Департамент здравоохранения и социальной защиты населения
Белгородской области
Белгородский государственный национальный
исследовательский университет
Стоматологическая ассоциация России
Белгородская стоматологическая ассоциация

СТОМАТОЛОГИЯ СЛАВЯНСКИХ ГОСУДАРСТВ

Труды VII Международной
научно-практической конференции

*Под редакцией*

*проф. А.В. Цимбалистова, проф. Б.В. Трифонова,
доц. А.А. Копытова*



Белгород

2014

479

***Денисова Е.Г., Соколова И.И.***

ПРОБИОТИК В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С КАРИЕСОМ НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ

ГИПОПЛАЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ 105
***Дмитриенко Н.Ю., Подзорова Е.А., Сарап Л.Р., Лошкарева К.О.***

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

МЕТОДОМ ВИТЕЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ 107
***Доля Э.И., Яковлева Д.Ю.***

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ФЛЮОРОЗ В УСЛОВИЯХ ЧУГУЕВСКОГО

РАЙОНАХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ 109
К ВОПРОСУ О ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭРОЗИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ 112
***Елисеева О.В., Соколова И.И.***

ВЛИЯНИЕ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО

ПЛОСКОГО ЛИШАЯ 113
***Есауленко И.Э., Ведринцев В.В., Ширяев О.Ю., Кунин В.А., Бурлачук В.Т., Алексеева Д.Н., Махортова И.С., Цапина А.А.***

О ФЕНОМЕНЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ

ПРОФЕССИИ 116
***Есауленко И.Э., Кунин В.А.***

ВОРОНЕЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ. ИСТОРИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ

С КРАСНОЯРСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ИНСТИТУТОМ 118
***Есауленко И.Э., Кунин А.А., Кунин В.А., Харитонов Д.Ю.***

СТАНОВЛЕНИЕ ЗУБОВРАЧЕБНОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО

ОБРАЗОВАНИЯ В ВОРОНЕЖЕ. РОЛЬ А.И. ЕВДОКИМОВА 124
***Еськов В.М., Гонтарев С.Н., Гонтарева И.С., Глаголева Я.В.*** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ КВАЗИАТТРАКТОРОВ ВЕКТОРА СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ Г. СУРГУТА И ДЕТЕЙ – ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КМНС (КОРЕННЫЕ МАЛОЧИСЛЕННЫЕ НАРОДЫ СЕВЕРА) ЖИТЕЛЕЙ

СУРГУТСКОГО РАЙОНА 127
***Ефимов А.В., Башегуров А.Н.***

КОРРЕЛЯЦИЯ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

С ЗАНЯТОСТЬЮ И СОЦИАЛЬНЫМ СТАТУСОМ 132
***Ефимова А.С.***

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ

СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 134
***Жмудь М.В., Иорданишвили А.К.***

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ

СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 135

105

**ПРОБИОТИК В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С КАРИЕСОМ**

**НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ**

***Денисова Е.Г., Соколова И.И.***

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Кариес зубов остаётся одной из самых актуальных проблем современной детской стоматологии, особенно у детей первых трех лет жизни. Это поражение в мировой стоматологии обозначают термином ранний детский кариес - «Early Childhood Caries», ECC (Ismail, 1998). При наличии множественных поражений временных зубов, включая переднюю группу зубов на верхней челюсти, используется термин «Severe Early Childhood Caries» (S-ECC) – тяжелый ранний детский кариес. Наиболее агрессивным является разрушение пренатально сформированной эмали [1]. Факторы, которые влияют на этот период развития зуба приводят к нарушению формирования твердых тканей и, как следствие, возникновению такого заболевания как системная гипоплазия эмали. Caufield P.W. и соавт. предлагают использовать термин гипоплазия, ассоциированная с тяжелым ранним кариесом – Hypoplasia-associated severe early childhood caries (HAS-ECC), т.к. это определение охватывает не только одну болезнь, а несколько, каждая из которых имеет различные этиологические, гистологические и патогенетические факторы [2]. Дифференциация HAS-ECC от других форм раннего детского кариеса является оправданным из-за его отличной этиологии, клинической картины, и в конечном итоге тактики лечения. В то же время дифференцировать пятна при гипоплазии эмали от кариозных «меловидных пятен», связанных с накоплением бляшки и кариесогенной диеты может быть сложно [3, 4, 5].

В настоящее время новым направлением в профилактике и лечении кариеса зубов у детей является применение пробиотиков. Всемирная организация здравоохранения определяет пробиотики как «живые микроорганизмы, которые при введении в адекватных количествах, оказывают пользу для здоровья организма» [6]. Эти бактерии, являясь представителями нормальной микрофлоры ротовой полости, не играют роли в инициировании развития кариеса зубов, даже, несмотря на то, что они относятся к сахаролитикам и ферментируют углеводы [7, 8].

Цель исследования – изучение эффективности применения пробиотика в комплексе лечебно – профилактических мероприятий при раннем детском кариесе у детей с системной гипоплазией временных зубов.

Материал и методы исследования. Было обследовано 14 детей в возрасте от 1,5 года до 2 лет. Гигиеническое состояние зубов оценивали с использованием индекса для оценки зубного налета у детей раннего возраста (ИОЗН, Э.М. Кузьмина, 2000г.) [9]. Дифференциальную диагностику между некариозными поражениями твердых тканей зубов и кариесом проводили по традиционным критериям (окрашивание метиленовым синим, высушивание поверхности эмали и т. д.). Клиническое обследование предусматривало оценку распространенности и интенсивности поражения зубов и поверхностей кариесом (индексы кпз, кпп, где к – кариес, п – пломбированные) [10,11].

106

Дети были разделены на 2 группы: первая группа (7 детей) проводили гигиенические мероприятия (гигиена полости рта 2 раза в день после еды) с использованием только зубной щетки [12]; вторая группа (7 детей) – гигиена полости рта с использованием зубной щетки и применение пробиотика **«**BioGaia Protectis Baby» (Farmasierra Manufacturing S.L., Испания): 5 капель один раз в сутки в течение десяти дней, курс повторяли 1 раз в 3 месяца. [13]. Контрольные осмотры проводили через 1, 3, 6, 12 месяцев.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы **«***STATISTICA****,*** StatSoft Inc. 1984 - 2011».

Результаты исследования. Уровень гигиены у обследованных детей был равен 0,32± 0,07 балла (удовлетворительный), но достоверно не различался между группами. Интенсивность кариеса зубов представлена в таблице 1, разница в значениях исследуемых индексов была статистически не значима (t < 2). При анализе частоты поражения кариесом отдельных зубов и различных поверхностей выявлено, что во всех группах чаще всего поражается вестибулярная и медиальная поверхность верхних резцов, пришеечная и жевательная поверхность первых и вторых моляров.

*Таблица 1*

**Интенсивность кариеса у детей (M±m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исследуемый показатель | Группа 1 | Группа 2 |
| кпз | 4,43 | ± 2,07 | 4,14 | ± 1,86 |
| кпп | 4,6 | ± 2,2 | 4,14 | ± 1,9 |

Лечебно-профилактические мероприятия во всех группах включали в себя профессиональную чистку зубов, пломбирования кариозных полостей («Кариклинз», ВладМиВа) с последующим использованием в качестве пломбировочного материала стеклоиономерный цемент – Юva luting, SDI), обучения мамы (или опекуна ребенка) правилам чистки зубов.

Во всех исследуемых группах отмечена положительная динамика процесса после лечебно-профилактических мероприятий. Контрольный осмотр через 1 месяц показал, что гигиена полости рта изменилась во всех обследуемых группах и характеризовалось как хорошая по значению индекса ИОЗН (ИОЗН – 0 баллов). Пломбы были все сохранены. Через 3 месяца состояние в полости рта несколько изменилось у детей 1 группы: отмечалось наличие зубного налета на зубах и нарушение краевого прилегания некоторых пломб, при этом различия в значениях индекса ИОЗН сразу после санации и в момент обследования были значимы (ИОЗН – 0,14 ± 0,06 баллов, р < 0,05). У детей 2 группы ситуация была аналогичная (ИОЗН – 0,17 ± 0,051 баллов, р < 0,05), но родители отмечали, что в период приема курса пробиотика гигиена полости рта у детей была значительно лучше (визуально не отмечался зубной налет).

Через 6 месяцев гигиеническое состояние полости рта у детей 1 и 2 групп хотя и было в пределах удовлетворительных значений (ИОЗН – 0,3 ± 0,8 баллов), но, ухудшилось по сравнению с первоначальными цифрами. При этом появились новые кариозные полости, отмечалось нарушение краевого прилегания пломб на участках гипоплазированной эмали в области шейки зубов. Все это потребовало дополнительных лечебных мероприятий.

107

Результаты гигиенического тестирования через 12 месяцев были следующие: 1 группа – 0,23 ± 0,04 (t – 2,98), 2 группа – 0,19 ± 0,04 (t – 4,8). Таким образом, разница в показателях была статистически значима. Но следует отметить, что в этот контрольный визит произошли изменения как в полости рта (увеличения количества зубов), так и в расширении рациона питания, с преобладанием более жесткой пищи. Интенсивность кариеса через 12 месяцев представлена в табл. 2.

*Таблица 2*

Интенсивность кариеса зубов и гигиенический индекс у детей через 12 месяцев после начала лечебных мероприятий, **(M**±**m)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исследуемый показатель | Группа 1 | Группа 2 |
| кпз | 5,7 ± 1,6 | 4,3 ± 0,8 |
| кпп | 6,9 ± 0,9 | 5,14 ± 1,9 |
| ИОЗН, баллы | 0,23 ± 0,05 | 0,2 ± 0,04 |

Таким образом, анализируя показатели интенсивности кариеса в течение года наблюдения было установлено, что прирост интенсивности кариеса наблюдался как в 1 так и во 2 группах, соответственно 1,3 ± 0,95 и 0,7 ± 1,25. Прирост интенсивности кариеса поверхностей был равен: 2,3 ± 1,7 и 1 ± 0,8. Значения во второй группе были незначительны, что объяснялось применением пробиотика.

Выводы: применение пробиотика при кариесе зубов на фоне системной гипоплазии эмали у детей раннего возраста проводит к улучшению гигиенического состояния полости рта, снижается прирост интенсивности кариеса зубов, но прирост интенсивности кариеса поверхностей наблюдается, что по нашему мнению объясняется особенностью клинического течения заболевания.