

УДК 616.314-002-07-084-053.5:618.3

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ КАРИЕСЕ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Морозов С.А.¹, Деньга О.В.²

¹ - Кафедра терапевтической, хирургической и терапевтической детской стоматологии, Государственное заведение «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

² - ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины», г. Одесса, Украина

Резюме: В статье представлена клиническая характеристика, показатели гомеостаза ротовой жидкости и твердых тканей зуба у детей с синдромом ЗВУР в анамнезе. Установлена наивысшая интенсивность кариеса, выявлены признаки снижения скорости слюноотделения, нарушение качественного и количественного состава ротовой жидкости, структурно-функциональные изменения эмали зубов, дисбаланс гомеостатических реакций в полости рта. Предложен дифференцированный подход к методам восстановления нарушенного гомеостаза у данного контингента пациентов. Показано, что комплексная профилактика кариеса зубов у детей с задержкой внутриутробного развития, включающая реминерализующие, адаптогенные, стимулирующие слюноотделение и регулирующие микробиоценоз полости рта препараты позволяют снизить прирост кариеса и повысить кариеспрофилактическую эффективность.

Ключевые слова: кариес зубов, задержка внутриутробного развития, клиника, комплексная профилактика

Введение. В настоящее время установлено, что нарушение гомеостаза ротовой полости стимулирует прогрессирующую деструкцию твердых тканей зуба. Формирование многокомпонентной системы защиты зуба от повреждения, начиная с антенатального периода, включает структурные характеристики зуба, тканей пародонта, морфо - функциональные особенности слюнных желез. Продукт деятельности слюнных желез – слюна - при достаточном содержании гидроксиапатита, физиологических параметрах скорости и объема саливации, кислотно-щелочного равновесия и др., также участвует в механизмах резистентности зуба к повреждающим воздействиям окружающей среды [1].

Несмотря на то, что многочисленные научные публикации свидетельствуют о важной роли нарушений внутриутробного развития плода в процессах «программирования болезней» в более поздние периоды жизни человека [2, 3], значение антенатальных стимулов восприимчивости к кариесу у ребенка и взрослого человека до сих пор остаются не вполне изученными.

Материалы исследований, проведенных нами ранее, показали, что при ретардации внутриутробного развития плода человека и животных, отмечается нарушение роста и дифференцировки слюнных желез, замедление созревания твердых тканей зуба [4-6].

Экспериментальные и патоморфологические исследования, на наш взгляд, позволяют научно обосновать формирование групп риска детей, рожденных с признаками задержки внутриутробного развития (ЗВУР), разработать адекватные методы диагностики нарушения го-

меостаза в ротовой полости, провести профилактические мероприятия по предупреждению возникновения и прогрессирования кариеса.

Целью настоящей работы было изучение динамики клинических характеристик, параметров гомеостаза полости рта у детей младшего школьного возраста с синдромом ЗВУР в анамнезе в ходе профилактических мероприятий и лечения кариеса зубов с применением комплекса препаратов, регулирующих микробиоценоз полости рта, состояние неспецифической резистентности и минеральный обмен.

Материалы и методы. Материалом клинических исследований служили данные обследования девятилетнего раннего школьного возраста (6-7 лет), находившихся на плановой санации ГУ «ИС НАМН». При проведении обследования учитывались рекомендации Всемирной организации здравоохранения. У родителей получено информированное согласие на участие ребенка в исследованиях. Оформлялась документация, которая включала данные карт санации ребенка, учитывались сведения о распространенности кариеса и его интенсивности. Регистрировались лечебно-профилактические мероприятия. В каждом наблюдении отмечались сведения о патологии перинатального периода, учитывался вес ребенка при рождении, а также данные о задержке внутриутробного развития в анамнезе.

При осмотре детей оценивалось состояние твердых тканей зубов (КПп, КПз, КПУп, КПУз), определялись гигиенические характеристики полости рта.

В сорока четырех наблюдениях в анамнезе детей установлен синдром

ЗВУР при народженні. Ці діти були включені в дві, ідентичні по стоматологічним параметрам групи з найвищою інтенсивністю карієса зубів (НИК), в тому числі - 24 ребенка в основній групі і 20 дітей - в групі порівняння. Решта 46 дітей склали групу первинно обстежених дітей (контрольна група вихідних показувачів захворюваності карієсом).

Для аналізу характеристик ротової рідини в кожному спостереженні проводився збір сумішної слини дитини. Дослідження починалося з визначення швидкості слиноотделення. Перед початком маніпуляції діти споласкивали рот кип'яченою водою і потім, без стимуляції, спльовували слину при її накопленні в стерильну градуированную пробирку. Довжина збору становила 10 хвилин, а потім визначалася швидкість слиноотделення.

Мінералізуючий потенціал слини визначався з урахуванням характеру утворення кристалів в висушеному зразку сумішної слини за П. Ф. Леусу в модифікації Е.Г.Кукиної, 1995 [7].

Вміст кальцію і фосфору в зразках ротової рідини визначали за допомогою автоматичного біохімічного аналізатора.

Стан мікробіоценозу ротової порожнини оцінювали за вмістом антимікробного фактора – лизоциму і за активності ферменту уреазы, який продукує патогенна і умовно-патогенна мікрофлора.

Визначення активності лизоциму в ротовій рідині проводили бактеріологічним методом, заснованим на здатності лизоциму лізирувати бактерії [8].

Метод визначення активності уреазы в сумішній слюні заснований на її здатності розщеплювати мочевину до амміаку, який при взаємодії з реактивом Несслера дає жовте забарення. Чим активніше уреазы, тим інтенсивніше забарення досліджуваного матеріалу [9].

Оцінювали рівень резистентності твердих тканин зуба дитини до карієсу за коливаннями показувача рН ротової рідини, виміряного іонометром (Δ рН). Для цього вироблявся збір п'яти проб ротової рідини по 1 мл кожна з наступним розрахунком середнього значення величини рН і довірчого інтервалу відхилень від середнього значення (Δ рН) з урахуванням коефіцієнта Сть-

юдента для п'яти вимірювань і довірчої ймовірністю 0,95.

Рівень мінералізації твердих тканин зубів дітей досліджуваних груп визначали за допомогою ТЭР-тесту з наступною кількісною оцінкою результатів [10]. Дослідження проведені на верхніх центральних різцях дітей. Колірні параметри забареного ділянки зуба оцінювалися спектроколориметрично. Крім того, на центральних різцях, за допомогою приладу ЭСТ-Dent, проводилася електрометрична оцінка ступеня мінералізації зубів за методом В.К.Леонтьєва [11].

На основі проведених раніше досліджень, був розроблений профілактичний комплекс, який складався з 2-х етапів:

На першому етапі в період I-го місяця діти основної групи спостережень отримували препарат «Кальцій Д». Після прийому їжі діти полоскали рот зубною еліксиром «Лізодент». Два рази в день діти чистили зуби зубною пастою ROCS Kids Bubble Gum. Вечером, після вечері, чистки зубів, полоскання порожнини рота зубною еліксиром, наносили каплю ремінералізуючий гель ROCS на 10-15 хвилин.

В період II-го місяця діти основної групи отримували щодня 1 таблетку препарату «Біон 3». Два рази в день діти чистили зуби зубною пастою Lacalut alpin. Два рази в день – вранці і ввечері після чистки зубів діти полоскали рот зубною ополаскувачем «Listerine Zero». В період першої половини дня діти отримували ротові ванночки розчином «Мареполімізла». Після двомісячного курсу ремінералізуючої терапії наступне відновлення мінеральної композиції твердих тканин зуба проводили за допомогою фторлака «Flaisesse». Діти групи порівняння отримували базовий рівень лікувально-профілактичних заходів.

Всі кількісні показувачі, отримані в ході досліджень оброблялися методами математичної статистики з використанням критерію t-Стюдента.

Результати і їх обговорення. У досліджуваних первинно дітей поширеність карієса зубів тимчасового прикуса становила 90 %. Поширеність карієса зубів постійного прикуса за групою була 26,7 %. Інтенсивність карієса зубів за групою (індекс

КПз) составила 4,39 при КПп = 5,14. В структуре индекса КПз К составила 54,67 %, П = 45,33 %. Осложнения в структуре К составляли 16,01 %. В зубах постоянного прикуса интенсивность поражения по группе была 0,48 при КПУп = 0,54. В структуре индекса КПУп составляющая К равнялась 79,63 %, П = 11,11 %, У = 1,85 %. Осложнения кариеса не были выявлены.

Распространенность кариеса зубов временного прикуса в основной группе и группе сравнения составила 95 %. По индексу КПУз распространенность кариеса составила в основной группе и группе сравнения 40 %. Показатели интенсивности поражения кариесом зубов отличались в сторону увеличения в этих группах от первичной группы обследованных детей в 1,5 раза в молочном прикусе и в 2 раза в постоянном прикусе. В основной группе и группе сравнения 12,5 % детей имели 1 кариозный зуб, 12,5 % детей имели 4-5 кариозных зубов, 16,7 % детей имели 6 кариозных зубов, 25 % детей имели 7 кариозных зубов, 12,5 % детей имели 9 кариозных зубов и 8,3 % детей имели 10-11 кариозных зубов.

Оценивая поражение первых постоянных моляров, мы обратили внимание на преимущественную локализацию кариозных полостей на нижней челюсти (в 2 раза больше, чем на верхней). Причем, на верхней челюсти кариозные полости в молярах локализуются на жевательной поверхности. На нижней челюсти поражение жевательных поверхностей было преимущественным и составляло 71 %, а 29 % составляли поражения в пришеечной области на вестибулярной поверхности.

В зубах временного прикуса в основном, идентично зубам постоянного прикуса, поражались первые и вторые моляры верхней и нижней челюсти. На верхней челюсти в первых молярах локализация кариеса на жевательных поверхностях превалировала и составляла от 65 до 70 %.

На апроксимальных поверхностях находилась от 30 % до 35 % кариозных полостей.

Во вторых молярах верхней челюсти кариозные полости, локализованные на жевательной поверхности, также составляли от 65,7 % до 77,4 %. Апроксимальный кариес составлял от 22,6 % до 34,3 %.

В первых молярах нижней челюсти кариес жевательных поверхностей составил от 56,3 % до 64,9 %. Апроксимальный кариес составил от 27 % до 37,5 %. На вестибулярных поверхностях в пришеечных участках первых нижних моляров кариес диагностирован в 8,1 % случаев.

Во вторых нижних молярах кариес жевательных поверхностей локализовался в 66,7 % случаев. На апроксимальных поверхностях кариес локализовался в 25 % случаев. В пришеечных участках вторых моляров кариес локализовался в 8,7 % случаев.

Таким образом, из 337 зубов с кариозными зубами временного прикуса 84,3 % (284 зуба) составили первые и вторые моляры, 6,5 % (22 зуба) – клыки и 9,2 % (31 зуб) – первые и вторые резцы верхней челюсти.

За два года наблюдений прирост кариеса по индексу КПУп в основной группе составил 0,26, а в группе наблюдения – 0,6 (рис.1).

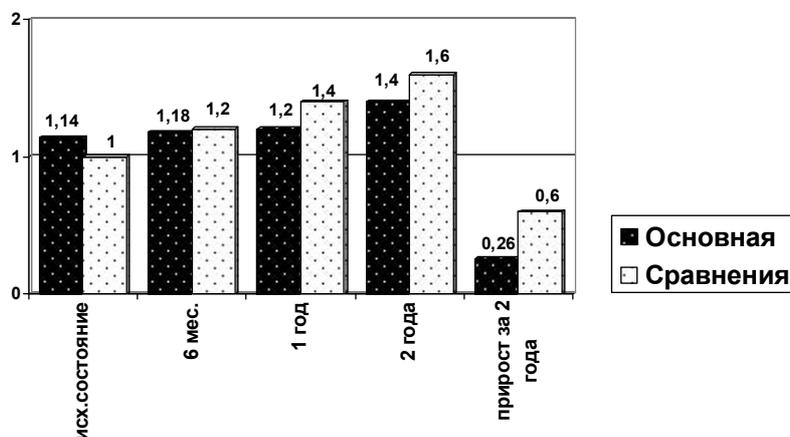


Рис. 1 Показатели индекса КПУп в динамике наблюдения

Редукция кариеса при проведении профилактических мероприятий (кариеспрофилактическая эффективность) за 2 года наблюдений составила:

$$КПЭ = 100 - \frac{0,26 \times 100}{0,6} = 56,7\%$$

Анализ динамики данных лабораторных исследований ротовой жидкости и количественных показателей ТЭР – теста представлен в таблице 1.

Таблица 1

Динамика показателей ротовой жидкости и ТЭР - теста у детей с задержкой внутриутробного развития

Показатели ротовой жидкости	Исходное состояние		Через 2 месяца		Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа
Кальций (ммоль/л)	0,29± 0,02	0,32± 0,06	0,37± * 0,03	0,53± * 0,08 **	0,32± 0,04	0,51± * 0,06 **	0,33± 0,06	0,63±* 0,07**
Фосфор (ммоль/л)	3,61± 0,32	3,34± 0,48	3,92± 0,51	5,20± * 0,41 **	3,97± 0,38	4,83± * 0,28 **	3,70± 0,73	4,92±* 0,59 **
Лизоцим (ед/мл)	0,033± 0,004	0,040± 0,003	0,056±* 0,008	0,094±* 0,011**	0,042± 0,005	0,073± * 0,009 **	0,036± 0,006	0,084±* 0,007**
Уреаза (мккат/л)	0,307± 0,025	0,293± 0,031	0,191±* 0,019	0,065±* 0,008**	0,253±* 0,030	0,082±* 0,009 **	0,246± 0,038	0,070±* 0,009**
Скорость слюноотделения (мл/мин)	0,20± 0,03	0,19± 0,06	0,22± 0,04	0,28± * 0,02	0,21± 0,01	0,32± * 0,03 **	0,26± 0,04	0,37±* 0,02 **
ΔрН	0,31± 0,03	0,30± 0,02	0,33± 0,03	0,14±* 0,02 **	0,36± 0,02	0,15± * 0,02 **	0,36± 0,02	0,14±* 0,02 **
ТЭР-тест								
- Цветовая насыщенность	23,51 ±1,10	24,36 ±1,33	22,32 ±1,29	17,91* ±1,22**	25,12 ±1,35	15,30* ±1,02 **	27,42 ±1,52	12,79* ±1,32 **
- Электрометрический показатель	12,80 ±1,20	11,70 ±1,00	11,70 ±1,10	8,10±* 1,01 **	13,30 ±1,50	7,20± * 0,1 **	13,90 ±1,30	6,00±* 0,30 **

Примечание: * P<0,05 по сравнению с исходными параметрами, ** P<0,05 отличия от группы сравнения

Как видно из представленных в табл.1 данных, содержание кальция в ротовой жидкости детей основной группы и группы сравнения при первичном обследовании было практически одинаковым (P>0,05). Вместе с тем, уже через два месяца после проведения первого курса лечебно-профилактических мероприятий регистрировалось достоверное увеличение данного показателя в ротовой жидкости детей, как группы сравнения, так и основной группы (P<0,05). Однако, считаем необходимым отметить, что концентрация кальция в смешанной слюне детей, которым дополнительно к базовому лечению назначили предложенный нами комплекс препаратов, достоверно превышала этот показатель у детей группы сравнения (P < 0,05).

Через 6 месяцев отмечалось некоторое снижение концентрации кальция в ротовой жидкости у детей группы срав-

нения. При этом, показатель приближался к исходному уровню и практически не изменялся до конца проведенных нами наблюдений.

У детей основной группы, которые на фоне санации ротовой полости получали предложенный нами комплекс лечебно-профилактических мероприятий, концентрация кальция через 6 и 12 месяцев наблюдения оставалась на высоком уровне. Вышесказанное свидетельствует о позитивном влиянии данного комплекса на минерализующую функцию ротовой жидкости у детей со ЗВУР (табл. 1). Изучение динамики концентрации неорганических фосфатов в ротовой жидкости детей показало, что через два месяца у детей основной группы, содержание фосфора в ротовой жидкости повысилось, и практически не изменилось в группе сравнения. Последующий анализ (через 6 и 12 месяцев наблюдения) показал, что данный пока-

затель в ротовой жидкости обеих групп колеблется в пределах достигнутого уровня (табл.1).

Как известно, необходимым условием поддержания структурно-функционального гомеостаза органов и тканей полости рта является состояние системы антимикробной защиты. Важным компонентом этой системы является фермент лизоцим, который путем гидролиза разрушает стенки бактерий, тем самым участвуя в поддержании необходимого уровня неспецифической резистентности полости рта. Данные, представленные нами в табл.1 свидетельствуют о том, что на начальном этапе санации, активность данного фермента была невысокой, колеблясь в пределах 0,033 – 0,040 ед/мл. Спустя два месяца активность лизоцима в основной группе возросла более, чем в два раза ($P < 0,05$). Несмотря на увеличение ферментативной активности в группе сравнения, выявленные показатели едва превышали половину величины, регистрируемой в основной группе наблюдений (табл.1). Следовательно, уже под влиянием первого курса терапевтического комплекса отмечалось стимулирование антимикробной защиты в основной группе наблюдений.

Дальнейшее проведение профилактических мероприятий способствовало сохранению высокого уровня лизоцима в ротовой жидкости детей из основной группы через 6 и 12 месяцев наблюдений в сравнении с исходными параметрами и показателями группы сравнения ($P < 0,05$). У тех детей, которым проводилось базовое лечение показатели активности лизоцима постепенно снижались и к двенадцатому месяцу достигли исходных величин ($P > 0,05$).

Имеются основания полагать, что предложенный нами профилактический комплекс пролонгированно стимулировал антимикробную защиту в полости рта ребенка, по крайней мере, в течении двенадцати месяцев настоящего исследования.

Для оценки состояния микробиоценоза полости рта, помимо лизоцима, исследовали активность уреазы, фермента, активность которого отражает степень обсемененности условно-патогенной и патогенной микрофлорой полости рта. Полученные при этом данные отражены в таблице 1.

Как видно из представленных в табл.1 показателей, при первичной санации активность уреазы была на достаточно высоком уровне как в основной, так и в группе сравнения. На наш взгляд, это было обусловлено наличием кариозных поражений зубов детей обеих групп. Два месяца базовой терапии способствовали значительному снижению активности уреазы. Величина показателя, при этом, уменьшилась в 1,31 раза. Параллельно отмечалось заметное снижение активности уреазы и в основной группе наблюдений, причем уменьшение активности проходило более интенсивно по сравнению с группой сравнения. Это свидетельствует в пользу того, что степень микробной обсемененности ротовой полости детей основной группы, благодаря предложенному профилактическому комплексу, снижалась весьма существенно: её уровень был более чем в 2 раза ниже, чем у детей группы сравнения на этом этапе исследования.

Через 6 месяцев после начала лечения активность уреазы в ротовой жидкости детей группы сравнения была ниже исходного уровня ($P < 0,05$) и одновременно почти в 3 раза превышала значения в основной группе ($P < 0,05$). К концу года наблюдений, изучение активности уреазы позволило определить возвращение этого показателя в группе сравнения к исходному (высокому) уровню и перманентно низкие его значения в основной группе наблюдений (табл.1). Таким образом, использованный нами лечебно-профилактический комплекс отличался противовоспалительным эффектом вследствие антимикробного воздействия. В пользу такого заключения свидетельствовало снижение активности уреазы в ротовой жидкости детей основной группы и высокая активность лизоцима, подтвердившая активацию собственной антимикробной системы полости рта.

Скорость слюноотделения на начальном этапе исследования у детей основной группы и в группе сравнения была невысока и колебалась в пределах 0,19-0,20 мл/мин (табл.1). После двухмесячного курса профилактических мероприятий некоторое увеличение скорости слюноотделения отмечалось лишь в основной группе наблюдений ($P < 0,05$). Дальнейшая динамика данного показателя свидетельствовала о том, что через

6 и, в еще большей степени, через 12 месяцев скорость саливации достоверно нарастала лишь в основной группе детей. Что касается детей, получавших базовую терапию (группа сравнения), заметна также некоторая тенденция к увеличению показателя, однако различия не достигали уровня достоверности в сравнении с исходными параметрами ($P > 0,05$).

В ходе настоящего исследования также динамика изменений биофизических и оптических параметров ротовой жидкости и твердых тканей зуба. Установлено, что в исходном состоянии показатели стабильности pH (Δ pH) как в основной, так и в группе сравнения, отличились достаточно высокими величинами. Это указывало на дисбаланс функциональных реакций ротовой жидкости, включенных в механизмы гомеостаза полости рта [12].

Представленные в табл.1 данные свидетельствуют о том, что уже через 2 месяца комплексная профилактика кариеса зубов у детей основной группы позволила более чем в 2 раза снизить интервал колебаний величины pH ротовой жидкости по сравнению с исходным состоянием и группой сравнения, оставаясь на уровне близком к норме через 6 и 12 месяцев терапии. Этот результат свидетельствует о нормализации функциональных реакций в полости рта, ответственных за динамическое равновесие композиции ротовой жидкости.

Микроскопическое исследование особенности кристаллизации высушенной капли ротовой жидкости показало, что у большинства детей при ЗВУР отмечалось превалирование мелких кристаллов или полное их отсутствие (IV-V тип кристаллизации). После двухмесячного курса профилактических мероприятий в основной группе исследования появились признаки мелкой или древовидной кристаллизации (II-III тип) высушенной капли ротовой жидкости. У детей, принимавших базовую терапию, существенной динамики процессов кристаллизации не отмечалось. У них через 2, 6 и 12 месяцев наблюдений сохранялся IV-V тип кристаллизации. По всей вероятности, в основной группе детей, улучшение параметров кристаллизации слюны обусловлено восстановлением ее минерализующей способности (в том

числе за счет нормализации соотношения концентраций кальция и фосфора).

Выявленная нами позитивная динамика спектроколориметрической оценки цветовой насыщенности окраски зубов при ТЭР - тесте и данных электрометрии позволила установить признаки улучшения минерализации эмали зубов у детей основной группы (табл.1). Отмечено снижение цветовой насыщенности окрашивания зубов метиленовым синим, начиная со второго месяца мониторинга, и, еще более существенного, в 6 и 12 месяцев контрольного замера. Через год комплексной терапии цветовая насыщенность в основной группе детей оказалось почти в 2 раза меньше, чем в исходном состоянии и более, чем в 2 раза меньше в отличие от группы сравнения. Указанная динамика свидетельствовала об увеличении резистентности эмали зубов к кислотному воздействию. Показатели электрической проводимости зубов у детей основной группы, в отличие от группы сравнения, достоверно снижались в 2, 6 и в 12 месяцев наблюдений (табл.1). К концу года, у детей основной группы показатель электрометрии составил половину от исходного состояния, а также от его величины в группе сравнения. Это подтверждала высокую эффективность использованной нами комплексной реминерализующей терапии в основной группе санированных детей.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что у детей с синдромом ЗВУР в анамнезе кариес протекает с наивысшей интенсивностью, признаками снижения скорости слюноотделения, нарушением качественного и количественного состава ротовой жидкости, структурно-функциональными изменениями эмали зубов, дисбалансом гомеостатических реакций в полости рта. Наличие синдрома ЗВУР в анамнезе должно рассматриваться в качестве серьезного фактора риска прогрессирования деструктивных процессов в твердых тканях зубов у детей. Необходим дифференцированный подход к методам восстановления нарушенного гомеостаза у данного контингента пациентов. Рекомендованный профилактический комплекс, с включением лекарственных препаратов, стимулирующих саливацию, регулирующих микробиоценоз полости рта а также препаратов, обладающих минерализующими и адаптогенными

своїми, показав високу клінічну ефективність, сприяв встановленню гомеостазу ротової порожнини.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 304 с.
2. Barker D. J. Fetal growth and adult disease / D. J. Barker // Br J Obstet Gynaecol. -1992.-99(4).-С. 275-276.
3. The Obstetric Origins of Health for a Lifetime: [Електронний ресурс] / D. J. Barker, K. L. Thornburg // Clin Obstet Gynecol -2013.-Режим доступу до журн.: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23787713>.
4. Morozov S. A. Fetal parotid gland structural remodeling in case of intrauterine growth retardation / S. A. Morozov, O. S. Reshetnikova // European Medical, Health and Pharmaceutical Journal. – 2012. – Vol.6. – P.1-5.
5. Морозов С. А. Вплив експериментальної затримки внутрішньоутробного розвитку плода на структурне ремоделювання привушної залози щура / С. А. Морозов, О. С. Решетнікова // Український медичний альманах. – 2013. – №3(додаток). – С. 77-80.
6. Морозов С. А. Морфологічна характеристика зачатків зубів новонародженого щура при експериментальній затрим-

ці внутрішньоутробного розвитку / С. А. Морозов // Теоретична і експериментальна медицина. – 2013. – № 1(58). – С. 91-95.

7. Кукина Е.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей, проживающих в условиях Крайнего Севера: дис... канд. мед. наук: 14.01.21 / Кукина Елена Григорьевна. -Днепропетровск, 1995. - 122 с.
8. Левицкий А. П. Лизоцим вместо антибиотиков / Левицкий А.П. – Одесса: КП ОГТ, 2005. – 74с.
9. Гаврикова Л.М. Уреазная активность ротовой жидкости у больных с острой и одонтогенной инфекцией челюстно-лицевой области / Л.М. Гаврикова, И.Т. Сегень // Стоматология. – 1996. – Спец. выпуск. – С. 49 – 50.
10. Денга О.В. Количественная оценка цветовых параметров окрашивания эмали зуба при ТЭР-тесте и его разновидности у детей / О. В. Денга, Э. М. Денга, А. П. Левицкий, И. А. Спичка // Вісник стоматології.–1994.– № 1.–С. 53-55.
11. Леонтьев В. К. Электрометрическая диагностика начального, фиссурного рецидивного кариеса и других поражений твердых тканей зубов с законченной минерализацией эмали : [метод. рекомендации] / В. К. Леонтьев, Г. Г. Иванова, Т. Н. Жорова. – Омск, 1988. – 17 с.
12. Денга О.В. Модифицированный рН-тест смешанной слюны для экспресс-оценки кариесогенной ситуации / О. В. Денга, Э. М. Денга, А. П. Левицкий // Информ. листок. □ Одесса, 1996. □ № 110-96 РГАСНТИ 76.29.55. - С. 1-4..

Морозов С.А., Денга О.В. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ КАРІЕСІ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

Резюме. У статті представлена клінічна характеристика, показники гомеостазу ротової рідини і твердих тканин зуба у дітей з синдромом ЗВУР в анамнезі. Встановлена найвища інтенсивність карієсу, виявлені ознаки зниження швидкості слиновиділення, порушення якості і кількісного складу ротової рідини, структурно-функціональні зміни емалі зубів, дисбаланс гомеостатичних реакцій в порожнині рота. Запропоновано диференційований підхід до методів відновлення порушеного гомеостазу у даного контингенту пацієнтів. Показано, що комплексна профілактика карієсу зубів у дітей з затримкою внутрішньоутробного розвитку, що включає ремінералізуючі, адаптогенні, стимулюючі слиновиділення і регулюючі мікробіоценоз порожнини рота препарати дозволяють знизити пріоритет карієсу і підвищити карієспрофілактичну ефективність.

Ключові слова: карієс зубів, затримка внутрішньоутробного розвитку, клініка, комплексна профілактика

Morozov S.A., Denga O.V. CLINICAL AND LABORATORY BACKGROUND OF PREVENTIVE MEASURES IN CASES OF CARIES IN CHILDREN WITH INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION

Summary. The article presents the clinical characteristics, indicators of oral fluid homeostasis and hard tissues in children with a history of intrauterine growth retardation (IUGR) syndrome. The results have shown highest caries values, reduced salivary flow, impaired quality and quantity of saliva, structural and functional changes in the enamel of the teeth, the imbalance of homeostatic reactions in the oral cavity. We propose a differentiated approach to the methods of recovery of disturbed homeostasis in this group of patients with the IUGR. It is shown that complex prophylaxis of dental caries in children, which includes remineralizing, adaptogenic, stimulating salivation and regulatory microbiocenois oral medications can reduce the growth of tooth decay and improve efficiency of treatment.

Keywords: dental caries, intrauterine growth retardation, clinical peculiarities, complex prophylaxis

Рецензет: доц. Мудра В.М.

УДК 615. 21: 661. 718. 6: 616. 831 - 005.1

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СИСТЕМИ ДИСКРЕТНОЇ МОДУЛЬНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Овчаренко М.О., Радченко Т.М.

Луганський обласний наркологічний диспансер, Україна

Резюме. У роботі обґрунтовується необхідність створення системи дискретної модульної медико-соціальної профілактики опіоїдної залежності із залученням усіх суб'єктів профілактичної роботи: органи охорони здоров'я, освіти, сім'ї, молоді та спорту, засоби масової інформації, громадські організації, правоохоронні органи.

Ключові слова: первинна, вторинна, третинна профілактика, адиктивна поведінка, підлітки

Вступ. За останні роки опіоїдна наркоманія стала не тільки медичною, психологічною, а значущою соціальною проблемою України [2, 3]. Зменшення віку початку вживання наркотичних речовин призводить до руйнування психіки молодих людей ще в підлітковому віці [4]. Відсутність життєвих пріоритетів, нестабільна емотив-

на сфера підлітків, значущий вплив криміногенного оточення і широке поширення депресивних станів серед населення створюють передумови для розповсюдження наркоманії і токсикоманії [1]. Особливо гострою стає проблема високої контагіозності адиктивних розладів та епідемічний характер розповсюдження опіоїдної залеж-