

два зуба имели дефект пломбы. Таким образом, в первой группе соотношение успеха и неудач выглядит как 117:14, во второй группе - 509:2 ($\chi^2=45,48$; $p<0,001$).

После 12 месяцев в первой группе из 466 леченых ранее зубов 59 зубов имели дефекты/утраты пломб, а 27 зубов, ранее леченых по поводу кариеса, нуждались в лечении пульпита (13) или периодонтита (14). Во второй группе из 422 ранее леченых 419 зубов не требовали вмешательства, три зуба имели дефекты/утраты пломбы. Таким образом, соотношение успеха и неудач в первой и второй группах составляет 374:86 и 419:3 соответственно ($\chi^2=78,47$; $p<0,001$).

По истечении 18 месяцев в первой группе из 331 ранее леченого зуба повторного лечения из-за дефекта или утраты пломбы требовали 22 зуба, по поводу осложнений ранее леченого кариеса - 48 зубов (в 12 зубах диагностирован пульпит, в 36 - периодонтит). Во второй группе из 253 зубов дефекты/утраты пломб отмечены в семи зубах, осложнения - в семи зубах, в том числе четыре зуба, леченые по поводу кариеса, требовали лечения пульпита (три зуба) и периодонтита (один зуб). Таким образом, соотношение успеха и неудач в лечении зубов в первой и второй группах выглядит как 283:60 и 239:14 ($\chi^2=19,15$; $p<0,001$). В течение 18 месяцев для повторного лечения зубов в первой группе выполнено 133 посещения из совокупных из 597, во второй группе - семь посещений из совокупных 223 (различия в доле дополнительных визитов статистически значимы ($\chi^2=32,34$; $p<0,001$). В исследовании различия между консервативными и

классическими подходами оказались значимыми уже на уровне диагностики глубины кариозного процесса: при одинаковой интенсивности кариозного процесса у детей в условиях седации пульпит был диагностирован в 2,5 раза чаще, чем при атравматичном лечении. Щадящее препарирование (в пределах только инфицированного дентина) в совокупности с вынужденным пломбированием СИЦ (с его известными недостатками в долговечности) реализовалось значительно большей долей дефектов/утрат пломб и осложнений кариеса в первой группе, чем во второй при анализе данных через шесть, 12 и 18 месяцев от старта лечения (10,5% против 0,4%, 18,5% против 0,7% и 18,1% против 5,5% соответственно).

Выводы. Лечение кариозных зубов у детей классическими методами более эффективно, чем щадящими методами, что подтверждает целесообразность сохранения за первыми статуса стандарта, для достижения которого важно развивать фармакологическую поддержку амбулаторной детской стоматологии.

Литература

1. American Academy of Pediatric Dentistry: 2014-15 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines / AAPD. - Mode of access : www.aapd.org/policy<http://www.inlbrm.ind.edii/PB10/brLim.html>. - Date of access : 02.09.2014.

2. Goumans, C. Dental anxiety and behavioural problems: what is their influence on the treatment plan? / C. Goumans, J. S. Veerkamp, I. H. Aartman // Eur. J. Paediatr. Dent. - 2004. - Vol. 5, N 1. - P. 15-8.

ВЛИЯНИЕ ДИКЛОФЕНАКА НАТРИЯ И ЦЕЛЕКОКСИБА НА УРОВЕНЬ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Рябокоть Е.Н., Крылова О.В., Худякова М.Б.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью исследования явилось изучение изменений уровня малонового диальдегида (МДА) в ротовой жидкости (РЖ) при применении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) неселективного (конкурентного) ингибитора ЦОГ диклофенака натрия и специфического ингибитора ЦОГ-2 целекоксиба в комплексном лечении больных с генерализованным пародонтитом (ГП) хронического течения начальной - I и I - II степени тяжести.

Материал и методы. Больные были распределены на 4 группы. 1 группа - 13 больных с ГП начальной - I степени тяжести, которые получали на фоне базисной терапии диклофенак натрия 2 раза в сутки по 75 мг - 7 дней. В течение 5 дней больные в домашних условиях утром принимали внутрь 75 мг диклофенака натрия, а вечером препарат вводили местно в дозе 75 мг с помощью пародонтальных кап в течение 40 минут. Следующие 2-ое суток препарат вводили только местно с помощью кап 2 раза в сутки по 75 мг.

2 группа - 12 больных с ГП I - II степени тяже-

сти, которые получали на фоне базисной терапии диклофенак натрия 2 раза в сутки по 75 мг - 10 дней. В течение 7 дней больные в домашних условиях утром принимали внутрь 75 мг диклофенака натрия, а вечером препарат вводили местно в дозе 75 мг с помощью кап в течение 40 минут. Следующие 3-ое суток препарат вводили только местно с помощью кап 2 раза в сутки по 75 мг.

3 группа - 14 больных с ГП начальной - I степени, которые получали на фоне базисной терапии целекоксиб 2 раза в сутки по 100 мг - 7 дней по той же схеме, что и больные 1 группы наблюдения.

4 группа - 13 больных с ГП I - II степени, которые получали на фоне базисной терапии целекоксиб 2 раза в сутки по 100 мг - 10 дней по той же схеме, что и больные 2 группы наблюдения.

Для местного применения препараты назначались в виде суспензии, приготовленной *ex tempore* при смешивании порошка таблетированной формы препарата с изотоническим 0,9 % раствором хлорида натрия.

В РЖ биохимическими методами изучали уро-

вень МДА характеризующих уровень процессов ПОЛ по методу Uchiyama M. & Michara M. в модификации Волчегорского И.А. и соавт.

Результаты и обсуждение. Уровень МДА в РЖ больных с ГП начальной - I и I - II степеней тяжести при применении диклофенака значительно снижался и через 1 месяц достоверно не отличался от среднестатистической нормы. В группе больных с ГП начальной - I степени тяжести содержание МДА в РЖ до лечения равнялось $6,25 \pm 0,73$ мкмоль/л, что достоверно превышало норму. Через 1 месяц после лечения уровень МДА составил $3,99 \pm 0,32$ мкмоль/л ($P > 0,05$, норма - $4,36 \pm 0,48$ мкмоль/л).

При ГП I - II степени тяжести уровень МДА до лечения составил $7,42 \pm 0,36$ мкмоль/л, а через 1 месяц после лечения - $3,45 \pm 0,31$ мкмоль/л, что достоверно не отличалось от нормы ($P > 0,05$).

При применении целекоксиба в группе больных с ГП начальной - I степени тяжести до лечения уровень МДА в РЖ равнялся $6,23 \pm 0,61$ мкмоль/л и был достоверно выше нормы ($P < 0,05$). Через 1 месяц после проведенного лечения наблюдалось достоверное снижение уровня МДА в РЖ - $4,58 \pm$

$0,37$ мкмоль/л в сравнении с показателями до лечения ($P < 0,05$).

В группе больных с ГП I - II степени тяжести, которым на фоне базисной терапии применяли НПВП целекоксиб до лечения уровень МДА в РЖ равнялся $7,35 \pm 0,33$ мкмоль/л и достоверно превышал норму ($P < 0,001$). Через 1 месяц после лечения содержание МДА равнялось $4,35 \pm 0,19$ мкмоль/л и достоверно не отличалось от нормы.

Выводы. При исследовании двух НПВП способных снижать МДА в РЖ больных с ГП хронического течения начальной - I степени тяжести они распределялись в такой последовательности диклофенак натрия > целекоксиб. Достоверной разницы между НПВП, и между ними и нормой не наблюдалось ($P > 0,05$). Таким образом, способность снижать МДА в РЖ больных с ГП начальной - I степени диклофенака натрия и целекоксиба одинаковая.

В группах больных с ГП I - II степени тяжести они распределялись в такой же последовательности диклофенак натрия > целекоксиб. При этом между диклофенаком и целекоксибом есть достоверная разница ($P < 0,05$), а между НПВП и нормой нет ($P > 0,05$).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Самарина Т.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. К числу проблем, имеющих медицинское и социальное значение, относятся вопросы профилактики кариеса зубов у детей, раннего выявления факторов риска его возникновения.

Периодами риска развития стоматологической патологии у детей являются: состояние здоровья женщины до зачатия, антенатальный и неонатальный периоды развития, первый год жизни ребенка. В антенатальном периоде под влиянием неблагоприятных факторов (неполноценное питание беременной, экстрагенитальные заболевания, курение, употребление алкоголя, токсикозы беременных) могут возникать пороки развития, гипоксия плода, внутриутробная гипотрофия [1].

Одним из критериев нормального развития плода является масса тела при рождении. Существует понятие "низкая масса тела при рождении" или "маловесные" - это дети с массой менее 2500 г при рождении, родившиеся в срок. Недоношенный новорожденный - ребенок, родившийся до 37 недель беременности с массой тела 1000 - 2500 г. В разных странах недоношенными рождаются 6 - 13% детей [1]. Выделяют 4 степени недоношенности по массе тела: I - 2001 - 2500 г, II - 1501-2000 г, III - 1001-1500 г, IV - менее 1000 г [2]. Ежегодно в нашей стране раньше срока рождаются свыше 5000 детей, из них более 250 имеют массу тела - до 1 кг. С I степенью недоношенности рождается - 63%; со II - 21%; с III - 11%; с IV - 5% [3].

Недоношенные дети чаще других страдают различными заболеваниями (остеопения, характеризующаяся пониженным содержанием кальция

и фосфора в костях). У 50% недоношенных детей остеопения, приводит к гипоплазии временных зубов, осложненной кариесом.

Степень недоношенности влияет на минерализацию, степень резистентности тканей зуба к кариесу. У детей с I степенью недоношенности частота пороков развития твердых тканей, приводящих к кариесу, составляет 59%; со II - 73%. Наибольший риск возникновения кариеса наблюдается у недоношенных детей, рожденных от матерей, с хроническими экстрагенитальными заболеваниями, токсикозами беременности, у детей с осложнениями периода новорожденности [4].

Цель. Изучить эпидемиологию кариеса зубов у детей раннего возраста, родившихся с дефицитом массы тела. Дать оценку влияния дефицита массы тела на распространенность, интенсивность, активность кариеса зубов у детей раннего возраста.

Материал и методы. За период с сентября 2009 года по май 2013 года было проведено эпидемиологическое обследование 108 детей в возрасте 3 лет в УО «Городской центр развития ребенка № 3» Первомайского района г. Витебска.. Результаты обследования вносились в карту стоматологического обследования, разработанную на кафедре стоматологии детского возраста. Данные о неонатальном анамнезе получены при анализе «Историй развития ребенка» (уч.ф. № 112-у).

Результаты и обсуждение. Из 108 обследованных детей в возрасте 3 лет, 15(13,9%) детей родилось с дефицитом массы тела; из них девочек - 10 (66,7%), мальчиков - 5 (33,3%). Из 15 детей с дефи-