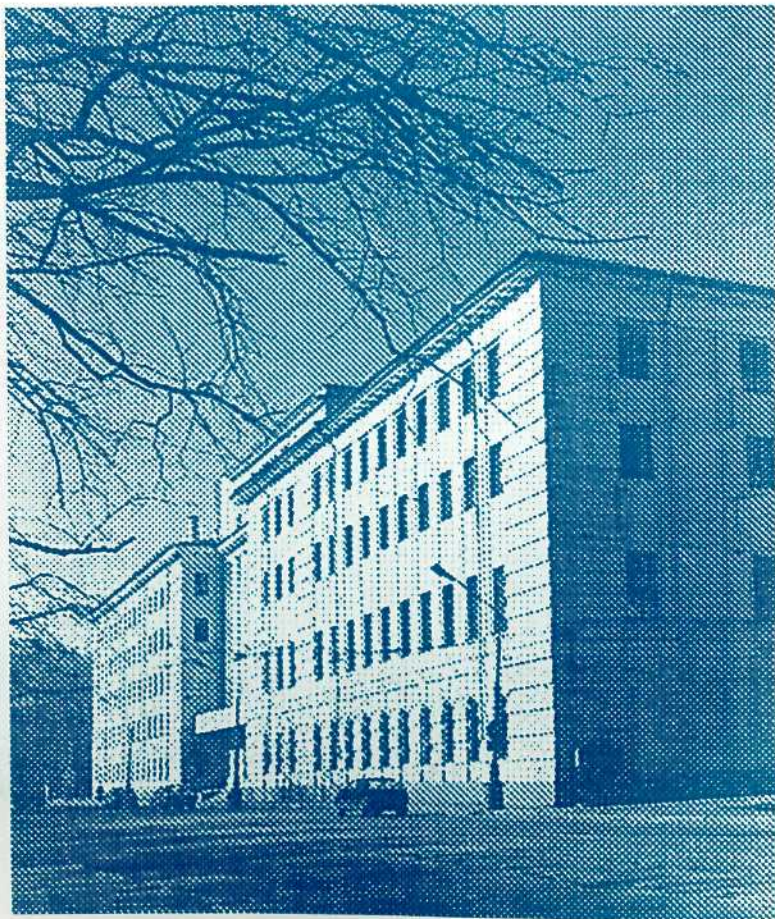
- возможно использование корней; поверхность коронок частично или полностью закрыта десной без предварительной гингивотомии;

- возможно сохранение значительной части имеющейся коронки зуба, поскольку совершенно не требуется ее шлифования до уровня десны и т.д.;

Искусственная культа со штифтом может быть изготовлена из серебряно-палладиевого сплава, золотых сплавов, нержавеющей стали марок 1Х18Н9Т, 20Х18Н9 и т. п., хромо-кобальтовых сплавов, акриловых пластмасс холодного отверждения и композиционных материалов химического или светового отверждения в сочетании со штифтом из ортодонтической или кламмерной проволоки диаметром 0,8- 1,0- 1,2- 1,5 мм, стандартным штифтом, стекловолконным или углеродистым штифтом.

Основными показаниями к применению ЛКШВ являются: разрушение значительной части коронок естественных зубов кариозным или другим патологическим процессом; травматический отлом большей части зуба; аномалии положения передних зубов у взрослых, когда по какой-либо причине невозможно их исправить ортодонтическим методом; патологическая

Посвящается
70-летию АГМИ-АГМА-СГМУ
45-летию стоматологического факультета
40-летию первого выпуска врачей-стоматологов



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Северный государственный
медицинский университет
Департамент здравоохранения
Архангельской области
Ассоциация стоматологов Архангельской области

**Основные стоматологические
заболевания,
их лечение и профилактика
на Европейском Севере**

Сборник научных трудов
выпуск № 7
Под редакцией профессора В. П. Зеновского

Архангельск
2003