

actinomycetemcomitans до 1,5 мкм), что позволяет им проникать через поры барьерных мембран. В то же время иные микроорганизмы не способны на миграцию сквозь поры мембран, т.к. по физическим параметрам превосходят их: *Porphyromonas gingivalis* до 3 мкм, *Bacteroides forsythus* до 3 мкм, *Klebsiella* spp. до 6 мкм, *Helicobacter pylori* до 5 мкм [2, 4].

На 7 сутки в ране ДНК периодонтопатогенной и условно-патогенной микрофлоры не определялась. Отрицательные результаты ПЦР диагностики на 7 сутки можно объяснить включением неспецифических механизмов иммунитета с последующим фагоцитозом.

Выводы. Учитывая результаты исследований можно предположить наличие избирательной проницаемости барьерных мембран для различных бактерий, в зависимости от их размеров. По этой причине в ранах под мембранами для направленной тканевой регенерации были обнаружены микроорганизмы с относительно меньшими размерами.

Исследование микроструктуры барьерных мембран имеет клиническое значение и требует дальнейшего анализа. Представление о микробной контаминации мембран будет способствовать профилактике раневой инфекции.

Литература:

1. Current barrier membranes: titanium mesh and other membranes for guided bone regeneration in dental applications / Y. D. Rakhmatia [et al.] // J Prosthodont Res. – 2013 Jan. – Vol. 57(1). – P. 3–14.
2. Микробиология, вирусология и иммунология полости рта : учеб. / В. Н. Царев [и др.] ; под ред. В. Н. Царева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 576 с. : ил.
3. Вольф, Г. Ф. Пародонтология / Г. Ф. Вольф, Э. М. Ратейцхак, К. Ратейцхак ; пер. с нем. ; под ред. Г. М. Барера. – М. : МЕДпресс информ, 2008. – 548 с. : ил.
4. Атлас по медицинской микробиологии, вирусологии, иммунологии: учебное пособие для студентов медицинских вузов / под ред. А. А. Воробьева, А. С. Быкова – М. : Мед. информ. агенство, 2003. – 236 с. : ил.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТЯЖЕЛОГО РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА (S-ECC)

Самарина Т.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Одной из актуальных проблем стоматологии является изучение эпидемиологии стоматологических заболеваний у детей раннего и дошкольного возраста, так как уровень заболеваемости кариесом, особенно у детей раннего возраста, остается высоким [1]. Распространенность раннего

детского кариеса (РДК) значительно варьирует в разных странах. В среднем в развитых западных странах этот показатель колеблется от 1 % до 12 %, а в популяциях с низким уровнем социально-экономического развития уровень заболеваемости РДК достигает 70-90 %. В г. Минске распространенность кариеса у 12-месячных детей составляет 9,7 %, в 2 года - 25 % и в 2,5 года - 33 % [2]. В России распространенность кариеса зубов у трехлетних детей колеблется в интервале 50-60 % и с 1 года до 3 лет увеличивается в 4,7 раза, с 3 до 6 лет – в 1,5 раза. В Украине кариес зубов выявлен у 33,6% детей в возрасте до 3 лет. Среди трехлетних детей Литвы – 50,5% больны кариесом [3]. Распространенность кариеса зубов (заболеваемость кариесом) рассчитывается по методике ВОЗ (1997) без учета бесполостных кариозных поражений, что искажает результаты эпидемиологического обследования. Американская Академия Детской Стоматологии (AAPD) классифицирует ранний детский кариес с учетом не только полостных, но и бесполостных поражений, удаленных (по поводу кариеса) или запломбированных поверхностей в любом временном зубе у детей в возрасте 71 месяц и ранее. Так же Американская Академия Детской Стоматологии (AAPD) ввела термин «severe early childhood caries» (S-ECC) или тяжелый кариес зубов у детей раннего возраста для обозначения острого, прогрессирующего заболевания без тенденции к ограничению с любыми признаками поражения временных зубов (полостными и бесполостными):

– у детей младше 3 лет на гладкой поверхности любого зуба с любыми признаками заболевания.

– у детей от 3 до 5 лет на гладкой поверхности передних резцов верхней челюсти с любыми признаками заболевания.

– у детей от 3 до 5 лет с общим количеством пораженных поверхностей:

- четыре - в возрасте 3 года;
- пять - в возрасте 4 года ;
- шесть - в возрасте 5 лет [4].

Цель. Изучить распространенность кариеса зубов у детей в возрасте 24 - 71 месяц по критериям ВОЗ и Американской Академии Детской Стоматологии (AAPD), а так же тяжёлого кариеса зубов (S-ECC). Провести сравнительный анализ полученных данных в каждой возрастной группе.

Материал и методы исследования. В течение 2015 - 2017 годов было проведено эпидемиологическое обследование 296 детей в возрасте 24 - 71 месяц УО «Городской центр развития ребенка № 3» Первомайского района г. Витебска. Обследование полости рта проводили по стандартной схеме с регистрацией как полостных, так и бесполостных кариозных поражений в карте стоматологического обследования, разработанной на кафедре стоматологии детского возраста. Пациенты были распределены на 4 возрастные группы: 1 группа – 24-35 месяцев; 2 группа – 36-47 месяцев; 3 группа – 48-59 месяцев; 4 группа – 60-71 месяц. Показатели

распространенности кариеса зубов у детей были определены по критериям ВОЗ и Американской Академии Детской Стоматологии (AAPD).

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что распространенность кариеса, рассчитанная, как по критериям ВОЗ, так и по критериям Американской Академии Детской Стоматологии (AAPD) с возрастом увеличивается. Однако при сравнении полученных данных в каждой возрастной группе более высокие значения распространенности кариеса получены при определении по критериям Американской Академии Детской Стоматологии (AAPD). Доля тяжёлого кариеса зубов (S-ECC) во всех возрастных группах значительная. Результаты эпидемиологического обследования детей представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели распространенности раннего детского кариеса зубов у обследованных детей в различных возрастных группах

Показатели	Группа / Возраст				Всего
	I группа/ 24-35 месяцев	II группа/ 36-47 месяцев	III группа/ 48-59 месяцев	IV группа/ 60-71 месяц	
Количество обследованных детей	43	83	111	59	296
Распространённость раннего детского кариеса:					
- по критериям ВОЗ	20,9%	37,3%	51,35%	55,9%	41,36%
- по критериям AAPD	32,55%	46,99%	63,96%	64,41%	51,98%
Распространённость тяжёлого раннего детского кариеса(S-ECC)	27,9%	38,55%	41,4%	47,45%	38,83%

Выводы.

1. Для получения достоверных данных о распространенности РДК, а так же тяжёлого кариеса зубов (S-ECC), необходимо учитывать как полостные, так и бесполостные поражения временных зубов.

2. Регулярное стоматологическое обследование детей в детских дошкольных учреждениях необходимо для раннего выявления РДК и тяжёлого кариеса зубов (S-ECC).

3. Необходимо тесное сотрудничество стоматологов с врачами-педиатрами по санитарному просвещению родителей в вопросах этиологии, патогенеза и профилактики РДК для мотивации раннего обращения к стоматологу.

Литература:

1. Губина, Л. К. Интенсивность и распространенность кариеса у детей раннего и дошкольного возраста / Л. К. Губина, С. А. Гарькавец // Материалы межрегион. науч.-прак. конф., посвящ. 100-летию создания Саратов. одонтол. о-ва. – Саратов, 2005.– С. 159-161.

2. Шаковец Н.В. Кариес зубов у детей раннего возраста: монография / Н.В. Шаковец, Т.Н. Терехова. – Минск : БГУ, 2013. – 211 с.
3. Дифференцированный подход к профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Е. Е Маслак [и др.] // Институт стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 82–84.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies // *Pediatr. Dent.* – 2016. – Vol. 39. – P. 59–61.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИВОДЯЩИХ К НАРУШЕНИЮ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН

Судакова С. Е., Походенько-Чудакова И. О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Ежедневно на врачебном приеме стоматолог-хирург сталкивается с большим числом пациентов, имеющих те или иные факторы риска развития осложнений, как во время выполнения операции, так и в послеоперационном периоде. Некоторые из них могут отмечаться практически у любого человека, а другие являются специфичными для определенных групп населения. Одним из таких факторов риска, способный вызвать серьезные осложнения, является менструация [1]. В некоторых ситуациях, к этому физиологическому состоянию может присоединяться ряд патологических процессов, влияющих на функционирование системы гемостаза. Этот перечень включает патологию, способствующую гипофункции щитовидной железы [6], заболевания, вызывающие нарушения гемостаза, обусловленные дефицитом витамин К-зависимых факторов свертывания крови (патология печени и кишечника, нефротический синдром, лейкозы) [2]. Ревматоидный артрит и системная красная волчанка, осложненные антифосфолипидным синдромом [4], для лечения которого используются оральные антикоагулянты, в том числе «Варфарин» [3]. Помимо этого, показаниями к применению лекарственного средства «Варфарин» являются профилактика и лечение венозных тромбозов, связанных с такими патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы, как мерцание или трепетание предсердий, наличие пристеночного тромба в левом желудочке после перенесенного инфаркта миокарда, рецидивирующие тромбозы вен [2]. Кроме того, прием оральных антикоагулянтов осуществляется для профилактики ишемического инсульта [8] и в составе комплексной терапии при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области и шеи [7]. Помимо препарата «Варфарин», использование пациенткой высоких доз цефазолинов, также может приводить к снижению свертываемости крови [5].