

челюстно-лицевой области у детей низкочастотным ультразвуком на процессы перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной защиты // Новое в стоматол. – 2001. – №5. – С. 85-87.

3. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей; Под ред. В.В. Рогинского. – М.: Детстомиздат, 1998.

4. Карандашов В.И. Патогенез, клиника и лечение одонтогенных различных гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 39 с.

5. Мухамедов И.М., Нетьматов А.С., Рахмонов Х.Ш. Микроэкология важнейших биотопов тела человека. – Ташкент: Янги аср авлоди, 2007. – 450 с.

6. Поздеев О.К. Медицинская микробиология; Под ред. В.И. Покровского. – 2-е изд. испр. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 768 с.

7. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – М.: Медпресс-информ, 2001. – 160 с.

8. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. – М., 2002. – 520 с.

РЕЗЮМЕ

В комплексном лечении острого одонтогенного остеомиелита у детей

авторы использовали препарат «Масло черного тмина», благодаря которому уже к 6-8-му дню раны полностью очищались от патогенной и условно-патогенной микрофлоры, уменьшались местные клинические признаки, нормализовалось общее состояние больных.

РЕЗЮМЕСИ

Ўткир одонтоген остеомиелитни даволашда қора седана ёгини жарохатдаги микрофлорага таъсир даражаси устида текширув ишлар олиб борилди.

Ўткир одонтоген остеомиелитда қора седана ёги кулланилганда даволашни 6-8 кунда жарохат микрофлорасидаги патоген ва шартли патоген микроорганизмларни тозаланганлиги ҳамда махаллий ва умумий клиник белгиларини камайганлиги аниқланди.

SUMMARY

Investigated the influence of black cumin oil on the microflora of wounds in the complex treatment of acute odontogenic osteomyelites in children.

We applied black cumin oil when exposed to the wound 6-8 day of treatment for acute odontogenic osteomyelites is completely cleansed of pathogenic and opportunistic microflora- pathogenic reduces clinical signs of local as well as improves the overall clinical picture.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ КАРИЕСЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Л.А. Абдуазимова, Ф.Л. Мирсалихова

Ташкентский государственный стоматологический институт

По данным ВОЗ, кариес зубов является одним из самых распространенных заболеваний в мире. В последние годы отмечается увеличение частоты заболеваемости кариесом зубов детей дошкольного и раннего школьного возраста во многих странах мира [3,4,7,11,15-17,19]. В связи с этим лечение и профилактика кариеса остаётся одной из самых актуальных проблем детской стоматологии. Программы

массовой профилактики, такие как фторирование питьевой воды, соли и молока в отношении постоянных зубов более эффективны, чем в отношении временных зубов. Кроме того, как при системном, так и при локальном применении фторидов профилактический эффект выражен в основном на гладких поверхностях зубов и минимален в области естественных углублений [5,9,18].

По данным российских ученых, у детей 6-12 лет отмечается увеличение поражения кариесом до 90% [6,8,11,14]. В Узбекистане вопросы профилактики кариеса, распространенности среди детей изучены недостаточно [1,2]

По данным А. Кнаппвоста [12], одним из эффективных средств профилактики кариеса зубов является метод глубокого фторирования зубов. Несмотря на большое количество различных методов профилактики и лечения кариеса зубов у детей, кариесопрофилактическая эффективность их ограничена коротким временем воздействия. Исследования А. Кнаппвоста [13] доказывают обратное. По данным автора, срок кариеспрофилактического воздействия глубокого фторирования продолжается до двух лет, что способствует снижению количественного состава кариесогенной микрофлоры в полости рта у детей.

Цель исследования

Оценка клинико-микробиологической кариеспрофилактической эффективности метода глубокого фторирования и фторлака у детей.

Материал и методы

Обследованы 95 детей в возрасте 6-12 лет, обратившихся в детскую стоматологическую поликлинику Ташкентского государственного стоматологического института, которые были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 49 детей, у которых высокая деминерализация эмали (ОДЭ) или кариес в стадии белого пятна выявлялись в виде серповидной или овальной формы размером от 0,3-0,7 мм. В этой группе для лечения применялось глубокое фторирование. Во 2-ю группу включены 44 ребенка, которые получали стандартное стоматологическое лечение фторлаком. 11 практически здоровых детей сопоставимого возраста составили контрольную группу.

Результаты и обсуждение

При стоматологическом обследовании начальная стадия кариеса в виде очаговой деминерализации эмали

диагностирована у 23,4% пациентов 1-й и у 21,9% – 2-й группы. Распространенность кариеса в 1-й группе составляла 71,9%, во 2-й – 69,8%, в среднем – 71,0%. Распространенность кариеса и ОДЭ у пациентов двух групп была примерно на одном уровне, то есть группы были сопоставимы по этому показателю.

У больных 1-й группы лечение ОДЭ начинали с определения уровня гигиены полости рта. Комплекс кариеспрофилактических мероприятий включал:

- обучение гигиене полости рта,
- контролирующую чистку зубов,
- удаление зубных отложений,
- лечение и профилактику ОДЭ фтористыми препаратами,
- лечение кариозной полости глубоким фторированием с помощью препарата глюфторэд,
- изучение микрофлоры ротовой жидкости до и после лечения и через 1 месяц после лечения.

Стандартное лечение у больных 2-й группы включало:

- удаление зубных отложений,
- гигиену полости рта,
- обработку фторлаком,
- лечение кариозной полости,
- изучение микрофлоры ротовой жидкости в те же сроки.

Курс лечения в обеих группах составлял две недели.

В 3-й группе велось динамическое наблюдение.

Микробиологическое исследование проводилось по методу И.А. Быковой (1998).

При постановке диагноза ОДЭ руководствовались методом Аксамита (1973).

У практически здоровых детей контрольной группы количество кариесогенных и некариесогенных *Str. mutans* было близко к норме и составляло соответственно 22,3 и 87,7%. У детей с кариесом зубов и ОДЭ количество кариесогенной микрофлоры возрастало более чем в 3 раза, составляя 631574

КОЕ/мл, количество некариесогенной флоры было равно 95137 КОЕ/мл.

После проведенного курса лечения у пациентов обеих групп отмечается улучшение клинических и микробиологических. Так, в 1-й группе ОДЭ у 9,7% детей имели тенденцию к обратному развитию, размеры уменьшились на 2,1%, прироста кариеса не наблюдалось. У 0,79% пациентов отмечалось полное восстановление в области ОДЭ.

Во 2-й группе у 1,2% детей отмечалось уменьшение размера кариозного пятна, восстановление дефекта не наблюдалось.

После курса проведенного лечения количественные и качественные сдвиги в микробиологическом пейзаже полости рта у детей 1-й группы выявлено уменьшение количества кариесогенной флоры более чем в 2,7 раза, во 2-й группе – в 1,5 раза.

Следует отметить одновременное увеличение количества некариесогенной микрофлоры (*Str. salivarius*, *Str. mutans*, *Str. sanguens*) более чем на 5% в 1-й и на 2,3% во 2-й группе.

Динамическое наблюдение за детьми с кариозной болезнью выявило достоверную клиническую и микробиологическую эффективность фтористых препаратов. При этом тенденция к выздоровлению сохраняется и через 1 месяц после лечения, но 1-й группе более отчетливая.

В 1-й группе комплекс профилактического лечения, направленный на улучшение уровня гигиены полости рта и включающий глубокое фторирование способствовал уменьшению количества кариесогенных стрептококков на 21,5% и одновременному увеличению доли некариесогенных стафилококков на 17,1%.

Во 2-й группе отмечается увеличение количества некариесогенной микрофлоры на 9,2%, количество кариесогенных стафилококков имело тенденцию к уменьшению (на 2,3%).

Снижение количества кариесогенных стрептококков приводит к уменьшению микробов полости рта на поверхности зубов и образования микробных ассоциаций, составляющих основу зубных отложений.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать заключение о бактерицидном воздействии фтористых препаратов на микрофлору полости рта у детей и отметить их клиническую эффективность при наличии ОДЭ и кариеса зубов.

Выводы

1. При ОДЭ применение фтористых препаратов способствует эффективной профилактике развития на начальной стадии кариеса.

2. Фтористые препараты, особенно глюфторэд, имеют достаточно высокую клиническую и микробиологическую выраженную кариеспрофилактическую эффективность.

3. Метод глубокого фторирования препаратом глюфторэд оказывает позитивное воздействие на кариесогенную флору.

4. Фтористые препараты, кроме уменьшения количества кариесогенной флоры полости рта, способствуют восстановлению некариесогенной флоры и стабилизации прогрессирования кариозной болезни у детей.

Литература

1. Абдуазимова Л.А., Муртазаев С.С. Мактаб ёшидаги болаларда кариес профилактикаси комплексининг самарадорлигини микробиологик бахолош // *Stomatologiya*. – 2014. – №2. – С. 42-48.

2. Алимский А.В., Шалабаева К.З., Долгоаршинных А.Я. Динамика пораженности кариесом зубов школьников г. Караганды (по материалам эпидемиологического обследования, проведенного в 1988 и 1998 гг.) // *Новое в стоматол.* – 2002. – Т. 102, №2. – С. 101-102.

3. Бармс Д.В., Леус П.А. Всемирная организация здравоохранения и задачи развития стоматологии // *Стоматология*. – 1982. – Т. 61, №5. – С. 80-81.

4. Берикашвили З.Н. Воздействие факторов окружающей среды на распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей дошкольного возраста города Красноярска и разработка методов его профилактики: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. – Красноярск, 2010. – 19 с.

5. Бойко В.В. Распознавание и преодоление страха на стоматологическом приеме // Институт стоматологии. – 2002. – №1.

6. Галиуллин А.Н. Распространенные стоматологические заболевания детского населения и основные пути совершенствования управления их профилактикой: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1991. – 46 с.

7. Гарькавец С.А. Факторы риска, гомеостаз, распространенность и интенсивность кариеса у детей раннего и дошкольного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2008. – 24 с.

8. Зиборова Т.М., Туш Э.Д. Лечебно-профилактическая стоматологическая помощь детям в г. Воронеже и области // Детская стоматол. – 2000. – Т. 3-4, №1-2. – С. 17-21.

9. Зуева Т.Е. Особенности прорезывания зубов и организация стоматологической помощи детям раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 23 с.

10. Иванова Е.Н. Осложнения кариеса. Клиника, диагностика, лечение, профилактика: Учеб. пособие; Под ред. Е.Н. Ивановой. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – С. 6-11.

11. Иванова Е.Н., Попова Е.С., Попов Г.А. Эпидемиология стоматологических заболеваний у населения г. Читы // Актуальные проблемы стоматологии: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Чита, 1998. – С. 52-54.

12. Кнаппвост А. Профилактика и лечение временных зубов с кариесом методом глубокого фторирования // Детская стоматол. – 2000. – №1-2 (3-4). – С. 21-24.

13. Кнаппвост А. О роли системного и локального фторирования в

профилактике кариеса. Метод глубокого фторирования // Новое в стоматол. – 2004. – №1. – С. 39-42.

14. Кузьмина И.Н. Потребность детей 6 и 12 лет в профилактике и лечении кариеса зубов // Образование, наука и практика в стоматологии: Материалы 9-го Всерос. стоматол. форума «Дентал-Ревю». – М., 2012. – С. 130.

15. Кузьмина Э.М. Распространенность и интенсивность кариеса у населения России // Терапевтическая стоматология: Учеб. пособие; Под ред. Л.А. Дмитриевой. – М., 2003. – С.433-439.

16. Леонтьев В.К. Кариес зубов – сложные и нерешенные проблемы // Новое в стоматол. – 2003. – №6. – С. 6-8.

17. Edelstein B.L. Pediatric caries worldwide: Implications for oral hygiene products // Compendium. – 2005. – Vol. 26, №5. – P. 4-9.

18. Kent G. Memory of dental pain // Pam. – 1985. – Vol. 21. – P. 187194.

19. McDonald R.E., Avery D.R., Dean J.A. Dentistry for the child and adolescent. – 8th ed. – Mosby, 2004. – 122 p.

РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты по применению фтористых препаратов, способствующих эффективной профилактике кариеса начальной стадии. Фтористые препараты кроме снижения кариесогенной флоры полости рта способствуют восстановлению некариесогенной флоры и стабилизации прогрессирования кариозной болезни у детей.

РЕЗЮМЕСИ

Бошлангич кариесда профилактикасида самараси фтор препаратлари коллаланишда натижаси тахлил килинди. Фтор препаратлари кариес флорасини камайтиришдан ташкари кариесланмаган флорани оширади ва болаларда кариес авжини стабил холатга олиб келади.

SUMMARY

The results on the use of fluorinated products, which contribute to the effective

prevention of the initial stage of caries. Fluoride preparations besides reducing cariogenic oral flora contribute to the

restoration of non-cariogenic flora and stabilize the progression of carious disease in children.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЭЛЮДРИЛ ПРИ ОСТРОМ КАНДИДАМИКОЗЕ У ДЕТЕЙ

А.С. Юлдашханова, С.С. Махсумова, М.С. Мухамедова
Ташкентский государственный стоматологический институт

Микробный пейзаж организма здорового человека весьма постоянен, при патологических состояниях несостоятельность клеточного иммунитета приводит к развитию условно-патогенной микрофлоры [2,4].

Кандидамикоз у детей вызывается условно-патогенными дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Инфекция может попадать в организм ребенка с предметами домашнего обихода, через посуду, игрушки, с пищей.

Причиной измененного видового состава нормальной флоры полости рта у детей может быть длительное нерациональное применение лекарственных препаратов, нарушение правил гигиены, ослабление иммунной системы или различные соматические заболевания. При этом грибы рода *Candida* освобождаются от сдерживающего их рост антагонистического влияния [1,4].

Основная роль в патогенезе заболевания отводится нарушению функции Т-лимфоцитов, взаимодействия Т- и В-лимфоцитов, нарушению фагоцитарной активности нейтрофилов, моноцитов, эозинофилов [3,5].

Кандидамикоз у детей клинически делится на острые и хронические формы. Острый псевдомембранозный кандидоз – самая частая форма поражения слизистой оболочки полости рта. Болеют в основном грудные дети и ослабленные взрослые.

Острая атрофическая форма встречается редко, при нелеченом остром псевдомембранозном кандидозе. Лечение заболевания определяется тяжестью клинического течения и подразделяется на общее и местное [6,7].

Многие вопросы этиологии, патогенеза и иммунологической реактивности при кандидамикозе у детей достаточно изучены, но лечение заболевания, подбор более эффективных лекарственных средств требуют новых поисков.

Цель исследования

Оценка лечебно-профилактической эффективности антисептического препарата элюдрил при кандидамикозе у детей.

Материал и методы

Под наблюдением были 45 детей с кандидамикозом полости рта в возрасте от 6 месяцев до 4-х лет. Контрольную группу составили 17 здоровых детей сопоставимого возраста. Дети с кандидозным стоматитом были разделены на две группы. 20 детей 1-й группы получали местное общепринятое традиционное лечение слизистой оболочки полости рта (СОПР) на фоне общей терапии. У 25 пациентов 2-й группы применялся антисептический раствор элюдрил по схеме, а также общая терапия. Элюдрил – антисептический, противовоспалительный, обезболивающий и ранозаживляющий раствор, который содержит хлоргексидина диглюконат 0,10% обладающий выраженным антибактериальным, противогрибковым и противовоспалительным действием, хлорбутанол 0, 50% – вещество, оказывающее длительный местный обезболивающий эффект, натрия докузат – поверхностно-активное вещество, улучшающее дисперсию и сохраняющее длительную стойкость действующих веществ на слизистой оболочке.