

Катетеризация аномальной ЛА показывает наличие системного или около системного давления с наличием соответствующей морфологической картины изменения сосудов соответствующего легкого. При тетраде Фалло изменения в легком носят односторонний характер, так как правое легкое защищено инфундибулярным и клапанном стенозом ЛА.

У большинства лиц с изолированным отхождением одной ЛА от восходящей аорты изменения в легких носят двусторонний характер. По данным биопсии – морфологическая картина в легких мало отличается. Причиной легочной гипертензии в истинной ЛА без сопутствующей тетрады Фалло является выработка органических веществ – вазоконстрикторов.

Большинство этих пациентов погибают в младенческом возрасте, поэтому радикальная коррекция порока должна быть по возможности в более раннем возрасте, до развития в левом легком необратимых изменений. Термин «hemitruncus arteriosus», впервые предложенный E. Taussig, следует признать неудачным. Более точным с анатомической точки зрения является термин «тетрада Фалло с отхождением левой ЛА от восходящей аорты».

Отличительная особенность нашего наблюдения довольно не большой возраст пациента – до 2-х лет. В литературе мы не встретили описания радикальной коррекции тетрады Фалло с отхождением левой ЛА от восходящей аорты у больного старшего детского возраста. Вторая особенность – наличие в выводном отделе ПЖ двух крупных конусных ветвей правой коронарной артерии, потребовавшее имплантации кондукта.

Несмотря на редко встречающееся сочетание тетрады Фалло с аномальным отхождением левой ЛА от восходящей аорты, хирург должен быть готов к возможности встречи с подобной патологией и к выбору оптимального способа ее устранения.

Литература

1. *Иваницкий в А. В.* Рентгенологическое исследование при врожденных пороках сердца. М.: Медгиз, 2001 г.
2. *Berry T.E. et al. // J Surg. 2007. Vol. 74, № 6. P. 895–898.*
3. *Calder A.L. et al. // J Thorac Cardiovasc Surg. 2000. Vol. 19. P. 67–74.*
4. *Cucci C.E. et al. // J Thorac Cardiovasc Surg. 2004. Vol. 9. P. 17–24.*
5. *Duncan W.J. et al. // J Thorac Cardiovasc Surg. 2001. Vol. 20. P. 127–132.*
6. *Eusanio G. et al. // J Thorac Cardiovasc Surg. 2005. Vol. 24. P. 87–95.*

УДК 616. 314-089-053

ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ГРУППЫ РИСКА

Н.М. АГАРКОВ, С.Н. ГОНТАРЕВ, Л.Е. ГОРЯИНОВА, Е.В. ЗЯКУН, А.А. КОЛЕСНИЧЕНКО, П.Г. МАМОНТОВ, Л.Б. ПАЩЕНКО, Б.В. ТРИФОНОВ¹

Ключевые слова: инновационная терапия, стоматология

Стоматологическая патология имеет высокую распространенность среди детей. В Российской Федерации патология временных зубов установлена у 91% детского населения, а постоянных – у 48% [1,3,4]. Применяемые для лечения стоматологических заболеваний у детей методы и средства нуждаются в совершенствовании. Терапевтические мероприятия у детей не дифференцированы в зависимости от степени риска, обусловленной наличием факторов риска [2].

Цель исследования – разработка и анализ эффективности инновационной терапии стоматологической патологии у детей.

Материал и методы. Исследования проведены в группе высокого риска и неблагоприятного прогноза (основная группа – 311 детей) и в контрольной (215 детей). Для лечения в основной группе использовалась инновационная терапия, включающая имудон, тифенфлюорид, стеклоиономерные цементы и иглорефлексотерапию. В контроле – только традиционная терапия.

Результаты. В основной и контрольной группах высокого риска, как и в группе неблагоприятного прогноза, эффективность разработанных схем лечения проведена по комплексу показателей. В основной группе детей высокого риска достигнуто более

существенное снижение индекса гигиены Федорова – Володкиной через 1 месяц после использования схемы лечения А до 1,21±0,001 балла (в контроле – 2,58±0,002 балла). Исходные же значения индекса составляли соответственно 3,15±0,002 и 3,07±0,003 балла. Спустя год индекс гигиены в сравниваемых группах был равен 1,17±0,001 и 2,12±0,001 (P<0,001).

Та же закономерность характерна и для динамики индекса Грина – Вермиллиона. Через 1 месяц после лечения по схеме А индекс Грина – Вермиллиона составил 0,91±0,001 против 1,47±0,002 в контроле (P<0,001) при исходных величинах 2,00±0,01 и 2,05±0,02. Гигиена полости рта улучшилась через 1 год в основной группе (0,35±0,001), чем в контрольной (1,03±0,003) (P<0,001). Оба индекса оценки гигиены полости рта свидетельствуют о преимуществах терапевтической схемы А.

При электроодонтодиагностическом исследовании выявлено, что сила тока у детей основной группы высокого риска до лечения составляла 18,47±1,2 мА, а в контроле – 17,54±2,1 мА. После терапии через 1 месяц значения силы тока изменились до 5,84±0,08 мА и 12,89±0,09 мА (P<0,001). К концу периода наблюдения результаты электроодонтодиагностики практически не изменились в основной группе и несколько улучшились в контроле (9,43±0,07 мА). Содержание секреторного иммуноглобулина (sIgA) до лечения в обеих сравниваемых группах было пониженным- 0,352±0,001 г/л и 0,338±0,001 г/л. Однако при использовании схемы лечения А уровень sIgA через 1 месяц повысился более, чем в 2 раза (0,743±0,01 г/л), тогда как в контроле составил 0,415±0,02 г/л (P<0,001). По завершении наблюдения в основной группе отмечена положительная динамика sIgA.

Показатели общего иммунитета под влиянием терапии по схеме А значительно улучшились (табл.1).

Таблица 1

Динамика показателей иммунитета

Показатель	Основная группа			Контроль		
	до лечения	через 1 месяц	через 1 год	до лечения	через 1 месяц	через 1 год
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	6,37±0,12	5,22±0,11	5,13±0,08	6,29±0,13	6,30±0,05	6,25±0,08
Лимфоциты, ×10 ⁹ /л	4,84±0,05	5,43±0,04	5,40±0,03	4,95±0,06	5,01±0,07	4,86±0,04
Ig A, г/л	2,07±0,01	2,29±0,01	2,62±0,02	2,12±0,01	2,08±0,04	2,10±0,05
Ig G, г/л	7,50±0,02	8,21±0,02	8,63±0,01	7,62±0,03	7,60±0,02	7,58±0,02
Ig M, г/л	1,09±0,02	1,28±0,01	1,53±0,01	1,12±0,01	1,20±0,02	1,22±0,02
Активные фагоциты, ×10 ⁹ /л	3,7±0,001	5,1±0,02	4,8±0,002	3,8±0,003	3,90±0,02	3,7±0,001

Количество лейкоцитов в основной группе высокого риска в периоды наблюдения после лечения достоверно снизилось. Напротив, уровень лимфоцитов репрезентативно возрос и в большей степени через 1 месяц после проведенной терапии. При традиционном лечении данные показатели практически не изменились. Позитивная направленность характерна и для содержания всех иммуноглобулинов. Наиболее существенное повышение установлено для количества Ig M. Различия во всех случаях с контролем достоверны. Уровень активных фагоцитов больше увеличился у детей, получавших лечение по схеме А.

Среди детей основной группы содержание фтора в эмали кариозных зубов составило 0,065±0,002% до лечения и (0,058±0,003% в контроле). Через 1 месяц и 1 год содержание фтора в основной группе повысилось до 0,21±0,001% и 0,19±0,002% (P<0,001). В контроле достоверных изменений не зафиксировано. Соотношение кальция, фосфора до лечения в основной и контрольной группах составляет 18,72%, 11,22% и 19,04%, 10,71%, а через 1 месяц после дифференцированной схемы лечения увеличилось до 26,34%, 18,37% (P<0,05) и в контроле до 20,11%, 11,34%. Через 1 год показатели существенно не изменились в обеих группах. Эффективность схемы А подтверждается и исследованием чувствительности кариозных зубов к действию раздражителей, критериями Международной федерации стоматологов и качества жизни. Чувствительность молочных кариозных зубов к температурному раздражителю через 1 месяц исчезла в основной группе у 82,35±2,15% против 14,75±2,43% в контроле (P<0,001). После 1 года структура оказалась следующей 84,61±2,03% и 18,23±2,65% (P<0,001). Оставшаяся часть детей указала на снижение чувствительности.

¹ Курский государственный технический университет

По отношению к тактильному раздражителю пациенты распределились со значительным превалированием в основной группе лиц, указавших на отсутствие чувствительности (61,15±2,75%) через 1 месяц (в контроле- 35,47±3,29%) (P<0,001). Удельный вес детей с отсутствием чувствительности к тактильному раздражителю через 1 год увеличился до 73,27±2,50% против 41,21±3,38% (P<0,001). В остальных случаях наблюдалось снижение чувствительности. При действии воздушным потоком через 1 месяц выявлено 67,94±2,63% в основной группе и 22,75±2,37% в контроле со снижением чувствительности, а через 1 год достоверно большая часть детей основной группы отметили отсутствие чувствительности к данному раздражителю (78,93±2,80% и 31,27±3,18%).

Прирост кариеса через 1 год после лечения по схеме А составил 0,48±0,11, тогда как в контроле – 1,79±0,12 (P<0,001).

Сохранность герметиков через 1 месяц зарегистрирована у всех пациентов. Однако спустя один год сохранность стеклонономерных цементов установлена у 94,20±1,32% детей основной группы и у 64,85±3,28% в контроле (P<0,001). Вторичный кариес временных зубов у детей, получавших лечение по схеме А, через 1 месяц и 1 год выявлен в 5,21±1,26% и 7,34±1,47% против 18,37±2,66% и 32,14±3,21% в контроле (P<0,001).

Полное соответствие реставрации анатомии восстановленного зуба через 1 месяц в основной группе обнаружено у 95,49±1,17% и 91,78±1,89% в контроле (P>0,05). После одного года наблюдения результаты не изменились. Краевая адаптация признана отличной через 1 месяц у всех детей основной и 81,09±2,69% контрольной групп. По окончании наблюдения отличное качество установлено у 90,58±1,65% и 23,94±2,93%, удовлетворительное – у 9,42±1,65% и 76,06±2,93%. Отличная цветоадаптация через 1 месяц после лечения выявлена у 100,0% в основной группе и 85,71±2,40% детей контроля. Через 1 год в основной группе результаты остались практически прежними (у 96,44±1,05% отличная цветоадаптация), но в контроле ухудшились и отличная цветоадаптация отмечена у 65,82±3,26%, а удовлетворительная – у 34,18±3,26% (P<0,001). По наличию краевой пигментации значимых различий не установлено. Количественные параметры визиографии после месяца лечения отличаются в сравниваемых группах. Глубина проникновения герметика в основной группе равна 0,18±0,001 мм и 0,13±0,001 мм в контроле. Через 1 год она соответственно составила 0,30±0,002 мм и 0,14±0,001 мм (P<0,001). Другой показатель визиографии – площадь лечебного воздействия – изменялся достоверно так: Через 1 месяц она равна 0,15±0,003 см² и 0,17±0,002 см², через 1 год – 0,33±0,001 см² и 0,23±0,002 см².

Показатели качества жизни характеризуются через 1 день после лечения по интенсивности зубной боли 3,91±0,02 балла в основной группе и 4,65±0,01 балла в контрольной (P<0,001). Общая активность детей достоверно выше в основной группе (7,45±0,02 балла против 4,13±0,03 балла в контроле). Аналогично проведена оценка эффективности схемы лечения Б у детей с неблагоприятным прогнозом. Гигиена полости рта в основной и контрольной группах неблагоприятного прогноза по индексу Федорова- Володкиной в исходный период не отличалась (1,95±0,003 и 1,99±0,002). После проведенного лечения через 1 месяц при использовании схемы Б индекс гигиены улучшился (1,13±0,002), а в контроле составил 1,72±0,003 (P<0,001). К концу наблюдения его значения равнялись 1,05±0,001 и 1,63±0,002.

Индекс Грина – Вермиллиона был несколько выше в контроле (1,25±0,003), чем в основной группе (1,17±0,002). Показатель гигиены полости рта значительно улучшился после лечебных мероприятий по схеме Б (0,57±0,002 против 0,75±0,003) (P<0,001). Через 1 год величина индекса понизилась в обеих группах до 0,37±0,001 и 0,31±0,002. Анализ электровозбудимости пораженных зубов показал, что сила тока в основной группе до лечения равна 12,31±0,8 мА, а в контроле – 13,12±0,7 мА. При оценке через 1 месяц показатели составили соответственно 8,14±0,02 мА и 7,85±0,1 мА. Через 1 год электровозбудимость была практически одинаковой. Исходный уровень секреторного иммуноглобулина варьировался от 0,384±0,003 г/л в основной группе неблагоприятного прогноза до 0,391±0,02 г/л в контроле. Состояние местного иммунитета через 1 месяц улучшилось незначительно (0,395±0,001 г/л и 0,394±0,03 г/л). Спустя 1 год результаты не изменились. Состояние общего иммунитета детей после проведенного лечения характеризуется изменением некоторых показателей (табл.2). В обеих группах отмечено достовер-

ное снижение количества лейкоцитов в крови. Уровень лимфоцитов достоверно повысился к концу периода в основной группе. Среди данного контингента произошло также повышение Ig M через 1 год после лечения (P<0,01). В контроле через 1 год наблюдалось уменьшение уровня иммуноглобулинов А и числа активных фагоцитов (P<0,001).

Таблица 2

Показатели иммунитета в основной группе и контроле неблагоприятного прогноза

Показатель	Основная группа			Контроль		
	до лечения	через 1 месяц	через 1 год	до лечения	через 1 месяц	через 1 год
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	6,14±0,08	5,75±0,09	5,24±0,07	6,18±0,11	5,94±0,07	5,31±0,05
Лимфоциты, ×10 ⁹ /л	5,01±0,03	4,97±0,01	5,21±0,02	4,96±0,04	4,84±0,05	5,05±0,07
Ig A, г/л	2,12±0,02	2,08±0,03	2,15±0,04	2,21±0,02	2,18±0,04	2,09±0,03
Ig G, г/л	7,43±0,03	7,40±0,02	7,49±0,03	7,22±0,02	7,31±0,03	7,24±0,02
Ig M, г/л	1,02±0,02	0,98±0,04	1,13±0,03	1,08±0,01	1,11±0,02	1,05±0,02
Активные фагоциты, ×10 ⁹ /л	3,43±0,03	3,54±0,001	3,49±0,02	3,51±0,002	3,44±0,03	3,39±0,02

У детей, получавших лечение по схеме Б, через 1 месяц увеличилось содержание фтора с 0,078±0,003% до 0,37±0,002% (P<0,001). В контроле в указанные периоды содержание фтора составляло 0,061±0,002% и 0,073±0,02%. Количество фтора спустя 1 год в основной группе оставалось на прежнем уровне (0,34±0,001%), а в контроле несколько уменьшилось до 0,59±0,003. Достоверных изменений кальция и фосфора в обеих группах установить не удалось во все периоды наблюдения. Уровень кальция изменялся от 17,45% до 18,11%, а фосфора от 9,86% до 11,02%. Отсутствие чувствительности к температурному раздражителю после лечения через 1 месяц наблюдалось у 22,59±2,37% в основной группе и у 52,38±3,41% детей в контроле (P<0,001). Снижение чувствительности соответственно выявлено в 77,41±2,37% и 47,62±3,41% случаев. Через 1 год чувствительность пораженных зубов на действие данного раздражителя отсутствовала у 68,18±2,64% и у 94,23±1,59% лиц (P<0,001).

Подобные результаты получены и для тактильного раздражителя. В основной группе отсутствие чувствительности установлено у 23,63±2,41% детей через 1 месяц и у 51,92±3,11% в контроле (P<0,001). Через 1 год соотношение градаций осталось таким же, как и для холодного раздражителя. Что касается воздушного раздражителя, то влияние его отсутствовало у 43,27±2,81% детей основной и 24,32±2,92% контрольной групп (P<0,001). В конце наблюдения чувствительность зубов к воздушному раздражителю отсутствовала у 72,73±2,53% и у 92,11±1,84% (P<0,001). Значимые различия характерны в группах для прироста кариеса, составившего в основной группе через 1 год после лечения 0,71±0,08 и 1,48±0,04 в контроле.

В отношении сохранности стеклонономерных цементов через 1 месяц различий не установлено, пломбы сохранились у всех пациентов. Но через 1 год в контрольной группе ниже удельный вес детей с сохранностью герметиков (58,23±3,36% против 81,35±2,21% в основной группе, P<0,001). Случаи вторичного кариеса зарегистрированы через 1 месяц после лечения в 9,85±1,68% и 12,21±2,23% (P>0,05), но через 1 год в контроле их удельный вес достоверно возрос до 26,47±3,00% против 14,21±1,98% (P<0,001). По критериям Международной федерации стоматологов, результаты лечения не отличались в обеих группах. При использовании терапевтической схемы Б в контроле выявлено полное соответствие реставрации анатомии восстановленного зуба в сроки у 100% пациентов. Краевая адаптация также у всех детей через 1 месяц и 1 год являлась отличной в сравниваемых группах. По критерию цветоадаптации различий нет, и в ранний и отдаленный периоды она оценена специалистами как «отличная». Глубина проникновения герметика через 1 месяц после лечения в основной группе составляет 0,22±0,002 мм против 0,17±0,003 мм в контроле (P<0,001). Спустя год различие по этому показателю также сохранялось (0,34±0,001 мм и 0,30±0,002 мм). Площадь лечебного воздействия через 1 месяц соответственно равна 0,16±0,02 см² и 0,14±0,03 см² (P>0,05). В отдаленном периоде показатель в сравниваемых группах не отличается – 0,27±0,01 см² и 0,28±0,02 см². Качество жизни детей с патологией временных зубов по параметру зубной боли после 1

дня лечения не одинаково (2,07±0,04 балла и 2,92±0,05 балла) (P<0,001). Различие свойственно и общей активности детей. В основной группе неблагоприятного прогноза этот показатель равен 5,11±0,04 балла против 3,73±0,02 в контроле (P<0,001).

Разработанные схемы терапии болезней временных зубов, учитывающие степень индивидуального риска развития патологии, являются более эффективными по большинству критериев, чем традиционные. При этом наиболее эффективна схема А, включающая имудон, тифенклорид, иглорефлексотерапию и стеклоиономерные цементы. Предложена и апробирована технология оценки результатов исследования по системе объективных и субъективных критериев. Комплексный подход к оценке терапии позволил синтезировать модель управления анализом результатов лечения на основе сетей Петри (рис.).

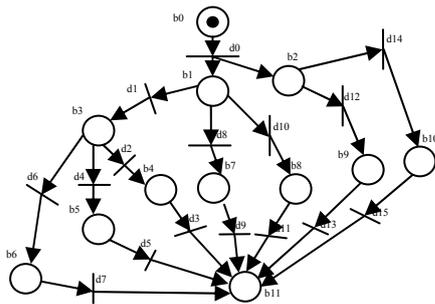


Рис. Сети Петри. Функциональное назначение позиций в рассматриваемой модели следующее: b₀ – начало процесса анализа эффективности терапии болезней временных зубов, b₁ – специальные лабораторные и инструментальные исследования, b₂ – клинические исследования, b₃ – иммунологический анализ, b₄ – оценка локального иммунитета, b₅ – анализ общего иммунитета, b₆ – определение микроэлементов (Са, Р), b₇ – исследование электровозбудимости, b₈ – анализ чувствительности зубов к раздражителям, b₉ – определение критериев Международной федерации стоматологов, b₁₀ – оценка качества жизни в связи с зубной болью, b₁₁ – анализ признаков и оценка эффективности лечения.

Классификационные признаки и методы исследования для определения и анализа результативности схем терапии временных зубов, являются узлами данной сети. Моделирование оценки эффективности разработанных схем лечения болезней временных зубов позволяет вести текущий анализ на основе предложенных методов и критериев, формировать и изменять систему результативных параметров проводимой терапии.

Заключение. Предложенный и апробированный подход лечения стоматологической патологии с учетом степени и факторов риска является эффективным. Его использование возможно и при других стоматологических заболеваниях у детей.

Литература

1. Алтатова Л.М. и др. // Новое в стоматологии.– 2001.– №5.(95).– С.69–70.
 2. Гонтарев С.Н. Диверсификация управления заболеваемостью временных зубов на основе геоинформационного, ситуационного анализа, прогнозирования и лечебных инноваций: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.– Тула, 2008.– 42 с.
 3. Сомова К.Т. // Педиатрия.– 2002.– №1.– С.103–104.
 4. Чурунова И.Н. и др. // Тр. VII Всерос. съезда стоматол. Мат-лы VII Всерос. научно-практ. Конф.– М., 2001.– С.361–362.

УДК 616.31-082 (470.45)

УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОРГАНИЗОВАННЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Т.С. ЧИЖИКОВА, Д.С. ДМИТРИЕНКО, Е.А. ОГОНЯН, Н.М. КОРНЕЕВА, М.Р. ЗИНУРОВА

Ключевые слова: стоматологическая помощь, город

Высокая распространенность кариеса зубов, заболеваний тканей пародонта, некариозных поражений зубов отмечена в работах отечественных специалистов. Распространенность кариеса молочных зубов у 6-летних детей составляет 73%, постоянных

– 22%, интенсивность поражения зубов – 5,06 (молочных зубов – 4,76, постоянных – 0,30). С возрастом у детей увеличивается поражаемость кариесом постоянных зубов: распространенность – до 78% у 12-летних и 88% у 15-летних, интенсивность – до 2,91 и 4,37 соответственно. Распространенность заболеваний пародонта у 12-летних детей составляет 48,2%, у 15-летних – 56,8%. Более чем у трети детей и подростков выявляются некариозные поражения зубов (43,5% у 12-летних, 41,7% у 15-летних). Распространенность аномалий и деформаций челюстно-лицевой области у детей школьного возраста составляет 71,6%. Главным направлением работы детских стоматологов является оказание помощи детям в виде плановой профилактической санации полости рта, которая направлена на раннее выявление стоматологических заболеваний, их эффективное лечение [1, 2]. Лечение начальных форм кариеса у детей позволяет сохранить зубы взрослым и предупреждает инфекцию в полости рта, часто влияющей на все органы и системы организма. Лечение начальных форм кариеса требует минимальных затрат времени и расхода медикаментов.

Плановая работа по улучшению деятельности по предупреждению заболеваемости детей и дальнейшему совершенствованию массовой профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах регламентирована Приказом Министерства Здравоохранения № 639/271 от 11.08.1988; № 289 от 14.04. 2006 г. и другими нормативными документами [5]. Профилактическая санация полости рта – важное звено в системе государственных мероприятий по охране здоровья детей и снижению общей заболеваемости. От того, как организована санация полости рта у детей будет в будущем зависеть состояние полости рта у взрослых [3–4]. В других организованных группах населения лечебно-профилактическая стоматологическая помощь, как правило, оказывается, по обращаемости. Особую группу населения составляют студенты вузов, где обучаются люди, относящиеся к детскому населению (до 18-летнего возраста) и к взрослым. Стоматологическая помощь оказывается в специализированных стоматологических поликлиниках по обращаемости, где невозможно осуществить диспансеризацию данной группы населения.

Цель работы – определение медико-демографических показателей стоматологического здоровья детей г. Волгограда.

Результаты показали, что по распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний в г. Волгограде отмечается схожая картина с общероссийскими показателями. Количество детей составляет 158804 чел. Из них организованных детей 111020 чел. Детей школьного возраста 77759 чел. Дошкольников – 33261 человек. Прочие относятся к неорганизованному населению, из них 28740 детей дошкольного возраста.

Для лечения детей в г. Волгограде работает 108 детских стоматологов, из них 13 врачей-ортодонтот. Причем детских врачей-стоматологов, которые работают в школах – 65 человек и в поликлиниках – 30 человек. Из 159 школ в 110 имеются стационарные стоматологические кабинеты. В г. Волгограде имеется 231 детское дошкольное учреждение, и ни в одном из них нет стоматологических кабинетов, которые к тому же не предусмотрены нормативными документами. Распространенность кариеса зубов у дошкольников составляет ~82% и мало чем отличается по району, при этом интенсивность поражения ~3,0. Распространенность кариеса зубов у дошкольников, по данным годовых отчетов, по городу равняется 65%, при интенсивности – 2,8. Распространенность аномалий и деформаций челюстно-лицевой области у школьников составляет по городу ~70%. Среди школьников первых классов 92,2% детей имеют кариес молочных зубов, 50,3% – кариес постоянных. У одного ребенка обнаруживают ~5 кариозных зубов. Распространенность кариеса постоянных зубов у 12-летних детей достигает 78,7%, у 15-летних – 89,3%; у 17-летних – 92%. Распространенность аномалий и деформаций челюстно-лицевой области составляет 71,6%. У детей при плановой профилактической санации в школьных стоматологических кабинетах, КПУ=5 (К – кариес, П – пломба, У – удаленные зубы), причем удаленных постоянных зубов 50 на 1000 обследованных; а потребность в санации составляет 61,0%.

Соотношение числа постоянных зубов, леченных по поводу кариеса, составляет от 16:1 до 49:1, то есть в среднем из 40 зубов. После лечения в школе в одном зубе отмечалось осложненное кариозного процесса. Распространенность аномалий составляет 59%, причем детей 4 диспансерной группы (с резко выраженными аномалиями) ≤6%. Медицинское значение развития школьной

* Волгоградский ГМУ, Кафедра стоматологии детского возраста