

**А.А. КАБУЛБЕКОВ, Ж.А. КИСТАУБАЕВА**

*Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Асфендиярова и  
Казахстанский медицинский университет*

### **ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА С УЧЕТОМ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА**

*Заболееваемость кариесом зубов у детей в условиях Алматы связана негативным воздействием несбалансированного питания, избытком углеводов в составе рациона, негигиеническим содержанием полости рта, нарушением экологии окружающей среды и состоянием профилактических работ. Поэтому предлагается метод организации лечебно-профилактической помощи с учетом комбинированного влияния факторов окружающей среды и предрасположенности эмали к кариесу (8-10).*

**Ключевые слова:** кариес, питание, гигиена, углеводы, экология, методы, профилактика.

**Введение.** Профилактические меры, сами по себе, не смогут на 100% гарантировать детские население от появления кариозных полостей (4-8). Поэтому нами среди детей внедряется понятие «культура еды» с точки зрения стоматологов. Преимущественно углеводистые, липкие и высококалорийные продукты должны употребляться в первую очередь. При этом прием жидкостей, овощей, салатов рекомендуется употреблять после них. Так, Леус П.А.(1990) рекомендует детям и их родителям навыки здорового образа жизни, контроль за потреблением сахара, обработку зубов фторидами(8).

**Обоснование и содержание.** По нашим наблюдениям уже в годовалом возрасте у детей отмечается поражение кариесом передних верхних зубов, при этом у них обычно плохой уход за зубами, также и у их родителей, злоупотребление сладкими и липкими продуктами питания. Несмотря на проводимые периодические санации полости рта и меры профилактики заболеваемость кариесом снижалась незначительно. В питьевой воде Алматы отмечается оптимальная концентрация фтора, поэтому системное введение его в организм ребенка не требуется. Несмотря на проводимые периодические санации полости рта и меры профилактики заболеваемость кариесом снизилась незначительно.

В возрасте 3 года ребенок должен уметь самостоятельно выполнять элементарные движения зубной щеткой, а задача воспитателей–контроль за качеством чистки. В то же время из-за незнания основ гигиенического обучения и воспитания родители, воспитатели самоустранились от контроля профилактических мер среди детей. В Алматы на базе имеющихся медицинских учреждений возможно создание центра профилактики, где должны проводиться санация полости рта, меры профилактики и ее координация, планирование, контроль, аудит.

Наибольший эффект от профилактики наблюдается там, где этим делом занимается зубной гигиенист. Средства для создания центров профилактики можно изыскать в улучшении работы стоматолога и ее перестройки(1-7). В районах Казахстана, где проводятся профилактические меры, отмечается стабилизация показателей заболеваемости, а в регионах, где налажена профилактика с учетом факторов риска для данного региона - уменьшение интенсивности болезней(10-12).

К особенностям профилактики кариеса постоянных зубов в условиях Алматы, является проведение системной герметизации фиссур первых моляров, так как до 80% из них составляют аналогичные поражения. В питьевой воде г. Алматы и многих регионов Казахстана отмечается оптимальная концентрация фтора в воде 0,5–1,2 ммоль/литр, где не требуется эндогенное введение в организм фторсодержащих препаратов. В регионах с низким содержанием фтора в воде (0,3-0,4 ммоль/л) ребенок за счет увеличения приема воды в условиях жаркого климата получает достаточное количество фтора внутрь.

Предлагаем отказаться от сплошной профилактики полости рта детям из года в год по мере обращаемости, вместе с ней - проводить их планоно в рискованные годы. Рисковыми годами являются возраст 1, 3, 6-7, 12, 15-17 лет. В то же время срочную стоматологическую помощь дети могут получать по мере их обращения к врачу. Исполнителями предлагаемых профилактических мер являются зубные гигиенисты. Поэтому при проведении профилактических работ необходимо обращать внимание на проведение санитарно-просветительской работы. Где профилактические меры не проводились распространенность кариеса колебалась у детей в 10 лет от 88,8% до 97,5%, при интенсивности - 3,9 до 5,9 и при низком уровне гигиены полости рта не только у детей, а также у их родителей.

При анализе взаимодействия факторов риска кариеса в Алматы, обращает на себя внимание частое употребление детьми сладких напитков, постоянное перекусывание конфетами между основными приемами пищи. Прием сахара оказывал влияние на рентгеноструктурную картину кристаллов эмали, путем замены фтора на гидроксильную группу. Эмаль зуба при такой замене легче растворяется под воздействием кислых продуктов слюны. Профилактический эффект наблюдался при применении озона и учете сроков прорезывания постоянных зубов, так при анализе интенсивности кариеса постоянных зубов у детей в возрасте 7 лет (n=1026) установлено ее колебание на уровне - 0,38 -+0,05, при распространенности - 16,6%. У детей 16 лет эти же показатели были соответственно-1,23и 52%. Нами проведено изучение противокариозного влияния фторидов у детей с постоянными зубами в зависимости от срока прорезывания зубов (n =170).

Продолжительность наблюдения 2 года. При этом установлена, что интенсивность кариеса в 2 раза ниже, чем у контрольной группы (0,98 и 0,44 соответственно). Проведение профилактики стоматологических заболеваний у детей с учетом срока прорезывания постоянных зубов дает значительное снижение заболеваемости, по сравнению с показателями контрольной группы. Применение данного метода является более эффективным в регионах с оптимальным содержанием фтора в воде [3,5]. При обследовании 406 детей дошкольного возраста с 2 до 3 лет распространенность кариеса временных зубов колебалась от 21,8% до 62,3%, при интенсивности - от 0,8 до 1,5.

Нами выявлена периодизация в динамике развития химического состава в костной ткани челюстей и зубов. Количество кальция у новорожденных и детей первого года колебалось 50-55% веса костей, в то время у взрослых- до 70%. В кости и зубах происходит постоянная перестройка, в результате в них образуется ткань, которая способна на

обмен. Снижение минеральной плотности костей при остеопатии и остеопарозе, по-видимому, является истинной причиной деминерализации зубов и челюстей. Из 90-93% обследованных у 56% детей обнаружены гингивиты, у 17% пародонтиты (2). Клинически дети жалуются на кровоточивость, запах из рта, даже в этих условиях часто они не обращаются к стоматологу, болезнь запускается. Они обращаются к стоматологу, в основном, с установленным диагнозом гингивит и деминерализацией эмали в пришеечной области.

Проведено комплексное лечение участков деминерализации с использованием пасты из дигидромонофосфата кальция, при этом установлено у 57% детей отмечены восстановление участков деминерализации и цвета, чувствительности эмали. Предложенная нами данная паста из монофосфата апробирована в ЦНИИС г. Москвы и доказана ее эффективность. Она является наиболее растворимой из солей кальция и фосфора и при ее применении процессы деминерализации в эмали у детей не отмечены. При контрольном осмотре детям после гигиенического обучения кариесогенные зоны временных зубов через 2 года у этих детей появление новых кариозных полостей не отмечено.

При проживании детей в условиях загрязненного воздуха нами установлена, что распространенность кариеса у них была выше на 12%, по сравнению с контрольной группой из чистого района. Болезни пародонта, по нашим данным, 70-80 % встречаются у 12-15-летних подростков. Кровоточивость десен наблюдается у 9%, зубной камень — до 62 %, патологический карман — у 4 % школьников этого возраста. Признаки поражения тканей пародонта встречались и в 7-летнем возрасте (3,5,12). У подростков заболевание протекает тяжело, с быстрым прогрессированием. Характерны жалобы на зуд в деснах, чувство распирания, желание сжать челюсти, кровоточивость десен. Слюна густая, имеет неприятный вкус и запах изо рта. Экссудат может быть гнойным и геморрагическим. Постепенно развивается подвижность зубов, глубина морфологических изменений в кости обычно соответствует тяжести гингивита.

Наиболее характерный вид рассасывания костной ткани — воронкообразная резорбция лунок в области моляров. При тяжелой стадии заболевания подвижность зубов резко выражена и часто не соответствует степени деструкции костной ткани. Если прорезывание зубов сопровождается гингивитом, то у детей с 3 лет болезнь усугубляется образованием патологических зубодесневых карманов, резорбцией кости альвеолярного отростка, подвижностью и ранней потерей молочных зубов. При поражении пародонта постоянных зубов к 12—14 годам отмечается потеря зубов. При обострении процесса отмечается абсцедирование. Однако деструктивный процесс в костной ткани челюсти ограничен лишь областью альвеолярного отростка и, как правило, имеет четкие границы. На языке, небе могут быть эрозии округлой формы диаметром от нескольких миллиметров до 1,5—2 см. Основание этих элементов обычно кровоточит. Заживление ран идет медленно.

#### **Возможные причины неудовлетворительных результатов лечебно-профилактических мер:**

1. невнимательность врачей и пациентов к появлению первых признаков;
2. отсутствие мотивации к профилактике и лечению;
3. недостаточное обучение навыкам гигиены полости рта и отсутствие контроля родителей;
4. отсутствие комплексного подхода при лечении и профилактике;
5. несоблюдение последовательности лечебно-профилактических мероприятий;
6. отсутствие контакта стоматолога с пациентом и врачами других специальностей.

#### **С учетом особенностей состояния стоматологической помощи в Алматы нами предлагается рекомендации для практического здравоохранения:**

1. Для внедрения системы комплексной профилактики необходимо шире готовить зубных гигиенистов.
2. Меры профилактики школьников проводить в критические периоды роста и развития детей т.е. годы прорезывания и формирования постоянных зубов 7-8, 11-12 и в 15 лет.
3. Перспективным в профилактике заболеваний полости рта оказалось применение озонированных растворов. Озон инактивирует микроорганизмы, обладает бактерицидным свойством. Поэтому растворы озона улучшают гигиену полости рта и способствуют профилактике кариеса зубов и болезней пародонта [1-3,5].
4. У некоторых родителей сложилось мнение, что профилактику кариеса детей необходимо начинать с 5-6 лет, это утверждение считаем ошибочными. Мы присоединяемся к мнению, что за зубами у детей меры профилактики и уход должен начинаться с момента их прорезывания.
5. Назрела необходимость создания нового приказа Минздрава и Минобразования о проведении профилактики и лечения в школах зубными гигиенистами под наблюдением стоматологов. Проведение уроков гигиены полости рта должны входить в расписание занятий школьников, с участием и привлечением в них родителей.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Безруков А.М. Справочник по стоматологии. - М.: 1988. - 656 с.
- 2 Боровский Е.В. Справочник по стоматологии. - М.: 2002. - 736 с.
- 3 Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. - М.: 1988. - 254 с.
- 4 Кабулбеков А.А. Профилактика стомат. заболеваний у детей. - Алматы: 2007. - 112 с.
- 5 Кисельникова Л.П. и др. Детская тер. стоматология. - М.: 2009. - 249 с.
- 6 Куракина Н.В. Терапевтическая стом. детского возраста. - М.: 2004. - 744 с.
- 7 Леонтьев В.К. и др. Руководство по терапевтической стоматологии. - М.: 2010. - 397 с.
- 8 Леус П.А. Задачи по внедрению массовой профилактики стом. заболеваний // Стоматология. - 1990. - №3. - С.4-6.
- 9 Лукиных Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта. - М.: 2003. - 357 с.
- 10 Мырзабеков О.М. и др. Профилактика стом. заболеваний. - Алматы: 2009. - 446 с.
- 11 Садыкова В.Б. Современный взгляд на проблему остеопатии и остеопарозов у детей. - Алматы: 2010. - 40 с.
- 12 Хамадеева А.М., Маслак Е.Е. Руков. По дет. Стоматологии. - М.: 2010. - С. 10-30.

## БАЛАЛАРДЫҢ КАРИЕС АУРУЛАРЫНЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

**Түйін:** Өткізіген профилактикалық жұмыстардың негізінде пародонт ауруларының профилактикасының тиімді әдістері аталды. Стоматологиялық аурулардың алдын алуда, ДДҰ-дың ұсыныстарын орындауда жоғарғы көрсеткіштерге жету үшін біріншілік профилактиканы уақтылы және баланың сәби кезінен басталуы қаралды. Сонда жүргізілген профилактикалық шаралар тиімдірек болады және көп қаражатты керек етпейді.

**Түйінді сөздер:** стоматология, профилактика, ауыз қуысының тазалығы, сәбилер, әдістер.

### A. A. KABULBEKOV, J. A. KISTAUBAEBAY FEATURES PROPHYLAXIS OF TOOTH DECAY FOR THE CHILDREN

**Resume:** On the basis conducted preventive works is discussing the most acceptable methods of the warning dental diseases. For achievement high result in preventivemaintenance dental diseases, the execution WHO's recommendations carry on this problem is offered well-timed undertaking the primary preventive maintenance, as from early baby age as follows. The System method of the preventive maintenance called on at child's early years is most acceptances and does not require the greater expenses.

**Keywords:** dentistry, preventive maintenance, hygiene to cavities of mouth, children of the preschool age, methods, spreading of caries.