

тка обстежених дітей із кристалами II типу - до  $44,16 \pm 5,7\%$ . Найбільша кількість кристалів I типу виявляється в дітей із I ступенем активності ( $13,70 \pm 3,8\%$ ), при II ступені активності каріозного процесу їхня частка зменшується до  $3,82 \pm 1,5\%$  відповідно ( $p < 0,05$ ). У дітей із III ступенем активності карієсу взагалі відсутні кристали I типу. Проте зростає кількість кристалів III типу: з  $15,05 \pm 3,9\%$  у дітей із I ступенем активності карієсу до  $55,84 \pm 5,7\%$  у дітей із III ступенем активності ( $p < 0,001$ ).

У дітей з I ступенем активності карієсу спостерігається збільшення кількості кристалів I типу з  $6,25 \pm 4,6\%$  у два роки до  $23,08 \pm 4,7\%$  у шість років ( $p < 0,01$ ). При II ступені активності карієсу виявлено, навпаки, зменшення кількості кристалів I типу з двох до чотирьох років (з  $16,67 \pm 7,1\%$  до  $2,32 \pm 1,8\%$  відповідно) ( $p < 0,05$ ). У шість років не виявляються кристали I типу. Також у всіх вікових групах дітей із III ступенем каріозного процесу повністю відсутні кристали I типу.

Проте виявляється значно більша кількість дітей із кристалами II і III типу. Так, у двохрічних дітей із I ступенем активності карієсу частка кристалів II типу становить  $81,25 \pm 7,4\%$ . У п'ять років кількість кристалів II типу зменшується до  $61,54 \pm 5,4\%$ . Але спостерігається збільшення відсотка дітей із кристалами III типу з  $12,5 \pm 6,3\%$  у два роки до  $18,75 \pm 4,7\%$  у чотири роки. При II ступені активності карієсу кількість кристалів II типу зменшується у два рази з двох до шести років (з  $83,33 \pm 7,1\%$  до  $43,59 \pm 5,5\%$ ) ( $p < 0,001$ ). Але збільшується кількість кристалів III типу в дітей із II ступенем активності карієсу: з  $19,23 \pm 5,4\%$  у три роки до  $56,41 \pm 5,5\%$  шість років ( $p < 0,001$ ). З III ступенем активності каріозного процесу теж спостерігається тенденція до зменшення з віком відсотка кристалів II типу: з  $71,43 \pm 6,1\%$  у три роки до  $35,71 \pm 5,4\%$  у шість років ( $p < 0,001$ ). Але збільшується кількість обстежених дітей із кристалами III типу (від  $28,57 \pm 6,1\%$  до  $64,29 \pm 5,4\%$ ) ( $p < 0,001$ ).

Отже, типи мікрокристалізації ротової рідини в дітей дошкільного віку змінюються залежно від ступеня активності карієсу. Найсприятливіше становище спостерігається в дітей із I ступенем карієсу, виявляється найбільша кількість кристалів I типу і II типу. При II ступені активності карієсу зменшується відсоток дітей із I та II типом, проте зростає кількість кристалів III типу. А III ступінь каріозного процесу характеризується відсутністю I типу кристалів та збільшення відсотка кристалів III типу. Тому можна стверджувати, що така зміна мінералізувального потенціалу ротової рідини є одним з чинників ризику розвитку карієсу зубів у дітей дошкільного віку.



УДК 616.314-002-039.71-053.26613.953.2

*И. И. Соколова, д. мед. н., Е. Г. Ярошенко, к. мед. н., А. А. Токарь*

Харьковский национальный медицинский университет

### **ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОДНОГО ИЗ МЕТОДОВ ЭКЗОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА, У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ**

Известный ученый-исследователь проблемы раннего кариеса R.J. Berkowitz (2003) характеризует проблему РДК как глобальную проблему охраны здоровья в мире. Распространенность РДК в мире колеблется в широком промежутке – от нескольких процентов до 70 % и выше, у детей различных стран и регионов.

Одним из факторов повышения кариесогенной ситуации в полости рта у детей раннего возраста является искусственное вскармливание, т.к. в рационе этих детей преобладают легкоферментируемые углеводы. Искусственные смеси содержат значительно большее количество углеводов в сравнении с грудным молоком (76,5-85% против 7%).

Профилактическая работа среди детей первых трех лет жизни нередко проводится не в полном объеме.

Поэтому целью наших исследований явилась изучение эффективности герметизации фиссур у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 49 детей в возрасте от 12 месяцев до 24 месяцев, которые имели патологию твердых тканей зубов и находились на искусственном вскармливании (от рождения и до 12 месяцев) в зависимости от возрастного периода эти дети были поделены на две группы.

При клиническом обследовании всех детей мы учитывали количество прорезавшихся зубов, проводили оценку интенсивности кариеса по показателю КП, а также определяли уровень гигиены полости рта на основании индекса зубного налета описанным Э.М.Кузьминой (2000г.).

Из этого следует, что у обследованных детей первой и второй группы высокий уровень интенсивности кариеса, индекс зубного налета в первой группе соответствует удовлетворительной гигиене полости рта, во второй группе отвечает плохой гигиене полости рта. После санации полости рта детей наблюдали 1 раз в два месяца и по мере прорезывания временных моляров проводили герметизацию фиссур стеклоиономерным цементом (GC Fuji IX, Ketac Molar ART (ЗМ ЭСПЕ), Кавитан (SPOFA Dental). Результаты герметизации контролировали через два месяца, четыре месяца и шесть месяцев. Результаты контроля свидетельствуют о том, что через два и четыре в 96% наблюдений, а через шесть месяцев в 94% имело место полная сохранность гермети-

зируючого матеріала і його адекватне краєве прилегання. Моляри, які були покриті герметиками залишалися інтактними.

**Висновки.** 1. У дітей, які знаходяться на штучному вигодовуванні від народження до 12 місяців високий рівень інтенсивності карієсу і низький рівень гігієни порожнини рота. 2. Герметизація фіссур тимчасових молярів склоіономерним цементом хімічного затвердіння, є ефективним методом профілактики карієсу у дітей раннього віку з високим рівнем інтенсивності карієсу, які знаходяться на штучному вигодовуванні. 3. В терміни спостереження карієспрофілактичний ефект відзначено більше ніж в 90% випадків.



УДК 616.31-053/6+616.831-009.26

*А. Ф. Спинеї*

Государственный Медицинский и Фармацевтический Университет  
им. "Николая Тестемитану", Кишинев, Республика Молдова

### СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Цель работы.** Оценка стоматологического статуса у детей страдающих различными формами ДЦП.

**Материал и методы.** Было проведено клиническое обследование 189 детей с различными формами ДЦП в возрасте 6-18 лет находящихся в специализированных школах интернатах для детей последствиями детского церебрального паралича и школах интернатах для детей с отставанием в умственном развитии. В зависимости от тяжести основного заболевания, интеллектуального развития и способности проводить чистку зубов были сформированы следующие группы: I группа - 92 детей имеющие спастическую диплегию, гемипаретическую, гиперкинетическую и атоническую - астатическую формы ДЦП, с легким или умеренным отставанием в умственном развитии, способные ухаживать за собой и проводить самостоятельно гигиену полости рта; II группа - 97 детей страдающие тяжелыми формами ДЦП: спастической тетраплегией, двойной гемиплегией, с тяжелым или глубоким отставанием в умственном развитии, глубокими сенсорными нарушениями, прикованные к постели, принимающие размельченную или жидкую пищу, не способные ухаживать за собой и самостоятельно проводить гигиену полости рта. Контрольную группу составили 186 практически здоровых детей 6 -18 лет находящихся в школах интернатах для детей сирот. Определяли распространенность, интенсивность карієсу зубов и гигиеническое состояние полости рта (индекс ОНІ-S).

**Результаты.** У большинства детей и подростков с церебральной патологией выявлено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта (у 53% детей I группы и 100% детей II группы). Распространенность карієсу зубов достоверно выше у детей страдающих ДЦП по сравнению с практически здоровыми детьми. Средние значения индекса КПУ у детей составили в I -ой группе  $3,98 \pm 0,23$ , во II-ой группе  $5,62 \pm 0,31$  и в контрольной группе -  $3,12 \pm 0,24$ .

**Выводы.** Данные проведенного обследования свидетельствуют о высокой распространенности и интенсивности карієсу зубов у детей страдающих ДЦП. Выявлено, что распространенность и интенсивность карієсу зубов у детей с ДЦП коррелирует со степенью тяжести психо-неврологического статуса, интеллектуального развития и способности самостоятельно проводить гигиену полости рта. Полученные данные будут использованы для обоснования выбора средств и методов профилактики стоматологических заболеваний у детей с церебральным параличом.



УДК 616.31 – 083 – 08 – 039.71 – 053.2

*У. О. Стадник, О. В. Єзерська*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

### ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ЯК НЕОБХІДНИЙ КРОК РЕАЛІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Формування уявлень про здоров'я ротової порожнини та профілактику основних стоматологічних захворювань повинно починатись вже з дитячого віку. Гігієна ротової порожнини є фундаментом стоматологічної профілактики. Без врахування цієї ланки, без виконання основних принципів та підходів до гігієнічного навчання та виховання населення усі затрати на впровадження заходів первинної профілактики можуть не оправдати себе. Слід зауважити також, що тільки комплексний підхід, який включає санітарно-освітню роботу та

