

Матеріал і методи дослідження. Діти були розподілені за віковими групами: I вікова група - 2-3р.11міс.29д., II вікова група - 4-6р.5міс.29д., III вікова група - 6,6 - 9р. в залежності від стану розвитку коренів молочних молярів.

Проведено аналіз історій хвороб 199 дітей, які звернулись у стоматологічну клініку з метою профілактичного огляду або санації. У даних дітей було проліковано 508 молочних молярів з приводу глибокого карієсу шляхом пломбування каріозних дефектів склоіономерними цементами.

Аналіз локалізації каріозних порожнин в залежності від віку показав, що кількість каріозних порожнин розташованих на проксимальних поверхнях зубів зростає, а на жувальних поверхнях зменшується із збільшенням віку пацієнтів. Відповідно, у дітей першої вікової групи переважали порожнини розташовані на жувальних поверхнях молярів (66,47±3,62%) по відношенню до проксимальних поверхонь (33,53±3,62%), у дітей другої вікової групи кількість порожнин на жувальних поверхнях молярів зменшувалася у порівнянні з дітьми першої вікової групи (55,59±2,98%)($p < 0,05$), а у дітей третьої вікової групи більшість порожнин були розташовані на проксимальних поверхнях зубів(52,46±6,39%)($p < 0,05$).

Аналіз частоти виникнення ускладненого карієсу у молярах в залежності від локалізації каріозних порожнин показав, що в усіх вікових групах ускладнений карієс частіше виникав у зубах, каріозні порожнини в яких були первинно локалізовані на проксимальних поверхнях. Так, у дітей першої вікової групи зі 113 молярів, які мали порожнини на жувальних поверхнях, ускладнений карієс спостерігався лише у 26 зубах, тобто у 23±3,95%, натомість з 57 зубів, що мали каріозні порожнини на проксимальних поверхнях ускладнений карієс спостерігався у 31 зубі, що склало 54,38±6,59%.

У дітей другої вікової групи 154 каріозні дефекти розташовувались на жувальних поверхнях зубів. З них повторного лікування з приводу ускладненого карієсу протягом наступних трьох років потребували 45 зубів, що склало 29,22±3,66%. Каріозні порожнини, що були розташовані на проксимальних поверхнях молярів спостерігалися у 123 зубах, 58 з яких (47,15 ±4,5%) потребували повторного лікування на протязі наступних трьох років.

У дітей третьої вікової групи 29 зубів мали каріозні дефекти розташовані на жувальних поверхнях. З них 6 зубів (20,68±7,52%) в подальшому потребували лікування з приводу ускладненого карієсу. Із 32 зубів, каріозні порожнини в яких були локалізовані на проксимальних поверхнях, 11 (34,37 ±8,39%) мали ускладнені форми карієсу протягом наступних трьох років.

Отже, з аналізу результатів лікування глибокого карієсу молочних зубів у дітей різних вікових груп встановлено, що локалізація каріозних порожнин відіграє важливу роль у частоті виникнення ускладнень після лікування даної патології. Кількість каріозних порожнин розташованих на жувальних поверхнях переважала над кількістю проксимально розташованих порожнин у дітей першої вікової групи у порівнянні із дітьми третьої вікової групи, де більшість каріозних порожнин були локалізовані на проксимальних поверхнях молочних молярів.



УДК:616.314.9-002-02:616.316-008.83

Н. І. Смоляр, д. мед. н., Х. Г. Мусій-Семенців

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

МІНЕРАЛІЗУВАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ ПРИ РІЗНИХ СТУПЕНЯХ АКТИВНОСТІ КАРІЄСУ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ

Карієс молочних зубів у дітей дошкільного віку залишається одним з актуальних питань сучасної стоматології. Стійкість зубів до карієсу забезпечується властивостями ротової рідини, які визначаються якісними та кількісними характеристиками змішаної слини, її здатністю підтримувати фізіологічну рівновагу процесів де- і ремінералізації. Але під дією чинників зовнішнього середовища та внутрішніх факторів відбувається зміна мінералізувального потенціалу ротової рідини. Враховуючи високу поширеність карієсу молочних зубів важливим є дослідження властивостей ротової рідини у дошкільнят, що буде сприяти удосконаленню методів профілактики.

Мета роботи. Вивчити особливості мінералізувального потенціалу ротової рідини у дітей дошкільного віку, що проживають у сільській місцевості.

Матеріал та методи дослідження. Проведено дослідження ротової рідини у 434 дітей віком від 2 до 6 років сільської місцевості, які було поділено на групи залежно від віку та ураження зубів карієсом. Ступінь активності карієсу вираховували за даними Н.В. Біденко. Дослідження кристалоутворення ротової рідини проводили за методикою Леуса П.А. (1977).

Результати дослідження. Аналіз особливостей мікрокристалізації ротової рідини в обстежених дітей показав, що в середньому при I та II ступенях активності карієсу у ротовій рідині переважає II тип кристалів (відповідно 71,25±5,1% та 60,51±3,9% дітей), при III ступені активності спостерігається незначне зменшення відсо-

тка обстежених дітей із кристалами II типу - до $44,16 \pm 5,7\%$. Найбільша кількість кристалів I типу виявляється в дітей із I ступенем активності ($13,70 \pm 3,8\%$), при II ступені активності каріозного процесу їхня частка зменшується до $3,82 \pm 1,5\%$ відповідно ($p < 0,05$). У дітей із III ступенем активності карієсу взагалі відсутні кристали I типу. Проте зростає кількість кристалів III типу: з $15,05 \pm 3,9\%$ у дітей із I ступенем активності карієсу до $55,84 \pm 5,7\%$ у дітей із III ступенем активності ($p < 0,001$).

У дітей з I ступенем активності карієсу спостерігається збільшення кількості кристалів I типу з $6,25 \pm 4,6\%$ у два роки до $23,08 \pm 4,7\%$ у шість років ($p < 0,01$). При II ступені активності карієсу виявлено, навпаки, зменшення кількості кристалів I типу з двох до чотирьох років (з $16,67 \pm 7,1\%$ до $2,32 \pm 1,8\%$ відповідно) ($p < 0,05$). У шість років не виявляються кристали I типу. Також у всіх вікових групах дітей із III ступенем каріозного процесу повністю відсутні кристали I типу.

Проте виявляється значно більша кількість дітей із кристалами II і III типу. Так, у двохрічних дітей із I ступенем активності карієсу частка кристалів II типу становить $81,25 \pm 7,4\%$. У п'ять років кількість кристалів II типу зменшується до $61,54 \pm 5,4\%$. Але спостерігається збільшення відсотка дітей із кристалами III типу з $12,5 \pm 6,3\%$ у два роки до $18,75 \pm 4,7\%$ у чотири роки. При II ступені активності карієсу кількість кристалів II типу зменшується у два рази з двох до шести років (з $83,33 \pm 7,1\%$ до $43,59 \pm 5,5\%$) ($p < 0,001$). Але збільшується кількість кристалів III типу в дітей із II ступенем активності карієсу: з $19,23 \pm 5,4\%$ у три роки до $56,41 \pm 5,5\%$ шість років ($p < 0,001$). З III ступенем активності каріозного процесу теж спостерігається тенденція до зменшення з віком відсотка кристалів II типу: з $71,43 \pm 6,1\%$ у три роки до $35,71 \pm 5,4\%$ у шість років ($p < 0,001$). Але збільшується кількість обстежених дітей із кристалами III типу (від $28,57 \pm 6,1\%$ до $64,29 \pm 5,4\%$) ($p < 0,001$).

Отже, типи мікрокристалізації ротової рідини в дітей дошкільного віку змінюються залежно від ступеня активності карієсу. Найсприятливіше становище спостерігається в дітей із I ступенем карієсу, виявляється найбільша кількість кристалів I типу і II типу. При II ступені активності карієсу зменшується відсоток дітей із I та II типом, проте зростає кількість кристалів III типу. А III ступінь каріозного процесу характеризується відсутністю I типу кристалів та збільшення відсотка кристалів III типу. Тому можна стверджувати, що така зміна мінералізувального потенціалу ротової рідини є одним з чинників ризику розвитку карієсу зубів у дітей дошкільного віку.



УДК 616.314-002-039.71-053.26613.953.2

И. И. Соколова, д. мед. н., Е. Г. Ярошенко, к. мед. н., А. А. Токарь

Харьковский национальный медицинский университет

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОДНОГО ИЗ МЕТОДОВ ЭКЗОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА, У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Известный ученый-исследователь проблемы раннего кариеса R.J. Berkowitz (2003) характеризует проблему РДК как глобальную проблему охраны здоровья в мире. Распространенность РДК в мире колеблется в широком промежутке – от нескольких процентов до 70 % и выше, у детей различных стран и регионов.

Одним из факторов повышения кариесогенной ситуации в полости рта у детей раннего возраста является искусственное вскармливание, т.к. в рационе этих детей преобладают легкоферментируемые углеводы. Искусственные смеси содержат значительно большее количество углеводов в сравнении с грудным молоком (76,5-85% против 7%).

Профилактическая работа среди детей первых трех лет жизни нередко проводится не в полном объеме.

Поэтому целью наших исследований явилась изучение эффективности герметизации фиссур у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 49 детей в возрасте от 12 месяцев до 24 месяцев, которые имели патологию твердых тканей зубов и находились на искусственном вскармливании (от рождения и до 12 месяцев) в зависимости от возрастного периода эти дети были поделены на две группы.

При клиническом обследовании всех детей мы учитывали количество прорезавшихся зубов, проводили оценку интенсивности кариеса по показателю КП, а также определяли уровень гигиены полости рта на основании индекса зубного налета описанным Э.М.Кузьминой (2000г.).

Из этого следует, что у обследованных детей первой и второй группы высокий уровень интенсивности кариеса, индекс зубного налета в первой группе соответствует удовлетворительной гигиене полости рта, во второй группе отвечает плохой гигиене полости рта. После санации полости рта детей наблюдали 1 раз в два месяца и по мере прорезывания временных моляров проводили герметизацию фиссур стеклоиономерным цементом (GC Fuji IX, Ketac Molar ART (ЗМ ЭСПЕ), Кавитан (SPOFA Dental). Результаты герметизации контролировали через два месяца, четыре месяца и шесть месяцев. Результаты контроля свидетельствуют о том, что через два и четыре в 96% наблюдений, а через шесть месяцев в 94% имело место полная сохранность