

Таблица. - Наиболее часто встречающиеся маркеры дисплазии СТ при ПМК у освидетельствованных за 2009 – 2011 гг.

№	Маркеры дисплазии СТ	у поступающих на учебу	у поступающих на службу
Внешние маркеры			
1	Астенический тип с гипертрофией и пониженным весом	65-70%	45-50%
2	Сколиоз и деформация грудной клетки	35-40%	30-35%
3	Миопия	19-20%	10-15%
4	Плоскостопие	15-20%	10-12%
5	Аномалия прикуса	10-12%	5-7%
Висцеральные маркеры			
1	Дополнительная хорда	98-100%	95-100%
2	Нефроптоз	10-15%	5-10%
3	Деформация желчного пузыря	7-10%	5-7%
4	Аномалия развития мочеполовой системы	5-7%	3-5%

Выводы: При медицинском освидетельствовании врачу-эксперту на этапе общего осмотра следует обратить внимание на следующие признаки: астенический тип конституции, пониженный вес, воронкообразная или уплощенная грудная клетка, сколиоз, плоскостопие, аномалии прикуса, миопия, повышенная растяжимость кожи, гипермобильность суставов. Комплексная оценка этих проявлений очень важна, поскольку позволяет заподозрить наличие ПМК в начале общего осмотра. Обладатели 3-х и более внешних маркеров дисплазии СТ нуждаются в УЗИ-сердца для исключения ПМК.

Литература:

1. Бобров В.А., Шлыкова Н.А., Давыдова И.В., Зайцева В.Н. Пролапс митрального клапана (диагностика, клиника, тактика

лечения) Клиническая медицина 1996; 6; 14-17.

2. Мартынов А.И. Шехтер А.Б. Степура О.Б. и др. Дисплазия соединительной ткани при идиопатическом пролапсе митрального клапана. Клини. медицина 1998; 12; 10-13.

3. Мухарлямов Н.М., Норузбаева А.М., Бочкова Д.Н. Пролабирование митрального клапана (клинические варианты). Тер. архив 1981; 1; 72-77., 4.

4. Сторожков Г.И., Верещагина Г.С. Эхокардиографическая оценка состояния митрального аппарата и осложнения пролабирования митрального клапана. Тер. архив 1998; 4; 27-32.

5. Мартынов А.И., Смулевич А.В., Степура О.Б. и др. Пролабирование митрального клапана как психосоматическая проблема. Тер. архив 2000; 10; 27-30.

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА
В СТАДИИ ПЯТНА У ДЕТЕЙ**

¹Шарипов Е.К., ¹Жакипова А.С., ²Изденова Г.О., ³Абыкешева Г.А.

¹КГКП «Детская стоматологическая поликлиника», ² Клиника «Стом-икс»,
³МУ «Областная стоматологическая поликлиника»

Диагноз кариеса зубов ставится на основании данных анамнеза, а именно – жалоб больного, осмотра, проводимого с помощью

стоматологического зеркала, зондирования и данных температурной и перкуторной реакции. В некоторых случаях при определенных

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

показаниях дополнительно используют электородонтодиагностику и рентгенографию, люминесцентную стоматоскопию.

Наиболее простым и доступным методом является метод витального окрашивания твердых тканей зуба. Метод витального окрашивания используется как для диагностики скрытых от невооруженного глаза поражений эмали, так и в целях определения истинных границ патологического очага.

Известный метод диагностики начального кариеса, основанный на окрашивании кариозных пятен 2% водным раствором метиленового синего (Аксамит Л.А., 1973), позволяет определять очаги деминерализации, который основан на свойстве пораженной кариесом эмали сорбировать красители типа метиленового синего, фуксина и т.д.

Цель исследования. Оценить использование метода витального окрашивания при профилактических осмотрах.

Материал и методы. Нами обследованы

первые моляры (шестые зубы) 25 детей в возрасте от 6 до 10 лет, обратившихся в КГКП «Детская стоматологическая поликлиника г.Павлодар» с целью профилактического осмотра в период ноябрь-декабрь 2010 года.

Методика витального окрашивания твердых тканей зуба заключается в очищении исследуемой поверхности зуба от пищевого и бактериального налета и высушивания этой поверхности. После этого на 3 мин путем аппликации наносится с помощью рыхлого ватного тампона краситель. По истечении 3 минут проводится оценка интенсивности окрашивания очага поражения. Различают легкую, среднюю и высокую степень окраски, что находится в прямой зависимости от степени деминерализации эмали в результате кариозного поражения.

Результаты и обсуждение.

Результаты работы по использованию витального окрашивания при проведении профилактических осмотров представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица №1. - Витальное окрашивание шестых зубов у детей.

Количество зубов			
Не окрасилось	Легкое окрашивание	Среднее окрашивание	Сильное окрашивание
32	11	15	42

Таблица №2. - Локализация кариозного процесса.

Поверхность коронки зуба	Наличие полости
Жевательная	48
Контактная	35

Анализируя полученные данные, представленные в таблице №1, можно сказать, что первые моляры у детей чаще подвержены кариозному процессу (68% исследуемых зубов). Основной причиной развития кариеса является неудовлетворительная гигиена полости рта.

По данным литературы (Федоров Ю.А., Чивиль Л.Г.) 34,4% школьников систематически ухаживают за полостью рта, 15-16% совсем не чистят зубы, а 50% нерегулярно чистят зубы. Уход за полостью рта осуществляется неправильно: лишь около 20% детей чистят зубы вечером, а остальные 80% - утром. Утром и вечером чистят зубы всего-3-4%.

Кариес чаще всего локализуется на

жевательной поверхности (таблица №2) в фиссурах и на контактных поверхностях зуба, где фиксируется зубной налет.

При воздействии кислоты, продукта жизнедеятельности микроорганизмов зубного налета, происходит процесс деминерализации твердых тканей зуба.

Установлено, что первые моляры прорезываются в разные сроки: нормально, ускоренно и с задержкой. В процессе формирования и роста зуба происходит укрепление и минерализация твердых тканей зуба за счет воздействия слюны, пищи, зубной пасты.

При ускорении и задержке прорезывания нарушается минерализация эмали, что способствует увеличению кариеса.

(Кабулбеков А.А. 2008).

Для защиты слабоминерализованных тканей зуба, от воздействия кариесогенных факторов, до процесса укрепления эмали в современной стоматологии применяют герметики - композитные материалы светового отверждения, наносимые на фиссуры.

Выводы: для раннего выявления скрытых очагов кариозного процесса необходимо использовать метод витального окрашивания твердых тканей зуба; прививать детям правильные навыки по уходу за полостью рта, начиная с раннего возраста для улучшения стоматологического здоровья, усилить роль

профилактики в стоматологии, применять современные методы герметизации и глубокого фторирования рискованных поверхностей зубов.

Литература:

1. Материалы IV съезда врачей-стоматологов РК, С.33, 2008 г.
2. Супиев Т.К. Учебное пособие, С.335-342, 2006 г.
3. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов, С. 122-129, Медицина. 1999г.
4. «Стоматология» журнал №5, 1989г., стр.22-23

СИСТЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТОМАТОЛОГА С ПАЦИЕНТОМ

¹Шарипов Е.К., ²Изденова Г.О., ³Салихова Э.Р., ⁴Абыкешева Г.А.

¹КГКП «*Детская стоматологическая поликлиника*», ²Клиника «*Сто-икс*»,
³ФАО «*Железнодорожные госпитали медицины катастроф*» Павлодарская
железнодорожная больница, ⁴МУ «*Областная стоматологическая поликлиника*»

Субъектный тип отношений – это такая форма взаимодействия медперсонала с пациентом, в которой отражается и уважительно учитывается его личностная реальность, т.е. социальный, соматический и психический статус, потребности и интересы, желания и мотивы, настроения и озабоченность здоровьем, а также право получить необходимую помощь, поддержку и информацию (о содержании, этапах, стоимости лечения, способах поддержания его эффекта, стоматологическом прогнозе).

Субъектный тип отношений достигается в том случае, если врач или медсестра, общаясь с пациентом, использует такие приемы, знаки, символы и способы взаимодействия, которые пациент может расценивать как проявление искреннего внимания и подлинной заботы лично о нем. Прежде всего в результате субъектных отношений пациент испытывает доверие к медицинскому работнику. Субъектный тип отношений противопоставляется объектному, для которого характерны те или иные формы

равнодушия, формализма, невнимания, игнорирования индивидуальности пациента. В таком случае пациент чувствует себя «среднестатистическим» больным или посетителем клиники равновероятным для персонала. Врач при этом решает свои профессиональные задачи, возможно, на высоком уровне, не выявляя мнения и настроения пациента, не придавая должного внимания его состоянию, особенностям характера, жизненным позициям, установкам на лечение, отношению к медицинскому учреждению или персоналу, не заботясь о его платежеспособности. В итоге снижается или совсем не возникает доверие к представителю медицины.

Цель работы. Оценить удовлетворенность посетителей стоматологической клиники взаимодействием с медицинскими работниками

Материал и методы: Для выяснения взаимодействия врача-стоматолога с пациентами проведен телефонный опрос пациентов. Опрошено 30 пациентов,