

Содержание пальмитолеиновой (16:1) кислоты было на 4% меньше, чем у пациентов с традиционным лечением и на 14,22% меньше, чем у детей при поступлении.

Содержание олеиновой кислоты (18:1) на 3,34% достоверно превышало показатели пациентов с традиционным лечением и было на 4,6% больше, чем у детей при поступлении.

Также достоверно увеличивалось суммарное содержание ненасыщенных жирных кислот – на 1,6% по сравнению с таковым у пациентов с традиционным лечением и на 1,1% по сравнению с показателями при поступлении.

## Выводы

Озонотерапия у детей с остеомиелитами челюстей достоверно уменьшает содержание пальмитиновой и пальмитолеиновой кислот и увеличивает содержание олеиновой кислоты.

Озонотерапия при остеомиелите челюстей у детей достоверно сокращает сроки стационарного лечения на  $4,0 \pm 1,0$  дня по сравнению с группой больных с традиционным лечением.

## Литература

1. Артемова А.В., Дукусар А.А., Щекина Л.А. Частота встречаемости остеомиелитов в практике челюстно-лицевого хирурга // Бюл. мед. интернет-конф. – 2013. – Т. 3, №11. – С. 1212.
2. Агапов В.С., Смирнов С.Н., Шулаков В.В., Царёв В.Н. Комплексная озонотерапия ограниченного вялотекущего гнойного воспаления мягких тканей челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2001. – Т. 80, №3. – С. 23-27.
3. Комский М.П. Клинические особенности течения хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти // Мед. перспективы. – 2010. – Т. 15, №2. – С. 87-90.
4. Мухамадиев Н.К., Ибатова Ш.М. Газохроматографическое изучение жирных кислот в сыворотке крови детей, больных рахитом // Труды 2-го Западно-Украинского симпозиума по адсорбции и хроматографии. – Львов, 2000. – С. 211-214.
5. Моторина С.А., Лескин В.В. Лечение детей с хроническим остеомиелитом // Саратовский науч.-мед. журн. – 2007. – №2. – С. 73-74.
6. Таганязова А.А. Особенности клинического течения синдрома эндогенной интоксикации при тяжелых формах острой одонтогенной инфекции у детей // Дентист Казахстана. – 2007. – №1. – С. 96-97.
7. Aubry-Rozier B., Basch A., Dudler J. Diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible and SAPHO // Rev. Med. Interne. – 2012. – Vol. 33, №6. – P. 34-37.
8. Shadiev S.S., Fozilova D.U. Endogenous intoxication level, contain fatty acids and their relationship in children with chronic osteomyelitis of the jaws // Int. J. Med. Health Res. – 2016. – Vol. 2, №12. – P. 9-12.

УДК: 616.314-002-053.2/5

## ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ МИКРОПРЕПАРИРОВАНИЯ



Даминова Ш.Б.,  
Мирсалихова Ф.Л.

Ташкентский государственный  
стоматологический институт Узбекистан

## Summary

The aim of this work was to study the effectiveness of a minimally invasive method of caries treatment of permanent teeth, with unformed roots. A study was made through 90 children aged 7-13 years of school No. 42 in Tashkent. The subjects are divided into 2 groups. In 1 group, treatment of dental caries with the example of 1 permanent molar (1PM) was carried out by minimally invasive method, followed by filling of the "Argion molar AC" (102 fillings). In the second, caries treatment (1PM) was carried out using the traditional method of Black preparation and sealing of carious cavity with silicophosphate cement Belotsin (129 seals). Treatment with a minimally invasive method was carried out step by step under the control of the caries of the detector with a 0.5% solution of fuchsin. In this case, only the pathologically altered upper layers of dentine were stained, which was carefully removed to a dense light layer. Necrotomy was repeated several times until all the colored areas were removed. Thus, a comparative assessment of the methods of treatment and sealing in the treatment of caries 1PM during the formation of the root of the tooth and the incompleteness of the mineralization of hard tissues of the teeth showed a sufficiently high clinical efficiency of the minimally invasive method of preparation with the use of SIC "Argion Molar AC" in comparison with the traditional method and the use of silicophosphate cement "Belotsin".

Кариес зубов является наиболее распространенным стоматологическим заболеванием среди детей (Минчя О.В., 2013., Маунт Г., Виноградова Т.Ф., Гиняли Н.В., Топольницкий О.З., 2003 и др). Кариес зубов по данным многих авторов (Рутковская Л.В., 2004) регистрируется у детей уже с 5-6 лет, и распространенность его колеблется в пределах 70,5% – до 82,3%. А к младшему школьному возрасту, 7-10 лет, этим заболеванием поражается более 90% детского населения (Каральников Д.М., Котомина Б.В., 1978).

Своевременная диагностика и правильный выбор метода лечения кариеса зубов способствует снижению осложненных форм этого заболевания, что, в свою очередь, является профилактикой возникновения очагов одонтогенной инфекции.

Современные методы лечения кариеса зубов предлагают препарирование кариозных полостей традиционно, с помощью бормашины. Страх, который испытывают дети и боль в процессе препарирования – все это отражается на поведении детей, становится причиной стоматофобий, и доминирующим является страх перед препарированием зуба.

Актуальным остаются вопросы особенности лечения кариеса постоянных зубов с незавершенной минерализацией твердых тканей в период формирования корня.

В последнее время в литературе описываются новые методы лечения кариеса зубов, при которых максимально сохраняются естественные ткани зубов с последующим пломбированием кариозной полости СИЦ или композитными материалами. Одним из таких методов является метод минимально инвазивной терапии с применением СИЦ.

**Цель исследования:** изучение минимально инвазивного метода лечения кариеса постоянных зубов, с несформированными корнями, на примере 1 постоянного моляра (1ПМ).

### Материалы и методы

Для исследования были обследованы дети младшего школьного возраста (7-13 лет) школы № 42 г. Ташкента.

Исследуемые 130 детей были разделены на две группы. 1-й группе школьников было наложено 129 пломб из силикофосфатного цемента «Беладот». Детям 2-й группы – 102 пломб из стеклоиномерного цемента «Арион моляр» АЦ. Школьникам обеих групп до начала исследования была проведена профессиональная гигиена полости рта в полном объеме, проведены беседы со школьниками о факторах риска возникновения кариозной болезни. Проведена активная мотивация к качественной гигиене полости рта, снятие зубных отложений и коррекция освоения гигиенических навыков в динамике.

В группе сравнения при лечении кариеса постоянных моляров использовали традиционный метод препарирования кариозных полостей.

При пломбировании зубов использовали силикофосфатный цемент Белоцин фирмы ВладМива.

У исследуемых детей лечение кариеса проводили не стандартным методом, а применяли новый метод минимально инвазивной терапии или микропрепарирование (М.И.-терапия (от англ. Minimal intervention Treatment – минимально инвазивное лечение)).

На этапах лечения переход на малоинвазивный метод начинался после раскрытия входа в кариозную полость с помощью алмазного бора. Кариозное отверстие формировали достаточным для обработки дна и стенок полости. Перед некротомией для ее контроля использовали кариес-детектор – 0,5% раствор мителенового синего, либо 0,5% раствор фуксина.

Некротомию проводили под контролем кариес-детектора. Применения кариес-маркера проводилось поэтапно:

- 1.Кариозная полость промывали и высушивали.
- 2.Наносили раствор кариес-маркера при помощи ватного валика или наносили 1-2 капли и аккуратно распределяли по поверхности полости на 7 секунд.
- 3.Промывали струей обычной теплой воды.
- 4.Интенсивное голубое прокрашивание дентина свидетельствовало о наличии патологически измененного дентина.
- 5.Некротомия проводилась повторно до удаления всех окрашенных участков.
- 6.Повторно прокрашивали кариозную полость и, при необходимости, еще раз удаляли только патологически измененный наружный слой дентина.
- 7.При некротомии критерием правильности был визуальный контроль окрашивания стенок полости, при этом создавали закругленные переходы одной стенки в другую, в отличие от классической некротомии не образовывали 90° углы.
- 8.Обязательно создавали скос эмали по всему краю, для увеличения адгезии.

Пораженный дентин удалялся тщательно, до плотного слоя. Дно кариозной полости делали закругленным или ступенчатыми максимально сохраняя здоровый дентин. При окончательном формировании кариозная полость имела грушевидную форму с более узким входным отверстием. В сформированной кариозной полости, проводили медицинскую обработку, промывали водой и высушивали воздухом.

При пломбировании зубов леченных минимально инвазивным методом использовали стеклоиномерный цемент «Арион Моляр АЦ» - фирмы VOCO.

Арион-штопфируемый стеклоиномерный пломбировочный материал с содержанием серебра. Наличие мелкодисперсионных частиц серебра оказывает бактерицидное действие, увеличивает не только механическую надежность но и гарантирует высокие показатели рентгеноконтрастности (до 400% АС). Также отличается содержанием активных ионов фтора, которые постоянно

Таблица 1. Виды осложнений после пломбирования зубов у детей при различных методах лечения и пломбирования зубов

Сроки исследования	Краевое прилегание		Вторичный кариес		Нарушение анатомической формы пломбы		Всего количество неудовлетворительных пломб	
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.
Через 6 мес.	-	1,2± 0,79	-	6,7± 1,3	-	-	0	7,9± 1,5
12 месяцев	1,4± 0,97	7,5± 1,4	-	12,7± 2,6	2,9± 1,2	6,9± 2,4	4,3± 1,2	24,1± 2,3
24 месяца	4,5± 1,6	22,3± 2,7	5,3± 1,5	28,7± 3,1	5,1± 2,2	7,3± 2,8	3,9± 2,7	53,3± 3,9

но выделяются, препятствуя образованию вторичного кариеса, и хорошей химической адгезией с дентином и зубной эмалью.

Для оценки качества сохранности пломбы мы использовали метод, предложенный Д.М. Каральниковым и А.И. Балашовым (1978), где учитывались 5 основных критериев, из которых мы использовали первые 3 критерия:

1. Краевое прилегание пломбы.
2. Вторичный (рецидивный) кариес.
3. Нарушение анатомической формы пломбы.

Анализируя полученные результаты после лечения кариеса 1ПМ с несформированными корнями, было выявлено, что в 1-й группе при применении минимально инвазивной терапии, через 6 месяцев не были установлены осложнения, то есть все пломбы соответствовали стандартным требованиям (табл. 1). Через 12 месяцев не соответствовало этим требованиям 4,3±1,2 пломб, через 2 года 14,9±2,7.

Следует отметить, что в 1-й группе при лечении минимально инвазивным методом и последующим пломбированием СИЦ «Аргион Моляр АЦ», через 6 месяцев отсутствовали осложнения после пломбирования по изучаемым трем критериям. Через 12 месяцев отсутствуют осложнения по критерию развития вторичного кариеса, а по двум другим изучаемым критериям осложнения на не высоком уровне.

В отдаленные сроки исследования, через 24 месяца, отмечены осложнения по 3-м изучаемым показателям, но высоко достоверно ниже, чем во 2-й группе (табл. 1).

Изучая полученные результаты, следует отметить, что лечение кариеса 1ПМ с несформированными корнями у детей младшего школьного возраста, при терапии разными методами показали не одинаковую эффективность, что подтверждают данные литературы о результатах проведенных исследований Б.В. Котомина (1997), А.И. Николаева (1998), Л.В. Рутковская (2004) и других авторов, отметивших высокие осложнения и низкое качество пломб из традиционно используемых силикофосфатных цементов.

При этом следует отметить, что достоверно низкие ( $P < 0,01$ ) показатели лечения были получены во все периоды исследования. Как через 6, 12, месяцев, так и в

отдаленные сроки, через 24 месяца во 2-й группе при традиционном методе лечения.

Причем наиболее частым осложнением, при лечении данным методом было развитие вторичного кариеса. На втором месте нарушение краевого прилегания пломбы 22,3±2,7% и нарушение анатомической формы пломбы 12,3±1,8% (табл. 1).

Изучение общего количества неудовлетворительных пломб, выявило большое количество осложнений после пломбирования во 2-й группе при традиционном методе, во все сроки наблюдения отмечается резкое увеличение осложнений по сравнению с новым методом. Так, через 6 месяцев, количество неудовлетворительных пломб  $7,9 \pm 1,5$ , через 12 месяцев  $24,1 \pm 2,3$ , что в 5,6 раза выше, а через 24 месяца в 6,7 раза.

Таким образом, сравнительная оценка методов лечения и пломбирования при лечении кариеса 1ПМ в период формирования корня зуба и незавершенности минерализации твердых тканей зубов показала достаточно высокую клиническую эффективность минимально инвазивного метода препарирования с применением СИЦ «Аргион Моляр АЦ» по сравнению с традиционным методом и использованием силикофосфатного цемента «Белоцин».

Метод минимально инвазивной терапии для детей с незавершенной минерализацией твердых тканей зубов является самым эффективным методом для широкого применения. Данный метод не требует особых условий: дорогостоящего оборудования, специальных инструментов. Хорошо переносится детьми, особенно при страхе перед бормашиной, за счет короткого времени препарирования.

Установленная высокая эффективность лечения среднего кариеса 1ПМ в период незавершенной минерализации твердых тканей зубов у детей методом минимально инвазивной терапии с последующим применением СИЦ «Аргион Моляр АЦ», позволяет рекомендовать данный метод для широкого применения у детей, как наиболее эффективный, психологический хорошо переносимый детьми. Метод минимально инвазивной терапии кариеса постоянных зубов с незавершенной минерализацией твердых тканей совершенствуется и поднимает на новый уровень качество

стоматологической помощи детям в период формирования корней постоянных зубов.

### Список литературы

1. Выгорко В.Ф. Психэмоциональная коррекция поведенческой реакции у детей при санации зубов: Автореф. дис. \ канд.мед.наук-М.2001.-20 с.
2. Лечение кариеса зубов у детей: Учебно.мед.пособия /О.В. Минчя и др.- Минск: БГМУ, 2013. -64 с.
3. Маунт Г. Стоматология минимального вмешательства: Современная философия /Г. Маунт //Дент Арт.-2005. -№ 1.-С. 55-59.
4. Николаев А.И., Цепов Л.М., Бычков В.А. Стеклоиономерные цементы // Институт стоматологии, 1999. -№ 3.-С.48-58.
5. Рутковская Л.В., Андрищенко Б.К. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения кариеса первых постоянных моляров с незавершенной минерализацией твердых тканей //Вестник Смоленской Государственной Академии. -2009.-№ 4.-С. 143-144.
6. Рутковская Л.В. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения кариеса постоянных зубов у детей младшего возраста в условиях школьного стоматологического кабинета: Автореф. дис. канд. мед.наук.-Смоленск, 2004.-С. 21
7. Справочник по детской стоматологии /под ред. А.С. Carnernon, P.P. Winner; перевод с англ.под ред. Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гиняли, О.З. Тополницкого.-М. МЕДпресс-информ, 2003.- 288 с.
8. Терапевтическая стоматология детского возраста /под ред. Л.А. Хоменко. -Киев: ООО «Книга плюс», 2007. -815 с.
9. Тищенко В.А. Компромисс в реставрации дефектов твердых тканей зубов. С. Эндвич метод. Общие вопросы //Современные научные технологии. -2008.-№ 5.-С. 33-34.
10. Тищенко В.А. Принцип минимально инвазивной терапии в практическом применении //Проблемы стоматологии. - 2006.-№ 2.-С. 71-75.
11. Стасенкова М.А. Клиническое обоснование эффективности комплекса методов профилактики и лечения кариеса постоянных зубов у детей младшего детского возраста: Автореф. дис. . . . канд.мед.наук.-Москва, 1996.-С. 28
12. Чуев В.В., Рачитский Г.И., Аль-Алавин С.В., Сметаняк С.М. Технология щадящей подготовки дентина //Стоматолог. - 2004.-№ 1,2,3.
13. Чуев В.В., Лягига Л.А., Гапочкина Л.Л., Посохова В.Ф., Максева И.М., Чуев В.П. Новое поколение подкладочных стеклоиономерных цементов фирмы «ВладМиВа» - основа успешной малоинвазивной реставрации зубов //Институт стоматологии. - 2006.-№ 2.-С.127-131.
14. Юдина Н.А. Минимально инвазивные вмешательства в стоматологии: стратегии и технологии /Н.А. Юдина //Современная стоматология. - 2008.-№ 1.-С. 15-18.
15. Ahovun-Saloranta A. Pit and Fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adotescents /A. Ahovun-Saloranta, A. Hiitri, A. Nordblad //Cochrane Datebase Syst. Rev.- 2004.-Vol. 3.
16. Burke F.J. From extension for prevention to prevention of extension: minimal intervention dentistry) /F.J. Burke //Dent Update.- 2003.-Vol. 30.-№ 9.-P. 492-498.

## ПРИМЕНЕНИЕ МИЛ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ



**Х.П. Камилов,  
М. К. Камалова,  
К.А.Тахирова**

**Ташкентский государственный  
стоматологический институт Узбекистан**

### Summary

The article describes the experience of using the drug Geksoral and MIL-therapy in the treatment of acute herpetic stomatitis in children aged 3-6years. It is shown that the use of MIL-therapy has a positive impact on the clinical course of disease, that minimizes the time of treatment, reduces the need for intensity, dose and time of use of etiopathogenetic agents.

Среди вирусных заболеваний герпетическая инфекция занимает одно из ведущих мест, что определяется повсеместным распространением вируса простого герпеса (ВПГ), более чем 90%ным инфицированием им человеческой популяции, пожизненной персистенцией вируса в организме, полиморфизмом клинических проявлений заболевания, резистентностью к существующим методам лечения. По данным ВОЗ, заболевания, обусловленные ВПГ, занимают второе место (15,8%) после гриппа (35,8%) как причина смертности от вирусных инфекций.[4,5,6]

Перенесшие острый герпетический стоматит (ОГС) дети становятся носителями вируса или страдают рецидивирующим герпетическим стоматитом (РГС), герпесом губ. У каждого 7-8 ребенка после перенесенного ОГС развивается рецидивирующая форма болезни.[2,8]

Важным аспектом в лечебно-профилактическом комплексе при заболеваниях слизистой оболочки полости рта является устранение причин их возникновения, а также