

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА- ИНТЕРНАТА №28 Г.МОСКВЫ

**Косырева Т.Ф., Сафрошкина В.В., Маликова Т.Г.**

**Российский Университет Дружбы Народов, кафедра детской стоматологии с курсом ортодонтии,  
г.Москва**

Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями и заболеваниями ЦНС со средней и тяжелой степенью умственного развития включает оказание стоматологической помощи. В доме-интернате врачом стоматологом –детским этим больным оказывается терапевтическая стоматологическая помощь. Хирургическое лечение проводится в специализированных лечебных учреждениях (по скорой неотложной помощи). Запись на плановую хирургическую стоматологическую помощь под общим обезболиванием производится за год вперед в специализированном центре.

Большое внимание уделяется профилактике. Три раза в год проводится обработка зубов фторлаком, аргенатом (временные зубы с кариесом в стадии пятна и начальным кариесом), герметизация фиссур. Дети в возрасте 4-18 лет с природной санацией твердых тканей зубов составляют 40,7% (204 больных из 501 воспитанника), при этом с зубо-челюстными аномалиями 92%. Часто у детей встречается травма верхних фронтальных зубов, травма слизистых щек и языка( в периоды приступов возбуждения, «качания»), перекоронориты в результате задержки прорезывания 6 и 7 зубов и ортодонтическая патология. Однако, наиболее часто встречаемая патология-заболевание слизистой полости рта- хронический катаральный гингивит отмечен в 87% случаев. При клиническом осмотре мы наблюдаем: наличие налета, зубные отложения, гиперемии, отечность тканей пародонта. Заболеваемость хроническим катаральным гингивитом у детей интерната составляет 28%, в то же время у детей от 7 до 9 лет 11% от общего количества детей, т.к. она увеличивается с возрастом. Такой высокий процент заболеваемости обусловлен и тем, что в этот период происходит смена прикуса и условия гигиены полости рта ухудшаются. Так в периоде сформированного прикуса временных зубов (4-6 лет) хронический гингивит наблюдается у 23 больных (16,3%), в периоде первой половине сменного прикуса наибольшая: у 61 больного (43,2%); в периоде второй половине сменного прикуса у 17 больных (12,1%), в постоянном прикусе у 40 больных (28,4%). Однако одной из главных причин можно сделать то, что многие дети не умеют жевать и получают протертую пищу. Так, например, в нашем интернате 129 чел. Из которых 99 (70%) отделения милосердия получают протертую пищу. Самоочищаемость зубов нередко нарушена, гигиенический уход обычно снижен. Детям, не владеющим навыком гигиены полости рта, чистка зубов проводится персоналом, по возможности. Также необходимо отметить, что высокий показатель данного заболевания у воспитанников интерната связан с тем, что дети относятся к группе риска и страдают заболеваниями ЦНС, из-за указанной патологии дети получают специфические лекарственные препараты длительное время и это ослабляет их иммунитет и уменьшает резистентность эмали. Применение лекарственных препаратов для лечения детей страдающих гингивитом не может осуществляться «*per os*» в виде инъекций, учитывая сопутствующую патологию и предрасположенность к аллергическим реакциям. В связи с этим лечение проводится местно. Для обработки слизистой используем растворы: Ротокан, Гексорал, Мирамистин, Диоксидин, Метрогил-Дента. Эти препараты обладают противогрибковым, антисептическим, и противовоспалительным действием. Также местно применяется физиолечение: применяем УВЧ, КУФ облучение, электрофорез, лазеротерапию. Необходимо отметить, что наиболее значимым является предотвращение перехода заболевания от стадии гингивита к пародонтиту. Таким образом, для увеличения терапевтического эффекта комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями, страдающих гингивитом целесообразно усиление внимания к обучению гигиены полости рта в сочетании физиолечения (фотофорезом) с лекарственными препаратами и особенностями протекания воспитательного процесса.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 2. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.

16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.