

исследования / Ю. И. Ярец, И. А. Славников, З. А. Дундаров // Проблемы здоровья и экологии. – 2022. – Т. 19, № 2. – С. 63–75.

3. О проблемах борьбы с антибиотикорезистентностью (обзор литературы) / А. М. Морозов [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2022. – Т. 16, № 2. – С. 98–105.

4. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2022620494 Российская Федерация. База данных учебно-методических материалов по теме "Инфекция области хирургического вмешательства": № 2022620343: заявл. 22.02.2022: опубл. 14.03.2022 / М. А. Беляк [и др.].

5. Механизмы антибиотикорезистентности основных возбудителей гнойно-воспалительных осложнений у онкологических больных / О. Е. Хохлова [и др.] // Инфекция и иммунитет. – 2021. – Т. 11, № 2. – С. 324–336.

## **EVALUATION OF THE MICROBIOTA OF SURGICAL HOSPITAL PATIENTS**

*Fisyuk E. A., Penyaz E. V.*

*Tver State Medical University, Tver, Russia*

*ammorozovv@gmail.com*

At the moment, medicine is actively developing and achieving amazing results, but despite this, purulent-inflammatory diseases remain an urgent problem of surgical practice, where the frequency of this pathology reaches 30-35%. More and more microorganisms are becoming resistant to most antibiotics, which greatly complicates the course of the disease and its treatment.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

*Хвесеня М. В.*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

*kaktys195@gmail.com*

**Введение.** На сегодняшний день, по данным разных научных исследований, кариес зубов среди населения Республики Беларусь в зависимости от возраста встречается практически в 100% случаев. Существуют разные системы и индексы оценки распространенности и интенсивности кариеса зубов, которые отражают стадию и активность кариозных поражений на разных диагностических уровнях [3]. В настоящее время визуальный осмотр – основной метод диагностики кариеса зубов на стоматологическом приеме в Республике Беларусь. Для постановки диагноза используются Международная классификация МКБ-10 (1997), система диагностики, рекомендованная ВОЗ (1997, 2011). Расчет показателей индекса интенсивности кариеса зубов (КПУ, 1938) проводится с уровня «кариес дентина» (К3, К4), не учитывая кариес

эмали (K1, K2), что не позволяет объективно оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий и динамику развития кариозных поражений.

**Цель исследования:** изучить интенсивность кариеса зубов на студенческом стоматологическом приеме с использованием диагностических уровней «кариес дентина» и «кариес эмали» у пациентов в возрасте 18, 19, 20-24 года.

**Материалы и методы.** Изучены и проанализированы литературные источники (7 – русскоязычных, 8 – англоязычных) по методам диагностики кариеса зубов. Проведена диагностика стоматологического и кариозного статуса у 55 пациентов в возрасте 18, 19 лет, 20-24 года на студенческом стоматологическом приеме с использованием рекомендаций ВОЗ (1997, 2011, 2012), уровней диагностики по Pitts (1997), КПУ (Klein, Palmer, Knutson, 1938). Индекс КПУ рассчитан с уровня диагностики K1, K2, K3, K4 и представляет собой сумму кариозных, запломбированных и удаленных по поводу кариеса зубов, как в эмали, так и в дентине.

Для расчета индекса КПУ пациента использовали критерии регистрации, представленные в таблице.

Таблица – Критерии индекса КПУ (Klein, Palmer, Knutson, 1938)

Компонент индекса КПУ	Критерии (признаки)
К	Зуб, имеющий поражение (на одной или более поверхностях) в фиссурах, ямках, на гладких поверхностях, с определением размягчения дна, поверхности с подрытой эмалью или размягченной стенкой (при сомнении: кариес или глубокая интактная фиссура, зуб не регистрируется, как кариозный); зуб с временной пломбой; зуб с постоянной пломбой и кариесом
П	Зуб, имеющий одну или несколько постоянных пломб (без кариеса); зуб с коронкой, поставленной в связи с кариозным разрушением. В компонент «П» не включают: зубы, покрытые герметиком, зубы с опорными коронками или коронками, восстанавливающими зуб после травм либо по другим причинам
У	У лиц моложе 30 лет – зуб, удаленный по причине кариеса; у лиц 30 лет и старше – зуб, утерянный по любой причине. В компонент «У» для лиц, моложе 30 лет, не включают: зубы, удаленные по причинам, связанным с ортодонтией, пародонтологией, травмой, отсутствующие по причине отсутствия зачатка зуба и так далее

Кариозный статус оценивали с применением визуальной диагностики. Для этого зубы были предварительно очищены, высушены. Для выявления кариозных поражений использовались стоматологическое зеркало и зонд. Диагноз выставлялся в соответствии с Международной классификацией болезней МКБ-10 (1977). Результаты вносили в стоматологическую

амбулаторную карту (форма № 043/у-10), отражали в формуле и дневнике наблюдения.

Критерием кариозного поражения считали: изменение цвета на любой поверхности зуба, шероховатость при зондировании (без пальцевого давления), наличие налета в ретенционных местах. Визуальную оценку проводили после очистки и высушивания твердых тканей зубов.

**Результаты исследования.** На сегодняшний день основной метод диагностики кариеса зубов на стоматологическом приеме в Республике Беларусь – визуальный осмотр, используется и регистрируется в стоматологической амбулаторной карте система, рекомендованная ВОЗ (1977, 2011) и МКБ-10 (1997). Индекс интенсивности кариеса зубов (КПУ, 1938) с уровня диагностики «кариес дентина» (КЗ).

При исследовании пациентов с использованием уровней диагностики «кариес дентина» и «кариес эмали» получены следующие данные:

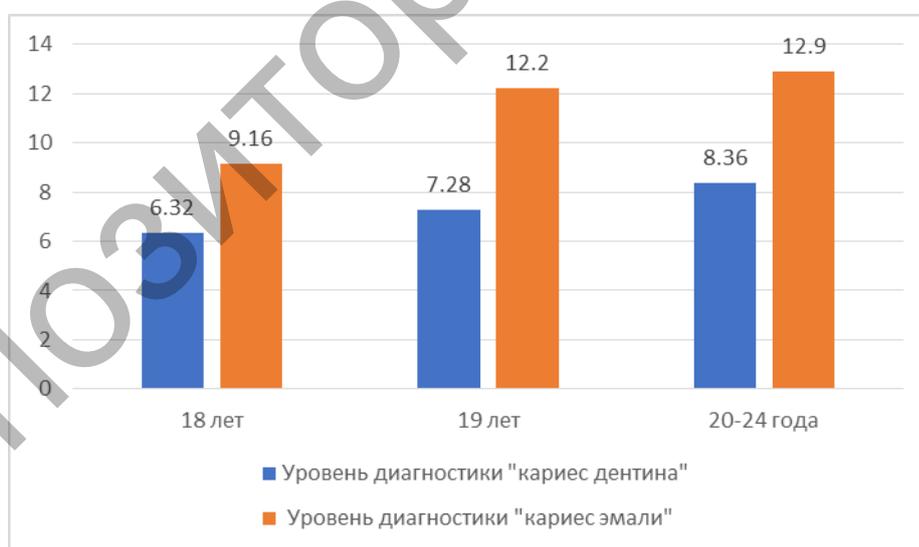
У пациентов в возрасте 18, 19, 20-24 года выявлен «кариес дентина» у 91% обследуемых, кариес эмали у 100%.

Значения КПУ в зависимости от возраста и стадии кариеса составили:

«кариес эмали» – 18 лет – 9,16 (средняя интенсивность), 19 лет – 12,2 (средняя интенсивность), 20-24 года – 12,9 (высокая интенсивность);

«кариес дентина» – 18 лет – 6,32 (высокая интенсивность), 19 лет – 7,28 (высокая интенсивность), 20-24 года – 8,36 (высокая интенсивность).

Интенсивность кариеса по индексу КПУ в зависимости от возраста и стадии кариеса представлены на рисунке.



**Рисунок – Интенсивность кариеса по индексу КПУ**

**Выводы:**

1. При использовании уровня диагностики кариозных поражений «кариес эмали» можно объективнее отразить интенсивность кариеса зубов, чем с уровня диагностики «кариес дентина»; что в свою очередь позволяет составлять индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий, уменьшить

переход кариеса с начальных стадий на последующие и снизить использование затратных инвазивных методов лечения.

2. Для полной оценки интенсивности кариеса зубов необходимо снизить уровень диагностики с «кариес дентина» до уровня «кариес эмали».

### *Литература*

1. Леус, П. А. Клиническая индексная оценка стоматологического статуса: учеб.-метод. пособие / П. А. Леус Минск : БГМУ, 2009. 60 с.

2. Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ – 10. Женева, 1997.

3. Пустовойтова, Н. Н. Особенности клинического использования современных систем диагностики и оценки кариеса зубов / Н. Н. Пустовойтова // Стоматол. журнал. 2017. №3. С. 179-186.

## **THE RELEVANCE OF REDUCING THE LEVEL OF CARIES DIAGNOSIS AT A DENTAL APPOINTMENT**

*Hvesenia M. V.*

*Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus*

*kaktys195@gmail.com*

This article presents the research results of the intensity of dental caries using various diagnostic levels ("enamel caries", "dentine caries"). A comparison of different diagnostic levels. The feasibility of reducing the level of caries diagnostics from the "dentine caries" level to "enamel caries" one at a student dental appointment.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЛОКАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА**

*Цитко Е. В.<sup>1</sup>, Волосач О. С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»*

<sup>2</sup>*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь  
o.vol@tut.by*

**Введение.** Среди кишечных бактериальных инфекций в Республике Беларусь значительная роль принадлежит сальмонеллезу. Наряду с локализованными формами заболевания, могут регистрироваться генерализованные формы заболевания, которые протекают очень тяжело и могут привести к смерти пациента [1]. Поэтому изучение клинко-эпидемиологических аспектов сальмонеллеза остается актуальным.

**Цель исследования:** характеристика клинко-эпидемиологических особенностей сальмонеллеза Гродненского региона в 2022 г. по результатам локального мониторинга.