

УДК: 616.31-008.8-053.3/.5

**ПОКАЗНИКИ МІКРОКРИСТАЛІЗАЦІЇ РОТОВОЇ РІДИНИ ТА
ТЕСТУ ЕМАЛЕВОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ В ДІТЕЙ ІЗ
ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ**

Л.Ф. Каськова, К.В.Марченко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Резюме

Дети с зубочелюстными аномалиями нуждаются в усиленном внимании ортодонта и детского стоматолога-терапевта с целью проведения разъяснительной работы по сохранению стоматологического здоровья. Минерализирующий потенциал ротовой жидкости у детей с зубочелюстными аномалиями неудовлетворительный, что указывает на высокую вероятность развития кариеса. Следовательно, необходимо обратить внимание на показатели гомеостаза полости рта детей, имеющих ортодонтическую патологию.

Ключевые слова: дети, зубочелюстные аномалии, ТЭР.

Summary

Children with dentofacial anomalies are in need of orthodontist's and children's dental therapist considerable attention in order to launch a campaign to preserve their dental health. The mineralizing potential of oral liquid in children with dentofacial anomalies is usually poor. It indicates higher probability of caries development. So it is necessary to pay attention to indicators of oral homeostasis in the children with orthodontic pathology.

Key words: children, dentofacial anomalies, ERT.

Література

1. Поширеність ЗЩА в дітей та підлітків Полтавської області / [Головко Н.В., Галич Л.Б., Куліш Н.В. та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2006. – №5. – С. 48–51.
2. Деньга О.В. Поширеність зубощелепних аномалій і карієсу зубів у дітей у період раннього змінного прикусу / Деньга О.В., Мирчук Б.В., Раджаб М. // Український стоматологічний альманах. – 2004. - №1–2. – С. 48–51.
3. Олейник Е.А. Скученное положение зубов – область повышенного риска развития основных стоматологических заболеваний / Е.А. Олейник // Институт стоматологии. – 2007. – №3. – С. 62-63.
4. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Кузьмина Э.М. – М.: Тонга-Принт, 2003. – 216 с.

Зубощелепні аномалії займають чільне місце в стоматологічній практиці [1,2]. Ортодонтична патологія супроводжується косметичними, функціональними порушеннями, наявністю шкідливих звичок у дітей, що спричиняє низку інших змін щелепно-лищевої ділянки та безпосередньо порожнини рота [3,4]. Значна частина дитячого населення не знає, що в них є порушення зубощелепного апарату, або знають, але не лікуються. Це зумовлює необхідність вивчення окремих показників ротової рідини та твердих тканин зубів із метою виявлення факторів ризику виникнення каріозних уражень зубів і патологічних змін у тканинах пародонта з наступним плануванням профілактичних заходів у цих групах дітей.

Об'єкти та методи дослідження

Нами обстежено 600 дітей, 407 із яких мали зубощелепні аномалії, 193 дитини – без ортодонтичної патології. Діти були розподілені на групи з урахуванням наявності зубощелепних аномалій та шкідливих звичок.

По відношенню до лікування зубощелепних аномалій було виділено 5 груп дітей:

1 група - не знають, що в них є зубощелепні аномалії (n=174);

2 група – знають, що в них є зубощелепні аномалії, але не лікуються (n=82);

3 група – знають, що в них є зубощелепні аномалії, та лікуються в ортодонта (n=56);

4 група - лікувалися, але невилікувалися (n=95);

5 група - здорові, ніколи не лікувалися (n=167);

6 група - здорові, раніше лікувалися (n=26).

У всіх дітей визначали тест емалевої резистентності (ТЕР) за В.Р. Окушко (1984). Мінералізуючий потенціал ротової рідини (МПРР) визначали за її мікрокристалізацією за методикою А.Р. Поздєєва (1994). Вірогідність між середніми арифметичними (M_1 та M_2) оцінювали за критерієм t Ст'юдента – Фішера. Відмінність вважали за вірогідну при $p < 0,05$. Усю статистичну обробку результатів клінічних досліджень проводили з використанням програмного забезпечення «Microsoft Office Excel» на РС.

Результати дослідження

Визначення тесту емалевої резистентності показало, що в здорових дітей, тобто без наявності зубощелепних аномалій, цей показник кращий ($p < 0,001$) та дорівнює $3,23 \pm 0,06$ бала, що відповідає низькому рівню структурно-функціональної резистентності емалі (табл.1). У дітей із зубощелепними аномаліями спостерігається дуже низька структурно-функціональна резистентність емалі.

У дітей із зубощелепними аномаліями середній показник мінералізуючого потенціалу ротової рідини становить $1,84 \pm 0,04$ бала, що відповідає незадовільному рівню. У здорових дітей ремінералізуюча здатність ротової рідини вища та відповідає задовільному рівню.

Шкідливі звички обтяжують перебіг зубощелепних аномалій і впливають на гомеостаз порожнини рота. Так, дослідження тесту емалевої резистентності в дітей різних груп спостереження показало, що найкращі його показники спостерігаються в здорових дітей (табл.2). Наявність шкідливих звичок, навіть за відсутності зубощелепних аномалій, погіршує структурно-функціональну резистентність емалі. Найгірші показники виявлені в дітей, у яких виявлена ортодонтична патологія, що супроводжується наявністю шкідливих звичок.

Мінералізуючий потенціал ротової рідини в обстежуваних дітей коливається в межах $1,78 \pm 0,05$ - $2,18 \pm 0,07$ балів та має найкращі значення в дітей без зубощелепних аномалій.

Значна частина дітей не знають, що мають порушення прикусу (табл.3). Це свідчить про безвідповідальне ставлення до свого здоров'я як із боку дітей, так і з боку батьків. У цих дітей найгірші показники тесту емалевої резистентності та мінералізуючої здатності ротової рідини, тобто ці діти є групою ризику відносно виникнення каріозних уражень твердих тканин зубів. Найкращі показники були в дітей, які раніше лікувалися з приводу зубощелепних аномалій та натеper здорові. Слід звернути увагу на показники гомеостазу порожнини рота дітей, які перебувають на ортодонтичному лікуванні. Ці діти потребують особливої уваги, оскільки використання незнімної та знімної апаратури вимагає ретельного догляду за порожниною рота.

Висновки

Діти із зубощелепними аномаліями потребують пильної уваги ортодонта і дитячого стоматолога-терапевта для проведення роз'яснювальної роботи щодо збереження стоматологічного здоров'я. Особливу увагу слід звертати на дітей із ортодонтичною патологією та шкідливими звичками. Діти із зубощелепними аномаліями потребують

профілактичних заходів, спрямованих на підвищення резистентності твердих тканин зубів для запобігання каріозним ураженням.

Таблиця 1

Показники мінералізуючого потенціалу ротової рідини та тесту емалевої резистентності у обстежуваних дітей

Групи дітей та їх кількість	Показники	
	ТЕР, бали	мінералізуючий потенціал, бали
діти із зубощелепними аномаліями, n=407	4,13±0,06	1,84±0,04
здорові діти, n=193	3,23±0,06	2,24±0,05
P	<0,001	>0,05

Таблиця 2

Показники мінералізуючого потенціалу ротової рідини та тесту емалевої резистентності у дітей в залежності від наявності шкідливих звичок та зубощелепних аномалій

Групи дітей	Показники	
	ТЕР, бали	мінералізуючий потенціал, бали
із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками (1), n=230	4,26±0,08	1,78±0,05
із зубощелепними аномаліями та без шкідливих звичок (2), n=177	3,95±0,07 P ₁₋₂ <0,01	1,91±0,05 P ₁₋₂ >0,05
без зубощелепних аномалій та зі шкідливими звичками(3), n=62	3,33±0,1 P ₁₋₃ <0,001 P ₂₋₃ <0,001	2,37±0,08 P ₁₋₃ <0,001 P ₂₋₃ <0,001
без зубощелепних аномалій та без	3,19±0,07 P ₁₋₄ <0,001 P ₂₋₄ <0,001	2,18±0,07 P ₁₋₄ <0,001 P ₂₋₄ <0,001

шкідливих звичок(4), n=131	$P_{3-4} < 0,01$	$P_{3-4} < 0,01$
----------------------------------	------------------	------------------

Примітка:

1. $P_{1...4}$ – вірогідність відмінностей показника між групами дітей під час обстеження.

Таблиця 3

Показники мінералізуючого потенціалу ротової рідини та тесту емалевої резистентності в дітей із урахуванням відношення до лікування зубощелепних аномалій

Групи дітей по відношенню до лікування зубощелепних аномалій	Показники	
	тер, бали	мікрокристалізація, бали
не знають, n=174 (1 група)	4,19±0,09	1,83±0,06
знають, n=82 (2 група)	3,9±0,11 $P_{1-2} > 0,05$	1,8±0,08 $P_{1-2} > 0,05$
лікуються, n=56 (3 група)	4,28±0,16 $P_{1,2-3} > 0,05$	1,78±0,1 $P_{1,2-3} > 0,05$
лікувались, але не вилікувались, n=95	4,11±0,12 $P_{1,2,3-4} > 0,05$	1,91±0,08 $P_{1,2,3-4} > 0,05$

(4 група)		
здорові, ніколи не лікувалися, n=167	3,26±0,06	2,18±0,06
(5 група)	$P_{1,2,3,4-5} < 0,001$	$P_{1,2,3-5} < 0,001$ $P_{4-5} < 0,01$
здорові, раніше лікувалися, n=26	3,11±0,2	2,61±0,13
(6 група)	$P_{1,2,3,4-6} < 0,001$ $P_{5-6} > 0,05$	$P_{1,2,3,4-6} < 0,001$ $P_{5-6} < 0,01$

Примітка:

1. $P_{1...6}$ – вірогідність відмінностей показника між групами дітей під час обстеження.