

Заключення. Гель для полости рта «Слюрем» рекомендован для профилактики кариеса, в том числе, у детей с гипосаливацией.



УДК:616.314-002-053.2-07

Є. О. Остапенко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ КАРІЕСУ ФІСУР У ДІТЕЙ 6-7 РОКІВ

Актуальність. Натепер у дитячій стоматології проблема фісурного карієсу постійних зубів залишається актуальною і пов'язано це з його високою розповсюдженістю. Зокрема, цей показник у дітей 5-6 років складає 2,2-9,4 %, у 12-річних – 64,3-70,4 %, у 15-річних- 84,6-87,2 %. Інтенсивність фісурного карієсу у даних вікових категоріях дорівнювала відповідно: 0,06-0,66 – в 5-6 років, 1,6-1,97- в 12 років, 2,87-3,45 – в 15. Згідно досліджень Хоменко Л. О., Трачук Ю. М. (2008р.) розповсюдженість карієсу перших постійних молярів у дітей 6-7 літнього віку становить 34,1 %, а інтенсивність – 0,66, тому проблема діагностики фісурного карієсу є однією з найбільш актуальних в стоматології, особливо в дитячій.

Мета дослідження. Вивчити розповсюдженість та інтенсивність карієсу перших постійних молярів у дітей 6-7 річного віку.

Матеріали і методи дослідження. Для діагностики фісурного карієсу були використані стандартний метод (зондування) та метод лазерної діагностики («Diagnodent Kavo», Німеччина). Було обстежено 104 дитини віком 6-7 років, серед яких постійні 6-ті зуби були у 71 дитини. Діти 6-літнього віку мали перші верхні постійні моляри в 60,9%, нижні – в 55,4 %; 7-літні відповідно – в 91 % та 88 % випадків

Результати. Встановлено, що карієс фісур в перших постійних молярах за методикою зондування було діагностовано у 42,8 %. При використанні лазерного методу діагностики за допомогою апарату «Діагнодент» каріозне ураження фісур спостерігалось у значно більшій кількості дітей – 80 %. Різниця показників становить 37,2%. Інтенсивність карієса перших постійних молярів у дітей згідно даним зондування становить 0,78, за даними «Діагнодента» – 1,89. Серед обстежених 130 зубів з фісурним карієсом найчастіше виявлено ураження дистальних фісур – 80 %, продольних фісур – 72%, центральних фісур – 29 % випадків, медіальних фісур – у 0,61 %. Карієс сліпих ямок шляхом зондування було діагностовано – у 7,6 % молярів, «Діагнодент» – у 14,3 %. Різниця показників – 6,7 %.

Висновки. Лазерний метод діагностики з використання апарату «Diagnodent» достовірно підвищує точність діагностики фісурного карієсу, що сприяє своєчасному проведенню профілактичних і лікувальних заходів.



УДК 616.31-083:616.314.17-008.1

А. В. Островский

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского»

АЛГОРИТМ ПРОФЕСИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Установленная этиологическая роль микробного фактора (био пленки) в развитии воспалительных заболеваний пародонта требует не только рационального подхода к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта, но и усовершенствования профессиональной гигиены полости рта (ППГР), которая должна регулярно проводиться (не реже 2-х раз в год) врачом-стоматологом каждому пациенту и включать комплекс сопровож-

дающей медикаментозной терапии с учетом стоматологического статуса.

Цель исследования. Обосновать и разработать алгоритм ПППР у лиц с воспалительными заболеваниями пародонта с учетом характера жалоб, состояния тканей пародонта, гомеостаза и микробиоценоза ротовой полости.

Материалы и методы. Обследовано до и после проведения ПППР с соответствующим диагнозом лечением 90 человек, из них 30 больных ХКГ и 60 больных ГП нач.-I, I степени. Обследование включало клинические методы с использованием индексной оценки состояния тканей пародонта; рентгенологические; лабораторные (биофизические, биохимические ротовой жидкости, микробиологические, морфометрические ротовых смывов) – для оценки гомеостаза, микробиоценоза и состояния неспецифической резистентности ротовой полости.

Эффективность предложенного комплексного метода ПППР оценивали на основании клинических показателей, характеризующих состояние тканей пародонта, в ближайшие (непосредственно после лечения) и отдаленные (через 6 и 12 месяцев) сроки наблюдения и данных лабораторных исследований (показатели интенсивности эмиграции лейкоцитов в полость рта и биохимические показатели ротовой жидкости) до и после лечения.

Результаты исследования. У обследованных лиц выявлен низкий уровень гигиены полости рта, о чем свидетельствует высокий средний показатель суммарного значения индекса Грина-Вермильона ОНІ-S – $2,52 \pm 0,12$ балла (для зубного налета – $1,47 \pm 0,06$ балла, для зубного камня – $1,05 \pm 0,07$ балла), что соответствует критерию неудовлетворительной гигиены полости рта. Установлено закономерное увеличение показателей индекса гигиены, индекса РМА, пародонтального индекса Рассела и индекса кровоточивости с увеличением степени воспалительного процесса в тканях пародонта.

Микробиологические исследования субгингивальной биопленки показали необходимость включения в комплекс ПППР антимикробных препаратов широкого спектра действия для деконтаминации условно-патогенных и патогенных бактерий и дрожжевых грибов. «Золотым стандартом» местной антимикробной терапии в пародонтологии по-прежнему является хлоргексидин и хлоргексидин-содержащие препараты, которые активны в отношении большинства штаммов бактерий и грибов, выделенных из десневого налета и пародонтальных карманов.

Кроме того, выявленные дисбиотические нарушения в полости рта у всех обследованных лиц молодого возраста с ГП нач.-I, I степени показали необходимость обязательного назначения препаратов для восстановления индигенной микрофлоры полости рта. Среди современных пробиотиков был избран препарат БиоГая Продентис (сублингвальные таблетки, Швеция), который хорошо зарекомендовал себя в клинической пародонтологии (Iniesta M. et al., 2012).

В результате биохимических исследований ротовой жидкости у лиц молодого возраста с ХКГ и ГП нач.-I, I степени установлены интенсификация процесса ПОЛ на фоне развивающейся недостаточности антиоксидантной системы, повышение активности маркеров воспаления и напряженность факторов местного иммунитета полости рта, что предполагает включение в комплекс ПППР препаратов с выраженными антиоксидантными, противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами. Такими эффектами обладают препараты на основе растительных полифенолов, к которым можно отнести Стоматофит и Стоматофит А (Phytopharm Klenka, Польша).

Таким образом, теоретически обоснован и разработан комплексный метод профессиональной гигиены полости рта у лиц с воспалительными заболеваниями пародонта, включающий рациональное инструментальное удаление зубных отложений, дифференцированное назначение медикаментозных средств (антимикробных, противовоспалительных, для коррекции микробиоценоза ротовой полости) и индивидуальный подбор средств гигиены полости рта:

- Больные ХКГ легкой степени: 2-3 посещения – скейлинг, полировка зубов. Домой: зубная паста Colgate Total (2 раза в день) и ополаскиватель Colgate Plax, содержащий 0,05 % цетилпиридиний хлорид (3 раза в день, после еды, 20 мл в течение 30 сек.).

- Больные ХКГ средней и тяжелой степени: 2-4 посещения – скейлинг, Стоматофит А – аппликация на десну, без разведения с экспозицией 15 мин. Домой: хлоргексидин-содержащая зубная паста Эльгидиум (2 раза в день); поочередно ротовые ванночки 0,05% р-ром хлоргексидина биглюконата (3 раза в день, 5 дней) и Стоматофит – полоскания (3 раза в день, 10 дней, в разведении 15 мл / 100 мл). 4-5 посещение (через 10 дней): полировка зубов.

- Больные с обострившимся течением ГП нач.-I, I степени: 2-4 посещения – скейлинг, кюретаж пародонтальных карманов универсальными кюретами, Стоматофит А – аппликация на десну и инстиляция в пародонтальные карманы с экспозицией до 15 мин. или гель Пародонтоцид. Домой: зубная паста Эльгидиум (2 раза в день), поочередно ротовые ванночки 0,12% р-ром хлоргексидина биглюконата (3 раза в день, 7 дней) и Стоматофит – полоскания (3 раза в день, 10 дней, в разведении 15 мл / 100 мл). 5-6 посещение (через 10 дней): полировка зубов.

- Больные с хроническим течением ГП нач.-I, I степени: 2-3 посещения – скейлинг, кюретаж пародонтальных карманов, Стоматофит А – аппликация на десну и инстиляция в пародонтальные карманы с экспозицией до 15 мин. Домой: зубная паста Эльгидиум (2 раза в день), поочередно ротовые ванночки 0,05% р-ром хлоргексидина биглюконата (3 раза в день, 7 дней) и Стоматофит – полоскания (3 раза в день, 10 дней, в разведении 15 мл / 100 мл). 4-5 посещение (через 10 дней): полировка зубов.

Для коррекции микробиоценоза ротовой полости больным ХКГ тяжелой степени и больным ГП нач.-I, I степени домой назначали пробиотик БиоГая, по 1 табл. в день, в течение 14 дней, рассасывать в полости рта.

Проведенный анализ состояния тканей пародонта после курса ПГПР показал высокую терапевтическую эффективность предложенных лечебно-профилактических мероприятий у всех больных ХКГ и ГП нач.-I, I степени.

Отдаленные результаты исследования (через 6 и 12 мес.) показали, что усовершенствованный метод ПГПР 2 раза в год в комплексе с контролируемой индивидуальной гигиеной у лиц с ХКГ и ГП нач.-I, I степени позволил снизить интенсивность воспалительного процесса в тканях пародонта, уменьшить число рецидивов у больных ХКГ и обострений у больных ГП, то есть достичь длительной стабилизации патологического процесса в тканях пародонта.



УДК 616.72-002; 612.453

Э. М. Павленко

Институт стоматологии НМАПО им. П. Л. Шупика

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В научных исследованиях последнего десятилетия достаточно много внимания уделяется изучению уникальных свойств ротовой жидкости (РЖ), которая оказывает большое влияние на зубы и ткани пародонта. Одним из основных показателей РЖ является оксид азота (NO), его влияние NO неоднозначно и разнонаправлено, а эффект воздействия определяется его концентрацией. При снижении синтеза NO происходит спазм сосудов с последующим развитием активного воспаления. В то же время избыточное накопление NO вызывает дилатацию сосудов. В связи с этим нарушение метаболизма NO играет ведущую роль в дисфункции эндотелия кровеносных сосудов, как известно, одного из звеньев патогенеза генерализованного пародонтита (ГП).

Цель настоящего исследования. Изучение особенности метаболизма NO в РЖ людей пожилого и старческого возраста.

Для достижения поставленной цели было обследовано 112 пациентов обоего пола с диагнозом ГП I-II степени, хроническое течение, которые были распределены по возрасту на 7 групп: контрольная, I (60-64 года), II (65-79 лет), III (70-74 года), IV (75-79 лет), V (80-84 года), VI (85-89 лет).

У всех больных осуществлялся забор РЖ, в которой определяли показатели окислительно-восстановительных и метаболических процессов, а также синтез NO. В результате проведенного исследования было установлено, что при хроническом ГП с развитием явлений метаболического ацидоза и гипоксии у больных до 70 лет наблюдают достоверное ($P < 0,05$) снижение в РЖ активности NO-синтазы в 1,5-2,0 раза по сравнению с контролем. После 70 лет у больных наблюдают постепенное увеличение активности синтазы NO, нормализацию этого показателя к 80 годам и достоверное ($P < 0,05$) повышение после 85 лет. Вероятно, эти изменения связаны с компенсаторным изменением тонуса сосудистого русла при снижении восстановительной модификации тканевых белков (тиолов) с возрастом больных.

Снижению вазоконстрикции и увеличению вазодилатации сосудистого русла способствует также снижение активности нитрит- и нитратредуктазных реакций с накоплением нитритов и нитратов в тканях и РЖ больных после 80 лет. Если до этого возраста наблюдают увеличение содержания нитритов и нитратов в РЖ больных в 1,5-2,5 раза по сравнению с контролем, то после 80 лет уровень содержания нитритов увеличивается в 3 раза, а нитратов в 4 раза по сравнению с контролем. Наиболее выраженное достоверное увеличение содержания нитритов и нитратов наблюдают у больных 80-89 лет.

При гипоксии и метаболическом ацидозе в условиях избыточного образования НАДФН и тиолов у больных пародонтитом наблюдает значительное повышение образования NO в РЖ за счёт нитритов и нитратов в редуктазных реакциях, что способствует дилатации сосудистого русла, замедлению кровотока, повышению антимикробных свойств ротовой жидкости и улучшению поступления в ткани пародонта необходимых соединений при развитии адаптивных реакций. После 80 лет у больных пародонтитом отмечают нарушение функционирования этого компенсаторного механизма.

