

2016. – №4. – С. 21-30.

20. Щедренко В.В., Топольскова Н.В., Мозучая О.В., Себелев К.И. Алгоритм диагностики невралгии тройничного нерва // *Рос. нейрохир. журн им. проф. А.Л. Поленова*. – 2011. – №4. – С. 31-36.

21. <http://neuro-rostov.ru/mikronejrohirurgija-nevralgii-trojnichnogo-nerva/> - Интернет сайт многопрофильной Ростовской клинической больницы Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр».

22. Baliazin V.A., Baliagina E.V., Aksenov D.P. Computed Tomography in the Diagnosis of Classical Trigeminal Neuralgia // *J. Comput. Assist. Tomogr.* – 2017. – Vol. 41, №4. – P. 521-527.

23. Bick S.K.B., Eskandar E.N. Surgical Treatment of Trigeminal Neuralgia // *Neurosurg. Clin. North Amer.* – 2017. – Vol. 28, №3. – P. 429-438.

24. Hai J., Li S.T., Pan Q.G. Treatment of atypical trigeminal neuralgia with microvascular decompression // *Neurol. India.* – 2006 – Vol. 54, №1. – P. 53-56.

25. *Health promotion glossary. WHO.* – Geneva, 1998. – P.17 [Электронный ресурс]. – URL: www.who.int/healthpromotion/about/HPR_20Glossary_201998.pdf (дата обращения: 20.11.2014).

26. Hinteregger M., Zschiegner F., Lirk P. et al. A new guidance device facilitates percutaneous puncture of the foramen ovale in human cadavers // *Canad. J. Anaesth.* – 2004. – Vol. 51, №10. – P. 990-992.

27. Jannetta P.J. *Cranial rhizopathy // Current therapy in neurological surgery.* – Toronto: Philadelphia D.M. Long. – B.C. Decker Inc.; Saint Louis; Toronto; London: C.V. Mosby company, 1985. – P. 235-238.

28. Jannetta P.J. *Microvascular decompression in trigeminal neuralgia and hemifacial spasm // Neurological surgery of the ear and skull base.* – D.E. Brackmann. – N. Y.: Raven Press, 1982. – P. 49-55.

29. Jannetta P.J. *Vascular decompression in trigeminal neuralgia // The cranial nerves; M. Samii, P.J. Jannetta.* – Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag, 1981. – P. 331-341.

30. Jannetta P.J., McLaughlin M.R., Casey K.F. *Technique of microvascular decompression. Technical note // Neurosurg. Focus.* – 2005 – Vol. 18, №5. – P. 5.

31. Jannetta P.J., McLaughlin M.R., Casey K.F. *Technique of microvascular decompression. Technical note // Neurosurg. Focus.* – 2005. – Vol. 18, №5. – P. 5.

32. Kato K., Ujije H., Nakano H. et al. *Application of Ion-beam Implanted Expanded Polytetrafluoroethylene to Microvascular Decompression and the Surgical Outcome // Neurol. Med. Chir. (Tokyo).* – 2017. – Vol. 57, №11. – P. 601-606.

33. Kemeny A.A. *Long-term outcomes of microvascular decompression and Gamma Knife surgery for trigeminal neuralgia: a retrospective comparison study // Acta Neurochir (Wien).* – 2017. – Vol. 59, №11. – P. 2137.

34. Kondo A. *Do's and Dont's in Microvascular Decompression Surgery // Proceedings of 5th Meeting of The Society for Microvascular Decompression Surgery.* – Japan, 2002. – P. 91-94.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-6>

УДК: 616.314-002-053.4-08-084

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)



Муртазаев С.С., Ахромжоджаев Н.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Анализ данных литературы показал, что кариес зубов у детей раннего возраста является мультифакторной социально значимой проблемой здравоохранения, решение которой выходит за рамки отдельного стоматологического кабинета. В уменьшении распространённости этого заболевания важную роль играют не только стоматологи, но и врачи смежных профилей и другие специалисты: диетологи и фармацевты, педагоги и психологи, экономисты и политики, заинтересованные в будущем здоровье детей и здоровье нации в целом и, прежде всего, родители, прививающие детям навыки гигиены полости рта, регулярно приводящие ребёнка на профилактический осмотр к стоматологу. Только совместными усилиями на базе единой государственной социальной профилактической программы можно снизить риск развития и заболеваемость кариесом, обеспечив детям красивую улыбку, здоровье и достойное качество жизни.

Ключевые слова: дети, заболеваемость кариесом, профилактика, качество жизни.

Annotation

The presented review reviews the latest epidemiological data on the state of caries injury in young children, the main regional and social risk factors and methods for conducting preventive measures in various regions and countries. The experience of conducting hygiene lessons for the prevention of caries is presented in an interesting way.

Key words: early children's dental caries, risk factors, prevention.

Всемирная организация здравоохранения в 2017 году подготовила и опубликовала online-заключение совещания, проведенного под её эгидой о необходимости внедрения и реализации мер первичной, вторичной и третичной профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста системой здравоохранения во всех странах мира. В связи с ранним дебютом кариеса у детей и доказанной социальной значимостью предложен специальный термин «Early Childhood Caries» (ЕСС) – ранний детский кариес (РДК), характеризующийся наличием одной или более кариозной полости,

удалением зуба/зубов по поводу осложнённого кариеса или запломбированной поверхности в любом временном зубе у детей в возрасте 6 лет и ранее.

По данным Г.И. Скрипкиной и соавт. [8], наибольший рост распространённости и интенсивности кариеса наблюдается в возрасте от 2-х до 5 лет.

Роль углеводного фактора в риске развития кариеса признают многие авторы [3, 6, 7]. По данным Т.Н. Гоменюк, распространённость и интенсивность раннего детского кариеса резко увеличивается при бесконтрольном употреблении сахара: так, у детей 24-35 месяцев показатели составляют соответственно $50,0 \pm 5,8$ и $1,96 \pm 0,34\%$. В странах, где среднее количество потребления человеком сахара в день составляет менее 40-55 г, регистрируется низкий уровень распространённости кариеса. У людей с высоким потреблением сахара уровень кариеса превышает средние значения [8]. Раннее введение в рацион ребёнка крахмальных, углеводистых продуктов негативно влияет на формирование зубочелюстной системы, провоцирует сбой физиологической работы гормональной и пищеварительной систем. Доказана взаимосвязь между ранним детским кариесом и привычкой засыпать с бутылочкой, особенно со сладким содержимым [10, 12], при этом риск развития кариеса у ребёнка повышается в 6,5 раз [5]. У детей, предпочитающих пить на ночь подслащённые напитки и соки, выявляется прямая сильная корреляционная связь с высоким индексом кпу ($r_{xy}=0,82$, $p<0,01$) [13].

Независимо от вида вскармливания, при отсутствии гигиенического ухода за зубами, который следует начинать после прорезывания самого первого зуба, риск развития РДК повышается в 3,5 раза [5]. Установлена зависимость стоматологического статуса от уровня гигиены полости рта [9, 16-18]: у детей в возрасте 3-4-х лет с хорошей гигиеной полости рта интенсивность кариеса составляет $2,3 \pm 0,17$, с удовлетворительной – $2,7 \pm 0,23$, при плохой гигиене полости рта – $3,4 \pm 0,28$ [3].

Наличие обильного зубного налёта с высокими свойствами кислотопродукции препятствует завершению минерализации зубов и играет ведущую роль в инициации и прогрессировании кариеса у детей за счёт концентрации в нём кариесогенных бактерий, обладающих патогенным потенциалом, который может проявиться при определённых условиях и, прежде всего, при их накоплении до критической массы [3, 6].

Сегодня в этиологии развития кариеса доказана ведущая роль *Str. mutans* [9], иницирующих формирование зубного налёта как устойчивой биологической плёнки на поверхности зуба, накопление в ней других микробов за счёт их коадгезии между разными видами бактерий. Осуществляя метаболизм углеводов, *Str. mutans* продуцируют молочную кислоту быстрее, чем другие микроорганизмы и первыми заселяют биотопы полости рта. Данные об обсеменённости стрептококками отдельных биотопов носят противоречивый характер [9, 10]. Ранее считали, что инфицирование ребёнка *Str. mutans* происходит между 19 и 31 месяцами – в дискретное окно инфекции [9] или после прорезывания зубов. Но было показано, что инфицирование кариесогенными *Str. mutans* и их колонизация в бороздках языка возможны ещё до прорезывания зубов [15].

Кариес зубов – многофакторное полиэтиологическое заболевание, обусловленное взаимодействием кариесогенной микрофлоры между собой и макроорганизмом,

удостоверно зависимое от типа вскармливания, течения беременности, сроков прорезывания зубов [15]. Высокая распространённость очаговой деминерализации после прорезывания обусловлена незрелой эмалью зубов и агрессивным воздействием кариесогенных факторов, особенно при плохой гигиене, потреблении большого количества углеводов и недостаточном поступлении фтора [6, 15, 17].

Одним из путей профилактики кариеса у детей раннего возраста является комплаентность родителей в отношении стоматологических профилактических программ, которая выражается в соблюдении в семье рекомендаций детских стоматологов по питанию и уходу за полостью рта ребенка, применению фторидов и своевременном посещении ребенком стоматолога. Ученые из Волгограда [3] обследовали 168 детей в возрасте 1-3-х лет, впервые посетивших врача-стоматолога. С родителями была проведена санитарно-просветительная работа, разъяснена необходимость выполнения в домашних условиях элементарных мер профилактики кариеса у детей, даны рекомендации по ограничению приема сладкого, регулярной чистке зубов зубными пастами, содержащими фторид, назначен режим диспансеризации (посещение врача-стоматолога детского каждые 3-6 месяцев для профилактического осмотра и проведения офисных процедур профилактики кариеса – покрытия зубов фторид содержащим лаком, герметизации фиссур моляров). Оценку комплаентности родителей и повторное обследование детей проводили через два года. Невыполнение родителями рекомендаций детского стоматолога приводило к существенному снижению возможности получения детьми офисных процедур профилактики кариеса. Недостаточная комплаентность родителей способствовала значительному повышению заболеваемости детей кариесом зубов в раннем возрасте [3].

Методы лечения маленьких пациентов должны быть надежными, безопасными и минимально травматичными по отношению к детской психике. В детской стоматологии в наше время применяются разнообразные методы лечения данной патологии.

В детском возрасте ввиду анатомо-физиологических особенностей временных зубов кариес развивается быстро и стремительно, когда организм имеет малое количество факторов, обуславливающих кариесрезистентность, а дентинные каналы широкие и короткие, что только способствует скорому проникновению инфекционных агентов в полость зуба. Научно доказано, что от интактного состояния временных зубов зависит состояние и постоянного зубного ряда. Поэтому важно создавать новые методики лечения и профилактики кариеса у детей в период временного прикуса. Следовательно, проблема профилактики кариеса у детей актуальна как никогда.

Поиск путей профилактики и лечения кариеса у детей раннего возраста находится в постоянном поле зрения детских стоматологов, так как интенсивность и распространённость данной патологии у детей, несмотря на проведение различных профилактических и лечебных мер, с каждым годом увеличивается.

Это положение подтверждает И.М. Лосик [1], который на базе 15-й городской детской поликлиники Минска изучал распространённость, интенсивность кариеса зубов, уровень оказания стоматологической помощи и

гигиеническое состояние полости рта у 107 детей дошкольного возраста. В ходе изучения состояния твердых тканей зубов и гигиены полости рта кариозные зубы были выявлены 52,34±4,83% детей в возрасте от 1-го года до 6 лет. Установлена средняя интенсивность кариеса молочных зубов детей. Каждый ребенок имел в рту 2,09±0,28 кариозного, 0,64±0,14 пломбированного и 0,11±0,06 удаленного зубов ($p < 0,001$). Таким образом, анализ структуры индекса КПУЗ у детей дошкольного возраста показал значительное преобладание кариозных зубов ($p < 0,001$). Уровень стоматологической помощи, оказанной детям, является недостаточным (19,49±2,96%). Индекс налета у лиц дошкольного возраста составил 1,52±0,06 балла [1].

Другой автор из Белоруссии Н. Шаковец [13] показал, что терапевтическая герметизация моляров и аппликации 0,05% раствора хлоргексидина значимо эффективнее в приостановлении кариозных поражений без образования полости на окклюзионных и гладких поверхностях, чем кальций-фосфат содержащий гель. Терапевтическая герметизация зубов стеклоиономерным цементом в течение 3-х лет позволяет снизить риск прогрессирования кариеса в меловидных фиссурах в 3,6 раза, в пигментированных фиссурах – в 20 раз (ОШ=19,95) по сравнению с кальций-фосфатсодержащим гелем. Включение в комплекс лечебных и профилактических мероприятий курса аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина предотвращает развитие начальных кариозных поражений на гладких поверхностях временных зубов в 2,25 раза больше, чем только кальций-фосфат содержащий гелем за один год. Лечение зубов проведено 125 детям в возрасте от 12 до 36 месяцев с $кпу > 0$ в трех рандомизированных группах. В 1-й группе 40 больным проводилась терапевтическая герметизация временных моляров стеклоиономерным цементом; во 2-й группе у 42 детей осуществлялись домашние аппликации на зубы 0,05% раствора хлоргексидина 1 раз в день по схеме; в 3-й группе у 4 детей использовались ежедневные аппликации кальций-фосфат содержащего геля [13].

Американские ученые [17] сообщили о результатах сравнительного действия в профилактике кариеса у детей серебряного диаминфторида и фторидного лака и стеклоиономерного терапевтического герметика и фторидного лака. Проведена сравнительная оценка эффективности медицинской помощи, оказываемой медсестрами и стоматологами-гигиенистами, изучено также влияние профилактики на качество жизни и результаты образования, связанные со здоровьем полости рта. Лечение кариеса оценивается через 2 года, а профилактика кариеса и вторичные результаты будут оцениваться по завершении исследования.

Обсуждение

Сравнительная оценка эффективности альтернативных моделей профилактики кариеса считается одним из самых приоритетных направлений исследований в США. В настоящее время для профилактики и купирования кариеса зубов доступны многие методы. Простота и доступность фторида диамина серебра может стать жизнеспособной альтернативой для профилактики кариеса зубов у детей с высоким риском [17].

Целью исследования А.К. Прокопенковой [6] было сравнение действия фторсодержащих препаратов в профилактике и лечении начального кариеса у детей ран-

него возраста и выбор наиболее оптимального и удобного для использования препарат. Был выбран препарат Floropal Varnish White (Ultradent). Автор рекомендует перед его применением удалить зубной налет и высушить поверхность зубов путем удаления избытка слюны. Лак наносится на поверхность зубов с помощью кисточки, микробраша (аппликатора), зонда или тампона. Его можно нанести на поверхность всех зубов или только на участки, наиболее подверженные развитию кариеса. Количество лака определяется специалистом. Препарат может быть рекомендован практикующим врачам-стоматологам детского возраста, он твердеет при контакте со слюной, при этом отпадает необходимость обеспечения сухости полости рта во время проведения процедуры, что значительно экономит рабочее время. Препарат прост в применении, выпускается в удобной дозированной форме, имеет приятный вкус и запах, что также немаловажно для детей раннего возраста [6].

В последнее время врачи-стоматологи проявляют особый интерес к использованию пробиотиков как к потенциально новому, более доступному для пациента, безопасному и достаточно действенному способу профилактики и лечения кариозных осложнений. Методы биокоррекции могут стать новой ступенью в развитии терапевтической стоматологии и всей медицины в целом.

Авторы оценили полезные микроорганизмы, механизмы их действия, эффективные свойства, а также проанализировали последние научные данные об инновациях в сфере стоматологии, о потенциальных возможностях и дальнейших перспективах включения пробиотиков в комплексное лечение кариеса [5].

Эффективность использования продуктов с пробиотиками с целью профилактики кариеса раннего детского возраста изучали и белорусские ученые [13]. В Узбекистане подобных исследований не проводилось.

Группой московских ученых было проанализировано влияние адаптированной молочной смеси, содержащей пробиотики, на концентрацию $slgA$ слюны, гигиенический индекс и состав биопленки зубов у детей раннего возраста. Исследование выполнено в специализированном Доме ребенка г. Москвы [4]. Под наблюдением были 53 ребенка в возрасте от 1-го года до 4-х лет. 27 детям (основная группа) в рацион питания было введено детское молочко, содержащее пробиотики, другие 26 человек составили группу сравнения. Наблюдение за детьми проводили на протяжении 3 месяцев. В основной группе дети в возрасте до 1,5 лет получали детское молочко NAN 3, дети старше 1,5 лет — NAN 4 (согласно инструкции производителя). Высокоадаптированные молочные смеси для детей этих возрастных периодов содержат пробиотический комплекс, лактобактерии DentaPro, белок Optipro, витамины и микроэлементы, а также особые жирные кислоты, необходимые для развития мозга, зрения и укрепления иммунитета. Дети получали детское молочко в дополнение к обычной диете, 1 раз в день, во время полдника (в 16:00), по инструкции (7 мерных ложек порошка на 210 мл воды). Пациенты группы сравнения в это же время получали молочные продукты, не содержащие пробиотики. Результаты наблюдения показали, что применение детского молочка NAN 3 и 4, содержащего живые штаммы лакто- и бифидобактерий, оказывает благоприятное влияние на микробиоценоз полости рта у детей раннего возраста. Отмечено снижение частоты выделения кариесогенных видов

стрептококков и актиномицетов с одновременным увеличением частоты выделения бактерий-антагонистов кариесогенной флоры, прежде всего *Veillonella* spp. и *Str. salivarius*. Установлено также, что адаптированная молочная смесь с пробиотиками индуцирует синтез sIgA, играющего ключевую роль в защите слизистых оболочек верхних дыхательных путей, а также тканей и органов полости рта. При исходно низком содержании sIgA в слюне применение адаптированной молочной смеси с пробиотиками способствует повышению концентрации иммуноглобулина до нормального уровня. Результаты наблюдения позволяют разработать новые подходы к профилактике и лечению кариеса и заболеваний пародонта в детском возрасте [4].

Гистологическое строение временных зубов, в свою очередь, обуславливает использование специальных материалов и способов лечения. Выпадение пломбы рассматривается как одно из частых осложнений при лечении кариеса зубов у детей. Данный факт требует серьезного внимания к выбору средств и методов воздействия. Дети в ряде случаев отказываются вступать в контакт со стоматологом из-за боязни бормашины или анестезии. В такой ситуации врач-стоматолог осуществляет мотивацию маленького пациента к терпеливому восприятию манипуляции, а родителей информирует о необходимости проводимого лечения. Известные современные стеклоиономерные цементы позволяют сократить продолжительность лечения и гарантируют высокое качество пломбирования, а возможность использования цветного компомера в детской стоматологии привлекает маленького пациента к участию в лечебном процессе, уменьшает страх и напряжение.

Известный специалист по детской стоматологии И.К. Луцкая (2018) приводит клинические примеры пломбирования временных зубов цветным компомером Twinky Star. Наличие эталонов различных оттенков позволяет ребенку выбирать материал для пломбы, а непосредственное участие маленького пациента в процессе лечения оптимизирует взаимодействие с врачом. Приводятся данные о положительных отдаленных результатах наблюдения, показывающих высокую эффективность пломбирования временных зубов у детей цветным компомером Twinky Star.

Таким образом, анализ данных литературы показал, что кариес зубов у детей раннего возраста является мультифакторной социально значимой проблемой здравоохранения, решение которой выходит за рамки отдельного стоматологического кабинета. В уменьшении распространённости этого заболевания важную роль играют не только стоматологи, но и врачи смежных профилей и другие специалисты: диетологи и фармацевты, педагоги и психологи, экономисты и политики, заинтересованные в будущем здоровье детей и здоровье нации в целом и, прежде всего, родители, прививающие детям навыки гигиены полости рта, регулярно приводящие ребёнка на профилактический осмотр к стоматологу [2].

В последние годы сложилась своеобразная система санитарного просвещения в дошкольных образовательных учреждениях, характеризующаяся тремя основными направлениями: 1) санитарное просвещение непосредственно детей; 2) санитарно-гигиеническая подготовка сотрудников детских садов; 3) гигиеническое воспитание родителей. Санитарное просвещение детей

чаще всего охватывает детей старшего дошкольного возраста, а гигиеническое воспитание детей раннего, младшего и среднего дошкольного возрастов в основном возложено на педагогов и родителей и не всегда является успешным. Санитарно-гигиеническая подготовка сотрудников детских садов носит формальный характер. Омские авторы [8] определили цель проведения профилактики стоматологических заболеваний у детей с участием воспитателей детских дошкольных учреждений. Были выделены приоритеты содержания образовательной деятельности: место таких занятий в структуре других занятий в ДОУ; организация образовательного процесса, обеспечивающего раннее выявление и профилактику стоматологических заболеваний; повышение мотивации детей к гигиеническому обучению и воспитанию. Суть методики заключалась в поэтапном формировании гигиенических навыков у детей в результате комплексной работы, предусматривающей взаимодействие между медицинскими работниками, воспитателями, родителями и детьми. Была предложена методика гигиены полости рта по В.Г. Сунцову. Гигиеническое обучение и воспитание по методике Сунцова повышает уровень гигиены полости рта только до удовлетворительного состояния и не позволяет сформировать и привить навыки ухода за полостью рта. Авторы отмечают, что гигиеническое обучение и воспитание по разработанной методике позволили не только сформировать и привить навыки ухода за полостью рта у детей дошкольного возраста, но и дали высокий профилактический эффект [8].

Профилактика кариеса зубов у детей раннего возраста должна стать приоритетным направлением здравоохранения по профилю стоматологии детской, многоступенчатой системой мер, включающей не только профессионализм оказывающих медицинскую помощь, но и повышение уровня санологической культуры и комплаентности родителей к формированию гигиенических навыков, правильного стереотипа пищевого поведения. Требуется обосновать и разработать специальную программу профилактики кариеса детей раннего возраста с государственным статусом и приоритетным финансированием. Только совместными усилиями на базе единой государственной социальной профилактической программы можно снизить риск развития и заболеваемость кариесом, обеспечив детям красивую улыбку, здоровье и достойное качество жизни.

Список литературы

1. Лосик И.М. Состояние твердых тканей зубов и гигиена полости рта детей дошкольного возраста // *Соврем. стоматол.* – 2018. – №1. – С. 52-54.
2. Луцкая И.К. Опыт использования компомера для пломбирования временных зубов // *Соврем. стоматол.* – 2018. – №3. – С. 43-47.
3. Матвиенко Н.В., Родионова А.С., Маслак Е.Е. Кариес зубов у детей раннего возраста. Влияние комплаентности родителей на применение профилактических процедур // *Dental forum.* – 2016. – №3. – С. 61-63.
4. Милосердова К.Б., Зайцева О.В., Кисельникова Л.П., Царёв В.Н. Кариес раннего детского возраста: можно ли предупредить? // *Вопр. соврем. педиатр.* – 2014. – №5. – С. 76-79.
5. Носкова Я.И. Биокоррекция в комплексе лечения

кариеса // Синергия наук. – 2018. – Т. 30. – С. 1764-1775.

6. Прокопенкова А.К. Фторирование молочных зубов как обязательный компонент лечения начального кариеса у детей от 0 до 3 лет // Бюл. мед. Интернет-конф. – 2017. – Т. 7, №11. – С. 1571.

7. Родионова А.С., Маслак Е.Е., Афонина И.В. Кариес зубов у детей раннего возраста. Влияние комплаентности родителей на применение профилактических процедур // Dental forum. – 2016. – №4. – С. 61.

8. Скрипкина Г.И., Гарифуллин А.А.Ж., Тельнова Ж.Н. Особенности гигиенического обучения и воспитания детей дошкольного возраста // Стоматология. – 2015. – №5. – С. 67-70.

9. Скрипкина Г.И., Смирнов С.И. Модель развития кариозного процесса у детей // Стоматол. детского возраста и проф. – 2012. – №3. – С. 3-7.

10. Старовойтова Е.Л., Антонова А.А., Стрельникова Н.В. Информативность определения кариесогенных бактерий вида *Streptococcus mutans* и *Lactobacillus spp.* у детей раннего возраста // Стоматол. детского возраста и проф. – 2017. – Т. 16, №3 (62) – С. 4-8.

11. Терехова Т.Н., Бутвиловский А.В., Володкевич А.Д. Оценка выполнения рекомендаций врача-стоматолога родителями дошкольников в системе менеджмента кариеса временных зубов // Соверм. стоматол. – 2018. – №4. – С. 12-15.

12. Терехова Т.Н., Шаковец Н.В., Ковальчук Н.В. Применение пробиотического напитка с целью профилактики кариеса зубов у дошкольников // Клин. стоматол. – 2013. – №3. – С. 4-8.

13. Шаковец Н.В. Рекомендации экспертов ВОЗ 2017 года по профилактике кариеса зубов у детей раннего возраста // Соверм. стоматол. – 2018. – №1. – С. 3-8.

14. Borutta A., Wagner M., Kneist S. Early Childhood Caries: A Multi-Factorial Disease // OHDMBSC. – 2010. – Vol. IX, №1. – P. 32-38.

15. Çolak H., Dülgergil Ç.T., Dalli M., Hamidi M.M. Early childhood caries update: a review of causes, diagnoses, and treatments // J. Nat. Sci. Biol. Med. – 2013. – №4 (1). – P. 29-38.

16. Nurelhuda N.M., Al-Haroni M., Trovik T.A., Bakken V. Caries experience and quantification of *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in saliva of Sudanese schoolchildren // Caries Res. – 2010. – Vol. 44. – P. 402-407.

17. Ruff R.R., Niederman R. Silver diamine fluoride versus therapeutic sealants for the arrest and prevention of dental caries in low-income minority children: study protocol for a cluster randomized controlled trial // Trials. – 2018. – Vol. 19, №1. – P. 523.

18. Wang X., Qin M. A preliminary study of saliva matrix metalloproteinases (MMP-2 and MMP-9) in children with caries // Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. – 2018. – Vol. 50, №3. – P. 527-531.

Резюме: В обзоре рассматриваются современные данные по профилактике и лечению кариеса зубов у детей раннего возраста.

Resume: In a review modern data are examined on a prophylaxis and treatment of tooth decay for the children of early age.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-7>
УДК: 616.315-007.254-089.844-053.2-07

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)



Дусмухамедов М.З., Сайфиддинходжаева О.Ё.,
Дусмухамедов Д.М., Хакимова З.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Как показывает анализ специальной литературы, лечение детей с врожденной расщелиной неба является одной из сложных задач восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Проблема заключается не только в исправлении анатомического недостатка, но и в полноценном восстановлении функции органа. В связи с этим разработка системы реабилитации, усовершенствование патогенетически обоснованных методов хирургического устранения недостаточности НГК, возникающей после первичной уранопластики, приобретает большое научное и практическое значение.

Ключевые слова: дети, челюстно-лицевая область, врожденная расщелина неба, недостаточность небно-глоточного кольца.

Под небно-глоточной недостаточностью (НГН) подразумевают нарушение нормального физиологического взаимодействия структур небно-глоточного кольца (НГК). Лечение детей с врожденной расщелиной неба (ВРН) является одной из сложных задач восстановительной хирургии челюстно-лицевой области (ЧЛО). Проблема заключается не только в исправлении анатомического недостатка, но и в полноценном восстановлении функции органа. У детей с ВРН после пластики неба НГН является следствием недостаточно полного смыкания мягкого неба с задней стенкой глотки и проявляется в виде речевого нарушения – ринопалии. Неразборчивость речи, гнусавость, носовая эмиссия и компенсаторные механизмы артикуляции (в том числе компенсаторные гримасы на лице) – это типичные признаки НГН [1].

Полное восстановление речи после пластики неба в зависимости от использованной методики наступает в 24-81% случаев (Останин В.Ф, 1980). При оценке речи логопедом выявляются различные нарушения, однако невозможно четко определить, за счет каких структур происходит их формирование. Объективность методов диагностики небно-глоточной недостаточности заключается в использовании оптимальной технологии