

Стоматологическая Ассоциация России
ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный
медицинский университет»
Министерство здравоохранения
Хабаровского
края



**АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
СТОМАТОЛОГИИ
ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА
И ОРТОДОНТИИ**

*Сборник научных статей
VII региональной научно-
практической конференции
с международным участием
по детской стоматологии*



Хабаровск 2017

внешнем осмотре и контрольном фотографировании у всех 8-ми пациентов выявлена положительная динамика. У 2 (25%) пациентов обратное резцовое перекрытие сократилось на с $2\frac{2}{3}$ до $1\frac{1}{2}$. У остальных 2 пациентов (25%) прямая резцовая окклюзия. У 2 пациентов (25%) отмечено перекрытие нижних резцов верхними на $1\frac{1}{3}$ и ношение аппарата рекомендовано отменить.

Выводы. 1. Выявлена недостаточная эффективность применения съемного аппарата механического типа действия при лечении мезиальной окклюзии в сменном прикусе, так как из-за отдаленности проживания пациентов нет возможности для коррекции, активации аппарата и мотивации ношения. У пациентов, не имеющих возможности наблюдаться 1 раз в месяц у врача-ортодонта в 100% случаев отсутствует положительная динамика при лечении с помощью аппаратом механического типа действия. 2. Выявлена эффективность 100% применения преортодонтического миофункционального трейнера i-3 в сменном прикусе у пациентов проживающих в отдаленных районах края за счет отсутствия необходимости коррекции и активации аппарата и, как следствие, его функциональности и эффективности.



ПРОБЛЕМЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ

Каськова Л. Ф., Амосова Л. И., Солошенко Ю. И., Бережная Е. Э.

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Фтор является признанным противокариозным средством [1]. Однако, употребление питьевой воды и продуктов питания с повышенным и высоким содержанием фтора, а также избыточное поступление этого галогена и его соединений с атмосферным воздухом в течение длительного времени приводят к перенасыщению организма фтором, внешним проявлением чего есть флюороз зубов [2]. В Украине эндемические очаги флюороза встречаются во многих областях, в том числе и в Полтавской [3]. Это связано с наличием на территории левобережной Украины Бучацкого горизонта, в котором концентрация фтора в питьевой воде колеблется от 0,5 до 18 мг/л [4]. Нами определено, что распространенность флюороза постоянных зубов у

детей г. Полтава (концентрация фтора в питьевой воде до 1,5 мг/л) составляет $74,3 \pm 1,6\%$. К тому же, без лечения очень легкие и легкие формы флюороза уже через год переходят в более тяжелые [5]. Сравнивая наши нынешние данные с результатами нашего обследования детей области в 2000 году, когда распространенность флюороза составила $26,5 \pm 1,5\%$, видно, что они значительно выросли. Мы считаем, что это обусловлено увеличением содержания фтора в питьевой воде (согласно данным областной санэпидемстанции содержание фтора в питьевой воде некоторое время было выше оптимального) и ухудшением состояния окружающей среды (избыточное поступление этого галогена и его соединений с атмосферным воздухом).

Этиология флюороза зубов предусматривает проведение первичной профилактики этого заболевания, которая состоит из региональных и индивидуальных мероприятий. Наиболее эффективным из них является замена источника водоснабжения с высоким содержанием фтора на источник с оптимальным его количеством. В тех случаях, когда заменить источник водоснабжения невозможно, проводят дефторирование питьевой воды [6]. Некоторые авторы рекомендуют также осуществлять временный перерыв поступления в организм высоких доз фтора путем вывоза детей в местности с нормальным и низким его содержанием в воде во время каникул [3, 6].

Индивидуальные меры первичной профилактики флюороза включают соблюдение гигиены питания, уменьшение употребления пищи и питьевой воды с большим количеством фтора и гигиену полости рта [2]. С целью медикаментозной профилактики детям с первых лет жизни назначают препараты кальция, витаминные препараты, препараты, повышающие неспецифическую реактивность [6]. Однако меры первичной профилактики флюороза зубов не всегда приводят к желаемому результату. К тому же, они нередко требуют больших материальных затрат, поэтому их не всегда возможно осуществить, особенно в сельской местности [2]. Отсюда очевидна необходимость вторичной профилактики фтористой интоксикации.

Выбор метода вторичной профилактики зависит от степени тяжести заболевания. Для гигиены полости рта большинство авторов рекомендуют зубные пасты, содержащие глицерофосфат кальция или ремодент [2, 3],

считая, что их использование способствует процессам созревания эмали и предупреждает возникновение коричневой пигментации зубов. При легких формах флюороза постоянных зубов Т. Б. Шахова и соавт. [7] с целью улучшения минерализации эмали назначают в течение месяца ежедневный пероральный прием 0,5г глицерофосфата кальция в сочетании с витамином В₁ и местные аппликации или электрофорез 10% раствора глюконата кальция в течение 20 суток. А. К. Николишин и соавт. [3] предлагают пероральное употребление глицерофосфата кальция в сочетании с витамином В₁ по 0,5 в сутки в течение месяца и местное применение 10 – 15 аппликаций 3% раствора ремодента дважды в год. И. Г. Лукомский [8] считает, что при флюорозе зубов происходит нарушение равномерности светопреломления за счет несовершенной кальцификации отдельных участков эмали. Поэтому при легких степенях поражения зубов для усиления обызвествления эмали автор предлагает втирать 75% фтористую пасту с последующим облучением зубов. При умеренных и тяжелых формах флюороза, в связи с пигментацией твердых тканей зубов, пациентов чаще волнует косметическое недовольство, поэтому предложенные способы их лечения в основном сводятся к отбеливанию эмали.

Для устранения коричневой окраски эмали И. О. Новик рекомендует использовать смесь 5 частей перекиси водорода и 1 части эфира в течение 15 – 20 суток [9]. Зубы, подлежащие отбеливанию, обкладывают валиками, смоченными смесью, и облучают 30 минут кварцевой лампой, которая, по мнению автора, усиливает отбеливающее действие перекиси водорода. Ватные валики после высыхания меняют на другие. Г. Д. Овруцкий [10] для отбеливания эмали предлагает использовать молочную или уксусную кислоту с последующей их нейтрализацией щелочью и втиранием 75% фтористой пасты. В. К. Патрикеев для устранения темно-коричневой пигментации на зубах рекомендует применять насыщенные растворы органических кислот (лимонной, виннокаменной), которые затем нейтрализуются содовой пастой. Процедура отбеливания завершается полировкой флюорозных зубов пемзой [11]. А. G. Christenetal. [12] и S. Chandraetal. [13] предлагают метод отбеливания флюорозных пятен смесью, состоящей из равных долей концентрированной соляной кислоты,

пергидроля и эфира. I. R. Murrinetal. [14] для отбеливания эмали рекомендуют использовать 36% соляную кислоту, 5,25% раствор гипохлорита, 30% раствор перекиси водорода и 10% раствор фторида натрия. Для усиления эффекта отбеливания авторы предлагают применять пергидроль в подогретом до 48° состоянии. Использование для отбеливания эмали зубов при флюорозе кислот и пергидроля часто оказывается малоэффективным и опасным. Поэтому ряд авторов рекомендуют после отбеливания воздействовать на деминерализованную эмаль реминерализирующими средствами. Г. К. Лебедева и В. М. Галченко [15] для устранения пигментации предлагают использовать 50% раствор соляной кислоты в течение 2 – 3 минут до осветления эмали с последующей аппликацией 10% раствора глюконата кальция в течение 15 – 20 минут. Дома таким больным рекомендуют проводить аппликации глюконата кальция ежедневно, на ночь, в течение 20 суток. В. В. Калмацуй [16] для отбеливания эмали зубов при флюорозе предлагает применять 24% раствор соляной кислоты в течение 4 – 5 минут с последующей ее нейтрализацией 2% раствором бикарбоната натрия и реминерализацией зубной пастой «Жемчуг» в виде аппликаций на обработанные поверхности зубов в течение 20 минут. Дома таким больным рекомендуется проводить аппликации пастой «Жемчуг» дважды в день в течение месяца. Несколько методик отбеливания зубов, пораженных флюорозом, предложено А. К. Николишиным [17]. В первой из них он рекомендует отбеливать эмаль зубов смесью 36% раствора соляной кислоты и 33% раствора перекиси водорода в соотношении 1:2 с последующим введением в твердые ткани зуба 5% раствора хлористого кальция с помощью электрофореза. Во второй методике автор предлагает использовать смесь 10 – 20% раствора соляной кислоты и пергидроля с завершением сеанса отбеливания аппликацией 3 – 5% раствора ремодента и покрытием зубов медицинским клеем МК-2.

При тяжелых проявлениях флюороза, сопровождающихся сопутствующими заболеваниями, А. К. Николишин рекомендует сначала на вестибулярные поверхности зубов нанести 10 – 20% раствор соляной кислоты с последующей ее нейтрализацией 1 – 2% раствором двууглекислого натрия, затем ввести в полость рта устройство в виде герметичной емкости,

которую пациент удерживает зубами. Через инъекционную иглу в полость устройства вводится пергидроль. Устройство подключается к постоянному току через электроодонтометр ОД-2. После снятия устройства рот прополаскивается водой, а на зубы накладывается 3 – 5% раствор ремодента с последующим покрытием эмали медицинским клеем МК-2. Н. Н. Иленко и соавт. [18] предлагают метод отбеливания пигментированных флюорозных пятен с использованием сначала смеси 36% раствора соляной кислоты и 33% раствора пергидроля в соотношении 1:3, затем – 33% раствора пергидроля. После полоскания полости рта 1% раствором двууглекислого натрия поверхности зубов рекомендуется высушить и облучить гелий-неоновым лазером отечественного производства в течение 3 минут.

Croll Th. P. [19] предлагает для удаления пигментированной эмали использовать набор материалов «ПРЕМА», в состав которого входят соляная кислота слабой концентрации, мелкодисперсный карборунд (абразив) и гель с кремнием. Технология работы предусматривает удаление пятен этой смесью с помощью углового наконечника с низкими оборотами и специальных резиновых полирующих чашек для нанесения микроабразивной смеси на зубы и проведения манипуляций. Автор рекомендует использовать меры безопасности для пациента (очки и кофердам) и для врача (очки и резиновые перчатки). Обработка эмали проводится в течение 15 – 30 сек. с последующим смывом абразивной смеси потоком воды в течение 30 сек. Вместе с тем, после процедуры микроабразии автор предлагает обрабатывать зубы раствором, содержащим фтор. Некоторые исследователи для отбеливания эмали зубов при флюорозе предлагают использовать специальные зубные пасты, содержащие цитрат натрия (хелатирующий агент), лимонную кислоту (хелатирующий и очищающий агент), протеолитический фермент, окись алюминия (полирующий агент), монофосфат натрия и дикальций фосфат. По мнению авторов, эти пасты отбеливают зубы, особенно после профессиональной чистки зубов.

Существуют более современные и менее вредные методы отбеливания зубов, которые выполняются дома, но контролируются врачом-стоматологом. Для этой цели авторы рекомендуют применять индивидуальные прозрачные пластиковые капы и отбеливающие гели, в том

числе 10% перекись карбамида и некоторые другие патентованные смеси. Из обзора литературы видно, что много внимания уделяется методам лечения тяжелых форм флюороза постоянных зубов, которые сводятся к применению органических или неорганических кислот, действие которых усиливают перекисью водорода, эфиром, облучением ультрафиолетом или гелий-неоновым лазером. Затем долговременной реминерализирующей терапией пытаются ликвидировать повреждения, нанесенные неорганическим и органическим компонентам эмали.

Для терапии начальных форм этого заболевания предложено лишь несколько методик, но препараты, которые рекомендуют авторы, либо не выпускаются отечественной фармацевтической промышленностью, либо содержат низкий процент кальция. К тому же, курсы лечения долговременные, а эффективность их не прослежена. Поэтому поиск новых эффективных методов и средств терапии патологических изменений эмали при флюорозе – актуальное задание практической стоматологии.

Литература

1. Стоматологические обследования: основные методы; пер. с англ. А. Г. Колесника. – [3-е изд.]. – Женева: ВОЗ, 1989. – 62 с.
2. Безвужко Є. В. Забруднене докiлля як фактор ризику виникнення флюорозу зубiв у дiтей // Новини стоматологiї. – 1999. – № 3. – С.41 – 42.
3. Николишин А. К., Николишина Э. В., Костыренко А. П. Профилактика флюороза зубов // Междунар. мед.журнал. – 1998. – Т. 4, № 1. – С. 110 – 112.
4. Окунев В. Н., Смоляр В. И., Лаврушенко Л. Ф. Патогенез, профилактика и лечение фтористой интоксикации. – К., Здоров'я, 1987. – 152 с.
5. Каськова Л. Ф., Падалка І. О., Амосова Л. І., Моргун Н. А., Абрамова О. Е., Солошенко Ю. І. Обґрунтування диференційованого підходу до вторинної профілактики флюорозу постійних зубiв у дiтей // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2011. – № 1 (4). – С. 37 – 41.
6. Фёдоров Ю. А., Дрожжина В. А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов // Новое в стоматологии. – 1997. – № 10 (60). – С. 3 – 145.

7. Павленко Л. Г., Шахова Т. Б. Реминерализующая терапия при флюорозе постоянных зубов у детей // Современные методы диагностики и лечения в медицине: Тез. докл. конф. – Полтава, 1986. – С. 73 – 74.
8. Лукомский И. Г. Фтор в медицине. – М.: Медицина, 1940. – 91 с.
9. Новик И. О. Болезни зубов и слизистой оболочки полости рта у детей. – М.: Медицина, 1971. – 455 с.
10. Овруцкий Г. Д. Флюороз зубов. – Казань, 1962. – 118 с.
11. Патрикеев В. К. Состояние зубов при эндемическом флюорозе: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 / Московский мед. стомат. ин-т им. Н. А. Семашко. – М., 1956. – 12 с.
12. Christen A.C., Bailey R.W. Bleaching Technigue for Removing Fluoride Stain from Vitale Teeth // *Tex. dent. J.* – 1971. – Vol.89, №2. – P.20 – 22.
13. Chandra S., Chawia T.N. Clinical Evalution of the Sandpaper dish method for Rsmoving Fluorosis stains rrom Teeth // *J. Amer. Dent. Ass.* –1975. –Vol.90, №6. –P.1273 – 1276.
14. Murrin J.R., Barkmeier W.W. Chemical Treatment of Endemic Dental Fluorosis // *Quint. Int.* – 1982. – Vol. 13, № 3. – P. 363 – 369.
15. Лебедева Г. К., Галченко В. М. Реминерализация в комплексном лечении флюороза // *Стоматология.* – 1981. – Т. 60, № 1. – С. 21 – 22.
16. Калмацуй В. В. Методика отбеливания зубов, поражённых флюорозом // Тез. докл. Первого съезда стоматологов Молдавской ССР. – Кишинёв, 1988. – Ч. I. – С. 41 – 42.
17. Николишин А. К. Флюороз зубов. Ч. II. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. – Полтава: Полтава, 1995. – 74 с.
18. Иленко Н. Н., Николишин А. К. Применение света гелий-неонового лазера для отбеливания эмали зубов, поражённой флюорозом // Наукова естафета ювіляра: Тез. доп. наук. конф. – Полтава, 1992. – С. 124.
19. Кроль Т. П. Лечение эмали зубов с помощью микроабразии // Квинтэссенц



| | | |
|-----|--|-----|
| | процесса..... | 58 |
| 16. | Елистратова М.И., Галышева К.А. Медицинские и социальные аспекты флюороза..... | 63 |
| 17. | Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Авраимова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В. Влияние на состояние твердых тканей зубов у детей фторидсодержащих зубных паст..... | 69 |
| 18. | Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Авраимова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В. Влияние фторидсодержащих зубных паст на состояние тканей пародонта..... | 73 |
| 19. | Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Авраимова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В. Физико-химические параметры ротовой жидкости у детей, использующих фторидсодержащие зубные пасты..... | 77 |
| 20. | Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Авраимова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В. Влияние фторидсодержащих и гигиенических зубных паст на состояние твердых тканей постоянных зубов у детей | 80 |
| 21. | Завьялова Е.А., Елистратова М.И., Введенская С.Е. Пораженность постоянных зубов кариесом в индексной возрастной группе 12 лет Кировского района г.Хабаровска..... | 84 |
| 22. | Кадукова Ю.В., Антонова А.А., Чабан А.В. Эффективность лечения мезиальной окклюзии у детей, живущих в отдаленных районах Хабаровского края..... | 86 |
| 23. | Каськова Л. Ф., Амосова Л. И., Солошенко Ю. И., Бережная Е. Э. Проблемы вторичной профилактики флюороза зубов..... | 88 |
| 24. | Каськова Л.Ф., Андриянова О.Ю., Карпенко О.А.,Ващенко И.Ю., Яценко О.И. Применение препарата растительного происхождения в комплексной терапии пародонтита у подростков с эндокринной патологией..... | 95 |
| 25. | Каськова Л.Ф., Карпенко О.А., Андриянова О.Ю. Состояние гуморального иммунитета при пародонтальном синдроме у детей на фоне сахарного диабета..... | 99 |
| 26. | Каськова Л.Ф., Новикова С.Ч., Аноприева Н.М.,Новиков Е.М. Изменения показателей минерального состава ротовой жидкости у детей с хроническим катаральным гингивитом..... | 103 |
| 27. | Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.И., Амосова Л.И., Хмиль Е.В., Бережная Е.Э. Профилактика кариеса первых постоянных моляров у детей в первые годы после их прорезывания..... | 108 |
| 28. | Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.И., Хмиль Е.В., Амосова Л.И., Бережная Е.Э. Изменение микробиоценоза полости рта у детей с хроническими тонзиллитами во время лечения..... | 112 |
| 29. | Каськова Л.Ф., Янко Н.В., Артем'єв А.В., Маковка И.Л., Моргун Н.А. Частота гипоплазии эмали у детей популяций медного, бронзового, железного века и средневековья Украины..... | 117 |
| 30. | Князева Т.П. Оценка влияния количества беременностей в | |