

**Санация полости рта у детей и ее роль в профилактике стоматологических заболеваний.**

**Подготовила**

**Усачева Татьяна Юрьевна**

2018г

Санацией называют комплекс мероприятий, включающий лечение кариеса и устранение дефектов тканей зуба некариозной природы путем пломбирования, удаление зубного камня, лечение заболеваний пародонта, удаление разрушенных зубов и корней, не подлежащих консервативному лечению, ортодонтическое и ортопедическое лечение.

Советская система профилактики стоматологических заболеваний была основана на принципе целостности организма человека, в котором нет изолированных процессов. Поэтому профилактическая система предусматривала как общие, так и местные мероприятия. В настоящее время в России профилактика заболеваний зубов осуществляется и в школьном, и в дошкольном возрасте. Она складывается из правильной организации режима жизни ребенка, рационального питания и лечебных мероприятий.

Санация полости рта делится на 3 вида:

- Индивидуальная. Такой вид санации подразумевает самостоятельное обращение пациента к стоматологу. После проведенного осмотра доктор проводит лечение и профилактику полости рта, согласно составленному им плану лечения.
- Плановая. Такая санация проводится, как правило, ежегодно и в ней задействованы все дети, посещающие детские сады и школы .
- Периодическая. Этот вид санации проводят людям, входящим в план по диспансеризации.

На важность ежегодных двукратных профилактических осмотров полости рта и своевременного лечения пораженных кариесом зубов впервые в нашей стране указывал Александр Карлович Лимберг в конце прошлого столетия. Он считается основоположником детского зуболечения в России . В 1886 г. Лимберг организовал первую в России бесплатную зубоорачебную амбулаторию. В 1896 г. на I одонтологическом съезде комиссия под руководством А. К. Лимберга разработала проект организации зубоорачебной помощи детям, заложив основы плановой санации полости рта учащихся. Основываясь на 5-летнем опыте регулярной санации, О. К. Лимберг констатировал значительное уменьшение количества удаленных зубов.

Организационные основы плановой стоматологической санации были заложены П. Г. Дауге в первые годы возникновения Советского государства путем создания широкой сети детских стоматологических учреждений так называемых зубных амбулаторий.

Принципы и формы проведения санации полости рта нашли свое развитие в трудах крупнейших стоматологов страны — А. И. Евдокимова, Н. И. Агапова, Т. И. Альбанской, И. О. Новика, В. Ф. Рудько, А. И. Рыбакова и др. Их рекомендации были обобщены в резолюции 1-го Всесоюзного съезда одонтологов, а затем в ряде официальных документов, периодически издаваемых Министерством

здравоохранения до последнего времени. Эффективность профилактической санации обеспечивается ее плановостью, последовательностью и систематичностью.

Как известно, на первом этапе развития отечественной стоматологии получили распространение две системы санации полости рта - система Канторовича и система Агапова. Одним из первых советских ученых-стоматологов, который взялся за разработку научных основ советской системы санации полости рта у детей, был Н. И. Агапов. В отличие от Канторовича, который предложил лечить только постоянные зубы, он довел необходимость лечения всех форм заболеваний как временных, так и постоянных зубов. Система Канторовича была оправдана для внедрения в практику стоматологии в тот период, когда в стране ощущался недостаток в кадрах стоматологов. Н. И. Агапов на основе анализа большого клинического материала разработал организационные формы и четкие рекомендации по проведению санации полости рта у детей разного возраста.

Вопросом стоматологии детского возраста было посвящено несколько Всесоюзных съездов. На IV съезде (в 1962 г.) министр здравоохранения С. В. Курашов в своем выступлении подчеркнул: «Особенно большое значение приобретает беспокойство о наших детях. В этом, как нам покажется, заключается решение значимых заданий из коренного улучшения стоматологической помощи в стране».

Распространенность кариеса у детей требовала более полного охвата этим видом медицинской помощи возможно большего количества детей. Однако без лечения временных (молочных) зубов невозможно достичь полного оздоровления детей, так как помимо болевых ощущений, связанных с их кариозным разрушением, эти зубы в некоторых случаях оказывались опасными источниками одонтогенной инфекции и хронической аутоаллергизации организма. В дальнейшем санационными мероприятиями был охвачен контингент детей дошкольного возраста, ибо, как показали статистические исследования по распространенности кариеса, временные (молочные) зубы подвергаются кариозному разрушению у подавляющего числа детей вскоре после прорезывания, т. е. задолго до смены их зубами постоянного прикуса.

За последние годы кариес молочных зубов является достаточно распространенной проблемой. К 6-7-летнему возрасту, пока не начали появляться постоянные зубы, около 75-98% детей имеют поражения молочных зубов, причем большая часть из них обращаются к стоматологу с осложнениями или запущенным процессом. Кариес зубов у детей более агрессивен и быстротечен, чем у взрослых. Это связано с особенностью строения молочных и постоянных зубов у детей. Чаще всего кариес молочных зубов обнаруживается в 2-3 года, но иногда он может возникать и у детей, которым еще не исполнилось двух лет. В разных регионах страны распространенность такой формы кариеса к четырехлетнему возрасту составляет 20-80%.

26 января 2011 г. в г.Москве ведущими российскими и зарубежными специалистами в области стоматологии в рамках Круглого стола, организованного при поддержке компании «Colgate Palmolive» ее российским представительством. Участников приветствовал Президент СтАР проф.В.Д.Вагнер. В докладе проф.Э.М.Кузьминой было отмечено, что проблема заболеваемости кариесом зубов населения России стоит достаточно остро, поскольку его распространенность и интенсивность остаются высокими, а его осложнения служат наиболее частой причиной потери зубов.

Было показано отсутствие изменений интенсивности кариеса временных зубов за 10-летний период (в среднем, каждый 6-летний ребенок имеет около 5 пораженных зубов), тогда как его распространенность увеличилась с 73% (1998г.) до 84% (2008г.). Напротив, распространенность кариеса постоянных зубов у детей имела тенденцию к снижению: в 6 лет – с 22% до 13%, 12 – с 78% до 73%, 15 – с 88% до 82%. В данных возрастных группах уменьшились и средние показатели индекса КПУ, которые в 2008г. составили 0.23, 2.51 и 3.81 соответственно, оказавшись ниже, чем в 1998 г., на 23.0%, 13.7% и 12.8% за счет снижения доли кариозных и удаленных зубов. Существенных различий показателей заболеваемости кариесом зубов у городского и сельского населения не наблюдалось, однако прослеживалась их зависимость от содержания фторида в питьевой воде, особенно выраженная у детского населения. Так, в населенных пунктах с пониженным содержанием фторида в воде (менее 0.7 мг/л) распространенность кариеса постоянных зубов у 12-летних составила 83%, тогда как при оптимальной его концентрации (0.7-1.2 мг/л) у их сверстников этот показатель был равен 56%, значение индекса КПУ – в 2 раза ниже .

Понятие «санация полости рта» было расширено за счет включения (помимо лечения кариозных зубов молочного и постоянного прикуса) также мероприятий по удалению отложений зубного камня, лечению болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта. Полный объем санационных мероприятий в настоящее время предусматривает, кроме того, устранение зубочелюстных деформаций ортодонтическими методами, а также лечение другой врожденной патологии челюстно-лицевой области комплексными методами (хирургический, ортодонтический, логопедический и др.).

Плановая санация полости рта у детей должна и впредь составлять основу общей диспансеризации населения, так как это не только обеспечивает уменьшение обращаемости по поводу кариозного разрушения зубов детей и взрослых, но и является профилактикой ряда заболеваний инфекционно-токсического происхождения—хронического тонзиллита, ревматизма, пневмонии, сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и других заболеваний.

Плановая санация полости рта организованных групп населения (детей и взрослых) может проводиться с использованием следующих организационных методов:

1. Централизованный метод предполагает проведение комплекса лечебных и профилактических мероприятий в одном из стоматологических учреждений (поликлиника, отделение, кабинет).
2. Децентрализованный метод предусматривает организацию постоянно действующих или передвижных стоматологических кабинетов на местах учебы или работы (школы, предприятия и т. д.).
3. Смешанный метод объединяет централизованный и децентрализованный методы санации полости рта путем создания санационных стоматологических пунктов по обслуживанию учащихся нескольких школ (интернатов).

При первичной санации все виды стоматологической помощи (не исключая и ортодонтическое лечение аномалий зубочелюстного аппарата) получают все дети. Впоследствии проводится систематическая повторная санация, при которой подлежат лечению дети, у которых вновь возникли кариозные полости, и с рецидивом кариеса.

Для полного охвата детей первичной санацией могут быть рекомендованы два метода — ускоренной и постепенной санации.

Эффективность плановой санации полости рта (при максимальном охвате прикрепленного контингента) оценивают по нескольким показателям: числу (проценту) санированных из лиц, нуждающихся в санации, соблюдению сроков повторных осмотров и санацию полости рта прикрепленного контингента, а также снижению числа лиц, нуждающихся в санации, выявленных при повторных осмотрах, уменьшению количества выпавших пломб, рецидивов кариеса и его осложнений, удаленных зубов на 1000 прикрепленных для санации.

В заключение можно сказать, что максимального эффекта можно достичь только при сочетании санации с санитарно-просветительской деятельностью, обучением детей правилам личной гигиены полости рта.

Литература:

Т.Ф.Виноградова Стоматология детского возраста 1967г.

Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. Издательство «Поли Медиа Пресс», 2001 г