

## КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПОМОЩИ МОНОПРОБИОТИКА

*Исаева Н.С.<sup>1</sup>, Катрук С.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Киевский медицинский университет, г. Киев, Украина*

<sup>2</sup> *Тов. «Алкион», врач-стоматолог*

В современных представлениях об этиологии стоматологических заболеваний (кариеса зубов, слизистой оболочки полости рта, воспалительных заболеваний пародонта) один из ведущих факторов – изменение оральной микрофлоры, проявляющееся дисбиозом полости рта (ДПР). ДПР осложняет течение и ухудшает прогноз заболевания. В связи с этим коррекция дисбиотических нарушений в полости рта (ПР), наряду с лечением основного заболевания, требует особого внимания.

**Цель исследования:** изучить эффективность влияния монопробиотика, в состав которого входят микроорганизмы рода *Lactobacillus* spp., штаммы *L. plantarum* и *L. fermentum* на активность ферментов ротовой жидкости детей с ДПР с целью коррекции дисбиотических нарушений.

**Материалы и методы.** Были обследованы 38 детей 6 - 7 лет с ДПР на фоне аскаридозной инвазии. Нарушения микрофлоры ПР определяли культуральным и ферментативным методом. Дисбиоз оценивали по трём степеням. Степень микробного обсеменения ПР определяли по активности уреазы, уровень противомикробной защиты – по активности лизоцима.

**Результаты исследований.** У 86,4% детей выявлены нарушения микрофлоры ПР. Так, III степ. ДПР диагностировали у 57,9% детей, II степ. – у 31,6% и I степ. – у 10,5% детей. Анализ результатов показал существенный рост активности уреазы в ротовой жидкости детей ( $0,41 \pm 0,17$  мк-кат/л), что обусловлено ростом и размножением условно-патогенной и патогенной микрофлоры в ПР. При этом содержание лизоцима снижено до  $0,05 \pm 0,01$  ед/мл. Степень дисбиоза (СД) ПР определяли по соотношению относительных показателей уреазы к лизоциму в ротовой жидкости. Показатель СД значительно превышал норму (9,57), что интерпретировалась как III степ. ДПР.

После проведения двухнедельного курса полоскания монопробиотиком «Лактобактерин» («Биофарма», Киев), наблюдалось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение показателя уреазы в 1,5 раза ( $0,27 \pm 0,08$  мк-кат/л), а уровень лизоцима поднялся до нормальных значений ( $0,10 \pm 0,02$  ед/л). После использования монопробиотика СД снизилась до I степ. с показателем  $3,18 \pm 1,7$  ( $p < 0,05$ ).

## РАБОТА С ФОТОПОЛИМЕРНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В СТОМАТОЛОГИИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ ВРАЧА

*Ищейкин К.Е., Ищейкина Ю.А., Буря Л.В.*

*Украинская медицинская стоматологическая академия,  
г. Полтава, Украина*

Технологическая революция, происходящая в отечественной стоматологии, привела к широкому внедрению фотополимерных материалов (ФМ). Это открыло

большие возможности в терапевтической стоматологии в пломбировании, эстетической реставрации и реконструкции зубов, герметизации фиссур. ФМ очень удобны в работе, не требуют замешивания, производятся в пастообразном виде, готовом для заполнения полости и формирования контуров зубов. В наборе имеются пасты нескольких цветовых оттенков разной прозрачности.

В отличие от обычных стоматологических материалов, композиционные материалы имеют высокие эстетические свойства и хорошо полируются, поверхность таких пломб становится гладкой, блестящей, почти не отличающейся от эмали зуба/ов.

Полимеризация композиционных материалов происходит с помощью специальных полимеризационных ламп (фотополимеризаторов), которые излучают очень сильный световой поток (не менее  $300 \text{ мвт/см}^2$ ). Проведенные нами исследования показали, что все компоненты излучения фотополимеризатора могут достигать уровней, опасных для зрения персонала. В спектре излучения фотополимеризаторов содержатся вредные для зрения синие и ультрафиолетовое излучения (УФИ).

Известно, что УФИ опасно для поверхностных тканей глаза, оно вызывает ожоги роговицы и помутнение хрусталика (катаракту). Световое излучение в видимом синем спектре свободно проникает сквозь прозрачные оптические среды глаза и влияет на сетчатку. При большой интенсивности это вызывает фотохимические повреждения сетчатки.

Результатами наших исследований установлено, что длительность лечения кариеса зуба ФП составляет в среднем 25 минут. Больше всего времени занимает реставрация фронтальной группы зубов из-за необходимости достижения высокого эстетического результата и кариозных полостей II, III и IV классов, которые отличаются сложностью лечения.

На этапах лечения, которые требуют использования фотополимеризатора (нанесения адгезивной системы, пломбирование кариозной полости, полирование пломбы), зрительное напряжение врачей усиливается за счет влияния на сетчатку глаза компонента излучения фотополимеризатора. При этом нами установлено, что на эти лечебные манипуляции приходится около 40% времени.

Сравнительные наблюдения на всех этапах работы врача-стоматолога проводились в первой и во второй половине рабочего дня. Полученные результаты показали, что во второй половине дня время, затраченное на все манипуляции, увеличивалось приблизительно на 30%, что можно объяснить сменой светооптических характеристик рабочего дня и функциональным состоянием организма в суточном биоритме.

Анализ данных указывает на то, что работа с композиционными материалами дает врачу дополнительную нагрузку на его органы зрения за счет светового влияния фотополимеризатора, так как на лечебные манипуляции с его использованием приходится около 40% от общего времени, которое тратится на реставрацию зуба.

Для снижения зрительного напряжения врачей-стоматологов работу с ФП рациональнее всего проводить в первую рабочую смену, так как во второй половине дня время, потраченное на реставрацию зубов, значительно увеличивается.