

УДК 616.314-053.2-084:616.995.132.8

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АСКАРИДОЗ

Н.С. Ісаєва

Приватний вищий навчальний заклад
«Київський медичний університет УАНМ»

Резюме

Результат проведеного дослідження показав, що запропонована лікувально-профілактична схема для дітей з аскаридозом забезпечує карієспрофілактичний ефект. Через 24 місяці редукція карієса постійних зубів склала 79%.

Ключевые слова: діти, аскаридоз, профілактика карієса, інтенсивність, гігієна.

Summary

The results of our investigation showed that the suggested preventive and treatment complex for children with ascariasis provided caries protective effect. In 24 months the reduction of their permanent teeth caries is 79%.

Key words: children, ascariasis, permanent teeth, caries prophylaxis, intensity, hygiene.

Література

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку : підручник / Л.О.Хоменко, О.І.Остапко, О.Ф.Кононович, В.І.Шматко [та ін.].- К.: Книга плюс, 2007. – 766 с.

2. Копанев Ю.А. Кишечная палочка в составе аутофлоры желудочно-кишечного тракта, как показатель кишечных гельминтозов / Ю.А. Копанев, А.М. Соколов, О.Н. Любимова// Педиатрия. -2000. -№2. -С. 29-33.

3. Каськова Л.Ф. Інтенсивність та розповсюдженість карієсу зубів у дітей із дисбактеріозом кишечника, спричиненого антибіотикотерапією / Л.Ф. Каськова, Г.О. Акжитова // Вісник Української медичної стоматологічної академії .- 2007. – Т. 7 (4). - С. 30-31.

4. Казакова Р.В. Наукове обґрунтування регіональної програми профілактики стоматологічних захворювань у дітей Прикарпаття: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Р.В. Казакова. - К., 1996. – 246 с.

5. Методичне керівництво для стоматологів по впровадженню комплексу системи профілактики стоматологічних захворювань у дитячого населення України / [К.М. Косенко, О.В. Дєньга, Л.О. Хоменко, П.А. Леус]. –Одеса, 2006. – С. 43.

6. Кулагіна В.М. Дослідження гігієни порожнини рота і ступеня дисбіозу даного біотопу та стану тканин пародонта у хворих на дисбактеріоз кишечника / В.М. Кулагіна, О.В. Поліщук // Biomedical and Biosocial Anthropologi . - 2011. - № 16. – С.143-145.

7. Growth inhibition of oral mutans streptococci and candida by commercial probiotic lactobacillian in vitro study /[Hasslöf P., Hedberg M., Twetman S., Stecksén-Blicks C.]// BMC Oral Health. – 2010. - № 10 (Jul 2). - P.18.

8. Lactobacillus-mediated interference of mutans streptococci in caries-free vs. caries-active subjects / Simark-Mattsson C., Emilson C.G., Håkansson E.G. [et al.] // Eur. J. Oral Sci. – 2007. - Vol. 115, № 4 (Aug). – P. 308-314.

9. Сайфуллина Х.М. Каріес зубів у дітей и подростков : учебное пособие / Х.М.Сайфуллина. – М., 2000. - С. 77–82.

10. Смоляр Н.И. Социально-экологические аспекты стоматологической заболеваемости детей / Смоляр Н.И., Безвужко Е.В., Чухрай Н.Л. // Вісник стоматології. — 2009. — № 4. — С.47.

11. Ісаєва Н.С. Застосування пробіотиків та синбіотиків для корекції дисбіотичних змін у дітей із кишковими нематодозами (аскаридозом та ентеробіозом) / Ісаєва Н.С., Якубова І.І., Мусіч Т.Є. // Актуальні питання профілактики і лікування стоматологічних захворювань : зб. матеріалів наук.-практ. конф. з міжн. участю, 16 -17 квіт. 2010 р. – Ужгород, 2010.- С. 174.

12. Ісаєва Н.С. Вивчення стоматологічної захворюваності у дітей з аскаридозом / Н.С. Ісаєва // Современная стоматология. – 2011. - №5. – С. 45-51.

Поширеність та інтенсивність карієсу зубів у дітей не має тенденції до зниження, незважаючи на впровадження профілактичних стоматологічних програм, проведення санації порожнини рота (ПР) та вдосконалення сучасних методик лікування [10]. Виникнення і розвиток карієсу зубів (КЗ) і його ускладнень у дітей пов'язують із загальною захворюваністю організму [1], у тому числі з паразитарними інвазіями, зокрема аскаридозом. У 2010 році в Україні зареєстровано 58 001 інвазованих аскаридозом осіб, із них 34 402 дітей. Доведено, що при аскаридозній інвазії в 70-80% дітей виникає дисбактеріоз кишечника різних ступенів [2], який негативно впливає на стан органів і тканин порожнини рота (ПР), залучаючи і тверді тканини зубів [3, 6]. Відомі дослідження, які вказують на залежність між тяжким ступенем дисбактеріозу кишечника і гострим (агресивнішим) перебігом каріозного процесу [4].

Результати наших досліджень [11, 12] виявили в дітей, хворих на аскаридоз, високі показники ураженості КЗ і наявність дисбіозу ПР. У цієї групи дітей переважає гострий карієс як молочних, так і постійних зубів. Це зумовило необхідність розробки лікувально-профілактичної схеми,

спрямованої на запобігання карієсу постійних зубів у дітей, хворих на аскаридоз.

Метою роботи було вивчення ефективності лікувально-профілактичної схеми профілактики карієсу постійних зубів у дітей, хворих на аскаридоз, на тлі дисбіозу порожнини рота.

Матеріали і методи дослідження. Спостерігали за 49 дітьми віком 6–7 років, із них 11 дітей без аскаридозної інвазії та 38 дітей, хворих на аскаридоз, із денних гельмінтологічних стаціонарів дитячої поліклініки (ДП) № 1 Дарницького району і ДП № 2 Деснянського району м. Києва. Діти, хворі на аскаридоз, були поділені на 2 групи по 19 дітей у кожній: основну групу (ОГ) і порівняльну групу (ПГ). Дітям ОГ проводили запропоновану лікувально-профілактичну схему, до якої ввійшов пробіотик¹, що містить штами бактерій роду *Lactobacillus* spp.: *L. plantarum* або *L. fermentum*, які мають доведену протикаріозну дію [6, 7]. Дітям ПГ призначали стандартні лікувально-профілактичні заходи щодо КЗ [5]. У КГ дітей проводили санацію порожнини рота і надавали рекомендації щодо індивідуального догляду за порожниною рота.

Інтенсивність і поширеність карієсу зубів у дітей визначали відповідно до рекомендацій ВООЗ (1989). Ступінь ураженості зубів карієсом оцінювали за індексами поширеності, яку виражали у відсотках, та показником інтенсивності — $кп_3+КПВ_3$ [1]. Для оцінки ефективності впровадження лікувально-профілактичної схеми визначали показник редукції / приросту карієсу постійних зубів порівняно з КГ [9] через 18 і 24 місяців.

¹ Зареєстрований в Україні монопробіотичний препарат, що відповідає нашим вимогам і містить штами *L. plantarum* (штами 8P-A3 і 38) або *L. fermentum* (штами 90T-C4 39) - «Лактобактерин» («Біофарма», Україна), код АТХ А07F А01, реєстраційне посвідчення № 234/09–300200000, від 20.02.2011 по 12.03.2014.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням програм «EXCEL (WINDOWS)» і «SPSS STATISTICA 17.0».

Результати та їх обговорення

Установлено, що в дітей ОГ інтенсивність ураження КЗ за індексом $кп_3+КПВ_3$ становила, в середньому, $5,19\pm 0,28$, у дітей ПГ - $5,39\pm 0,34$, а в дітей КГ - $3,25\pm 0,23$ (табл. 1). Інтенсивність ураження карієсом постійних зубів за індексом $КПВ_3$ у дітей основної групи становила, в середньому, $1,73\pm 0,02$, у ПГ - $1,67\pm 0,06$. Отже, вихідні дані ураженості карієсом постійних зубів у групах дітей, хворих на аскаридоз, не мали достовірних розбіжностей між собою ($p_3^2 > 0,05$), але достовірно відрізнялися від інтенсивності карієсу зубів дітей КГ ($0,9\pm 0,01$ зуба; $p_1^3 < 0,05$, $p_2^4 < 0,05$).

На обстеженні через 18 місяців дітей ОГ виявлено, що інтенсивність карієсу постійних зубів збільшилася на 0,11 зуба, дітей ПГ – на 0,33 ($p_3 < 0,05$) зуба, що значно менше, ніж у дітей КГ (0,63 зуба; $p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$). Аналіз структури показника $КПВ$ у дітей ОГ показав, що кількість нелікованих постійних зубів у однієї дитини в середньому дорівнює $0,32\pm 0,14$, у дітей ПГ - $0,74\pm 0,06$ ($p_3 < 0,05$), що достовірно відрізнялося від показників КГ, який дорівнював $0,90\pm 0,07$ ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$). Редукція приросту КЗ через 18 місяців у дітей основної групи становила 82,5% проти 63,5% у дітей групи порівняння.

Через 24 місяці у дітей ОГ, хворих на аскаридоз, показник $кп_3+КПВ_3$ порівняно з показниками до початку проведення лікувально-профілактичної схеми знизився в 1,13 разу та становив $4,57\pm 1,02$ зуба ($p^5 < 0,05$), у дітей порівняльної групи – в 1,01 разу ($кп_3+КПВ_3=5,15\pm 0,84$;

² Ступінь достовірності P_3 між показником інтенсивності в дітей основної та порівняльної груп.

³ Ступінь достовірності P_1 між показником інтенсивності в дітей основної та контрольної груп.

⁴ Ступінь достовірності P_2 між показником інтенсивності в дітей порівняльної та контрольної груп.

⁵ Ступінь достовірності P між показником інтенсивності в дітей до і після профілактичних заходів.

$p < 0,05$). Натомість у дітей КГ спостерігалось підвищення інтенсивності в 1,44 рази - $4,71 \pm 1,12$ зуба ($p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,05$). Також у дітей КГ відбулося достовірне збільшення кількості нелікованих постійних зубів (компонент «К»), який дорівнює $1,09 \pm 0,07$ ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$).

Оцінка приросту інтенсивності карієсу постійних зубів через 24 місяці показала, що в дітей ОГ показник КПВз збільшився на 0,21 зуба на одну дитину і дорівнював, у середньому, $1,94 \pm 0,12$ зуба ($p < 0,05$). У дітей ПГ приріст інтенсивності карієсу постійних зубів дорівнював 0,43 зуба, інтенсивність карієсу постійних зубів становила $2,10 \pm 0,48$ ($p < 0,05$). У контрольній групі дітей приріст інтенсивності за індексом КПВз був найвищим і досягав одного зуба на дитину; інтенсивність карієсу постійних зубів через 24 місяці - в середньому $1,9 \pm 0,23$ ($p < 0,05$).

Редукція приросту карієсу постійних зубів через 24 місяці в дітей основної групи становила 79%, а в дітей порівняльної групи – 57%, що підтверджує ефективність запропонованої лікувально-профілактичної схеми.

Висновок. За результатами вивчення ефективності лікувально-профілактичної схеми, що містить пробіотик, до складу якого входять штами мікроорганізмів *Lactobacillus spp.*, для дітей, хворих на аскаридоз, встановлено, що редукція приросту карієсу постійних зубів через 24 місяці становила 79%.

Таблиця 1

Приріст інтенсивності та редукція приросту інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей, хворих на аскаридоз (ОГ і ПГ), та в дітей без аскаридозу (КГ) під час спостереження через 18 і 24 місяці

Досліджувані групи /кількість дітей	Інтенсивність карієсу зубів					Приріст інтенсивності зубів	Редукція приросту
	кп+КПВ	К	П	В	КПВ		
	До профілактики						
ОГ (n = 19)	5,19±0,28	1,21±0,06	0,52±0,16	-	1,73±0,02		
ПГ (n = 19)	5,39±0,34	1,18±0,14	0,49±0,14	-	1,67±0,06		
КГ (n = 11)	3,25±0,23	0,63±0,01	0,27±0,14	-	0,9±0,01		
	Через 18 місяців						
ОГ (n = 19)	4,94±1,1	0,32±0,14	1,52±0,07		1,84±0,03	0,11±0,01	82,5%
ПГ (n = 19)	5,31±0,18	0,74±0,06	1,21±0,16	0,05±0,01	2,0±0,02	0,33±0,02	63,5%
КГ (n = 11)	4,34±0,23	0,90±0,07	0,63±0,16	-	1,53±0,23	0,63±0,02	
	Через 24 місяці						
ОГ (n = 19)	4,57±1,02	0,21±0,04	1,68±0,16	0,05±0,01	1,94±0,12	0,21±0,08	79%
ПГ (n = 19)	5,15±0,84	0,42±0,14	1,58±0,05	0,1±0,01	2,10±0,48	0,43±0,06	57%
КГ (n = 11)	4,71±1,12	1,09±0,07	0,81±0,14	-	1,9±0,23	1±0,04	

