

enzymatic colorimetric method. Serum UA in the examined cohort was 395 (319-475) $\mu\text{mol/l}$, and it was significantly higher in patients with persistent and permanent AF than in those with paroxysmal AF ($p<0.01$). Calibrated integrated backscatter (cIB) was associated with serum UA ($R=-0.13$; $p<0.05$), however, no difference was found between patients with hyperuricemia and normal UA – 25.6 (21.7-27.9) dB and 26.0 (23.8-28.5) dB, respectively ($p>0.05$).

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Дмитриева Ю. Р., Карлаш А. Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия
missis.julia-dmitrieva@yandex.ru

Введение. В связи с широким распространением кариозного процесса у детей раннего возраста особо актуальны исследования, которые направлены на разработку методов лечения, в особенности профилактики данного заболевания.

Цель исследования – выявление эффективных методик профилактики кариеса у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены данные о степени активности кариеса, разработанные Т.Ф. Виноградовой, а также данные об интенсивности и распространённости кариозного процесса в группах трехлетнего возраста и 6 лет.

Результаты исследования. Проведено исследование, направленное на определение активности кариеса у детей 3 лет и у детей 6 лет (таблица).

Таблица – Степени активности кариеса у детей раннего и дошкольного возраста

Возраст	Число здоровых лиц (Z01.2)	Число лиц, имеющих кп/КПУ+кп	Число лиц с компенсированной формой кариеса, %	Число лиц с субкомпенсированной формой кариеса, %	Число лиц с декомпенсированной формой кариеса, %
3 года	32	7	28,6	57,1	14,3
6 лет	25	15	33,3	53,3	13,3

Для определения степени активности кариеса возрастных групп 3 года и 6 лет были взяты данные Т.Ф. Виноградовой, где компенсированная форма кп/КПУ+кп должна составлять не более 3; субкомпенсированная форма кп/КПУ+кп составляет от 3 до 6 включительно; декомпенсированная форма кп/КПУ+кп составляет более 6.

Для чего необходимы знания о степени активности кариеса? Для определения дальнейшей тактики врача-стоматолога в работе с данным пациентом. Дети с субкомпенсированной и декомпенсированной формой должны быть поставлены на диспансерный учет врачом-стоматологом. Таким пациентам необходимо качественное лечение пораженных зубов, а также в полной мере необходимо провести профилактические мероприятия.

Важно начинать профилактику кариеса у ребенка еще в период его внутриутробного развития. Так как беременность – один из наиболее выраженных «периодов риска» для возникновения стоматологических патологий, будущим мамам важно посещать врача-стоматолога на всем протяжении беременности, следовать всем указаниям, если они имеются, тщательно следить за полостью рта. Необходимо следить за общим здоровьем, поскольку под влиянием разных общесоматических заболеваний во время беременности изменяются условия формирования и созревания твердых тканей зубов у ребенка, что делает их менее устойчивыми при воздействии кариесогенных факторов [1].

Не последнее место в возникновении кариеса временных зубов отводится характеру вскармливания грудного ребенка. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, раньше начинается и более интенсивно протекает поражение зубов кариесом. Стоит отметить, постоянное употребление бутылочек с компотами, соками и другими сладкими напитками. Часто у таких детей возникает кариес фронтальных групп зубов, который получил название «бутылочный кариес». Поэтому важно отказаться от такой «формы питья» и рекомендовать пить воду или несладкий чай. Это уже будет хорошей профилактикой кариеса в раннем возрасте.

Если все же вернуться к «главной причине» возникновения кариеса – к микроорганизмам, можно предположить, что существуют вещества, которые существенно могут повлиять на эту кариесогенную микрофлору и уменьшить риск развития кариеса. В настоящее время известно, что ксилит обладает противомикробным действием в отношении к кариесогенным микроорганизмам – *Streptococcus mutans*. Стrepтококки, поглощая ксилит, стараются переварить его, но они не имеют специфических ферментов для этого, что приводит к переизбыточному накоплению ксилита в бактериальной клетке. Далее происходит либо гибель микроорганизма в результате разрыва, либо обратная экскреция ксилита в ротовую полость. Последняя ситуация приводит к задержке роста и размножения микроорганизмов, так как при экскреции ксилита микробы впустую расходуют свою энергию. Польза ксилита заключается еще и в том, что он улучшает реминерализующий потенциал слюны, обеспечивает стабилизацию кальция в твердых тканях зуба, а также снижает адгезию кариесогенных микроорганизмов к поверхности зуба, тем самым тормозит процесс образования зубной бляшки, что способствует лучшему гигиеническому состоянию полости

рта у ребёнка [2]. Где же можно встретить сахарозаменитель ксилит? Известная на стоматологическом рынке компания R.O.C.S. несколько лет назад выпустила реминерализирующий гель R.O.C.S. Medical Minerals, который содержит 10% ксилита. Гель удобен в пользовании, так как не требует предварительного высушивания зубов и использования капп, что актуально для детей раннего возраста. Стоит отметить и то, что сейчас можно встретить в аптеках или в специализированных стоматологических магазинах конфеты и жевательные резинки с ксилитом. Это также хорошая альтернатива обычным сладостям и жевательным резинкам, в которых содержится большое количество сахара.

Нельзя не отметить еще один крем/гель, занимающий не последнее место в профилактике кариеса – GC Tooth Mousse, который содержит молекулы CPP-ACP. CPP – казеин фосфопептид, ACP – аморфный кальций фосфат. В полости рта молекулы CPP-ACP связываются с биопленкой, зубным налетом, кристаллами гидроксиапатита эмали зубов и оседают на мягких тканях, локализуя биодоступные кальций и фосфат. К тому же существует огромная линейка вкусов этого крем/геля, поэтому он приятен в использовании. GC Tooth Mousse подходит не только детям с временными зубами, но и взрослым, а также пожилым людям.

Выводы. Таким образом, помимо обычной ежедневной чистки зубов, похода к врачу-стоматологу раз в 6 месяцев, существует много разных методов, которые помогут укрепить твердые ткани зуба ребенка, тем самым уменьшить вероятность возникновения кариеса в дальнейшем.

Литература:

1. Сущенко, А. В. Оценка интенсивности и распространенности кариеса у детей раннего и дошкольного возраста / А. В. Сущенко // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2009. – № 1. – С. 155-157.
2. Царев, В. Н. Клинико-микробиологическое обоснование применения ксилит-содержащего реминерализирующего геля для лечения кариеса зубов у детей раннего возраста / В. Н. Царев // Клиническая стоматология. – 2009. – № 2. – С. 4-8.

PREVENTION OF DENTAL CARIES IN YOUNG CHILDREN

Dmitrieva Yu. R., Karlash A. E.

Kursk state medical University, Kursk

missis.julia-dmitrieva@yandex.ru

The aim of the study was to identify effective methods of prevention of caries in children. This article discusses modern methods of caries prevention, as well as a study to determine the activity of caries in 3-year-olds and 6-year-olds.