

ОСОБЛИВОСТІ ВАД ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ З РІЗНОЮ СОМАТИЧНОЮ ТА ЕНДОКРИННОЮ АТОЛОГІЄЮ – МЕШКАНЦІВ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ)

²Державний заклад «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій «Джерело»

МОЗ України (м.Трускавець)

slub@ukr.net

Робота є фрагментом виконання науково-дослідної роботи кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О. О. Богомольця «Загальні чинники у формуванні стоматологічного здоров'я дітей та підлітків» (№ державної реєстрації 0113U001484).

Вступ. Проблема здоров'я матері та дитини, як пріоритетна, на сьогодні включена Організацією Об'єднаних Націй в «Цілі розвитку тисячоліття» [6]. Впродовж останніх п'яти років рівні захворюваності і поширеності хвороб дитячого населення України, залишаються високими [6]. Враховуючи безумовний вплив на показники захворюваності та поширеності хвороб факторів довкілля та регіональних особливостей мешкання дитини, інтерес становить розподіл цих показників за регіонами України. Найвищі показники захворюваності та поширеності хвороб зареєстровані в м. Києві та Київській області [6,9].

В спектрі хвороб дітей хронічні захворювання органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) посідають друге місце [4]. Так, в період 2000-2001 років (за даними Бюлетеня МОЗ України, Київ, 2001) понад 2,2 млн. дітей мали цю патологію. Захворювання сечостатевої системи реєструються у дітей віком 7-14 рр. в 1,3-2,7 рази, а у дітей віком 15-17 рр. у 3,1-3,3 рази більше, ніж у дітей віком 0-6 років [6]. В Україні також відзначається зростання числа хворих на ендокринну патологію, найбільшу частку якої складають цукровий діабет (ЦД) та захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) [5]. За даними МОЗ України протягом 10 років (2000-2009 рр.) основним захворюванням у дітей був дифузний еутиреоїдний зоб, який разом з тиреоїдами та раком щитоподібної залози становили майже 50%.

Соматичне здоров'я дитини тісно пов'язане з її стоматологічним статусом. Дані літератури свідчать про високу розповсюдженість карієсу та захворювань тканин пародонту у дітей з різними соматичними та ендокринними захворюваннями [1,8,14], але практично відсутня інформація щодо поширеності вад твердих тканин зубів у дитячих контингентів з

вищевказаною патологією – мешканців різних регіонів України.

Вади розвитку твердих тканин зубів у дітей становлять різноманітну за клінічними проявами і походженням групу захворювань [11]. Більшість із них вивчена недостатньо, що утруднює їх лікування та особливо – профілактику, а також профілактику їх ускладнень. Найпоширенішим захворюванням твердих тканин зубів некаріозного генезу є гіпоплазія емалі [11]. Розповсюдженість гіпоплазії емалі в європейських країнах варіює від 2,5 до 40% [17,19]. За даними вітчизняних авторів, поширеність гіпоплазії емалі постійних зубів знаходиться в межах від 16,5 до 40%, вона сягає для тимчасових зубів – 11,9%; для гіпоплазії емалі зубів, ускладненої карієсом – 48,4%, а для гіпоплазії, що поєднується з карієсом – 29,7%. Частіше гіпоплазію емалі виявляють у дітей, які проживають в екологічно несприятливих регіонах, а також у дітей з соматичними захворюваннями [2,10]. Різновидом системної гіпоплазії емалі є молярно-різцева гіпомінералізація емалі (МРГ), критерії діагностики якої було визначено у 2003 році на семінарі European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD). Поширеність МРГ в світі становить 2,4-25% [20,21]. Розповсюдженість МРГ в Україні на сьогодні не вивчалась. Враховуючи все вищезазначене, вивчення уражень твердих тканин зубів некаріозного генезу у дітей з різною соматичною та ендокринною патологією – мешканців різних регіонів України є актуальним.

Мета дослідження – проаналізувати частоту вад твердих тканин зубів на підставі комплексу анамнестичних та клінічних ознак у дітей з соматичною та ендокринною патологією – мешканців різних регіонів України.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єкт дослідження – вади твердих тканин зубів. Предмет дослідження – клінічні характеристики стану твердих тканин зубів. Методи дослідження включали: 1) опитування пацієнта або його батьків; 2) аналіз медичної документації (історії хвороби); 3) зовнішній огляд обличчя; 4) обстеження скронево-нижньощелепного суглоба та жувальних м'язів; 5) обстеження рото-

вої порожнини. Обстеження дітей проводилось згідно з біоетичними вимогами.

Проведено обстеження 294 дітей – мешканців п'яти регіонів України (Північного, Південного, Східного, Західного, Центрального), які перебували на санаторно-курортному лікуванні в Державному закладі «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій «Джерело» МОЗ України (м. Трускавець Львівської області)».

Інформацію щодо анамнезу життя, загального стану здоров'я дитини отримували з історій хвороб. Серед захворювань обстежених контингентів переважали хронічні захворювання ШКТ (дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічні гастрити без загострення), захворювання нирок (хронічний пієлонефрит без загострення), ендокринна патологія (дифузне нетоксичне воло, тиреоїдити). При визначенні вад твердих тканин зубів враховували форму, глибину, симетричність змін. Оцінку характеру некаріозних уражень зубів здійснювали згідно з міжнародною класифікацією стоматологічних хвороб (МКХ-С). Серед них, відповідно до класифікації МКХ-С, діагностована патологія твердих тканин зубів, що відноситься до груп: «Крапчаті зуби» (K00.3), «Порушення формування зубів» (K00.4), «Спадкові вади розвитку твердих тканин зубів» (K00.5).

Для диференціальної діагностики гіпоплазії та карієсу використовували метод вітального забарвлення емалі (Аксамит Л. А., 1973) та метод транслюмінації [17]. Клінічні форми системної гіпоплазії емалі описували згідно з класифікацією Федорова Ю. А. і співавторів (1997). Ступені молярно-різцевої гіпомінералізації емалі, як різновиду системної гіпоплазії емалі, встановлено згідно з рекомендаціями Jalevik B. et al., 2001; Calderara P. et al., 2005. Визначення ступеня важкості флюорозу діагностували за класифікацією Muller I. J., рекомендованою ВООЗ (1975). Клінічні прояви флюорозу реєстрували відповідно до класифікації В. К. Патрикеева. Спадкові вади розвитку твердих тканин зубів визначали відповідно до класифікацій Witcop C. J. (1988), Shields E. D. et al. (1973).

Результати досліджень та їх обговорення. Вади твердих тканин зубів діагностовані у 120 дітей (40,82%).

Системну гіпоплазію емалі, молярно-різцеву гіпомінералізацію емалі, флюороз було виявлено у 104 дітей із соматичною та ендокринною патологією. З них із захворюваннями ШКТ – 73 особи: хронічні гастрити, хронічні гастродуоденіти без загострення – 21 дитина (20,2%), патологія жовчовивідних шляхів (дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний холецистит) – 52 дитини (50,0%) (табл. 1).

У 12 дітей з захворюваннями ендокринної системи (дифузне нетоксичне воло, еутиреоз – 9 (8,65%) дітей, тиреоїдит, еутиреоз – 3 особи (2,89%)), 9 (8,65%) дітей із захворюваннями нирок (хронічний пієлонефрит без загострення), 10 (9,61%) дітей з іншими захворюваннями також було діагностовано вищезазначені вади твердих тканин зубів. В групу інших захворювань були включені: цукровий діабет, лімфоаденопатія, доліхосигма.

Гіпоплазія емалі (K00.40) була встановлена у 62 (21,08%) обстежених з патологією ШКТ та ендокринної системи (табл. 2). У дітей обох груп було діагностовано наступні клінічні форми системної гіпоплазії: плямиста, ерозивна, борозенчаста, які виявлялись, відповідно, в групі із захворюваннями ШКТ у 65,46% (36 осіб), 10,90% (6 осіб), 1,81% (1 особа), в групі із захворюваннями ендокринної системи у 12,74% (7 осіб), 5,45% (3 особи) та 3,64% (2 особи). Системна гіпоплазія емалі зубів була встановлена у 18,7% від загальної кількості обстежених і характеризувалась ураженням груп зубів, внутрішньощелепна мінералізація яких відбувається одночасно. Найчастіше виявлялось ураження перших постійних молярів і різців верхньої та нижньої щелеп. Відомо, що плямиста форма є клінічним проявом недостатньої мінералізації емалі (гіпомінералізації). Плями округлої форми, білого, рідше жовтого кольору, локалізувались на вестибулярній, оральній, жувальних поверхнях фронтальної та бічної груп зубів. Межі плям були чіткі, з гладкою блискучою поверхнею. Деякі плями мали тьмяну і шорстку поверхню, що ймовірно, було наслідком порушення амелогенезу в період закінчення формування емалі.

Таблиця 1.

Розподіл соматичних та ендокринних захворювань серед дітей з вадами твердих тканин зубів (системна гіпоплазія емалі, молярно-різцева гіпомінералізація емалі, флюороз)

Вади твердих тканин зубів n=104					
За захворювання ШКТ n=73		За захворювання ендокринної системи n=12		За захворювання нирок n=9	Інші захворювання n=10
Хронічні гастрити, гастродуоденіти (без загострення)	Патологія жовчовивідних шляхів (дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний холецистит)	Дифузне нетоксичне воло (еутиреоз)	Тиреоїдит (еутиреоз)	Хронічний пієлонефрит (без загострення)	
n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)
21 (20,20%)	52 (50%)	9 (8,65%)	3 (2,89%)	9 (8,65%)	10 (9,61%)

Клінічні форми та ступені вираженості гіпоплазії емалі у дітей з захворюваннями шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози без загострення

Захворювання	Гіпоплазія емалі n=62						
	Системна гіпоплазія емалі n=55 (88,70%)				МРГ n=7 (11,29%)		
	Клінічні форми				Ступені вираженості		
	Плямиста n, (%)	Ерозивна n, (%)	Борозенчаста n, (%)	Змішана n, (%)	Слабкий n, (%)	Середній n, (%)	Важкий n, (%)
Захворювання шлунково-кишкового тракту n=50	36 (65,46%)	6 (10,90%)	1 (1,81%)	-	3 (42,86%)	3 (42,86%)	1 (14,28%)
Захворювання щитоподібної залози n=12	7 (12,74%)	3 (5,45%)	2 (3,64%)	-	-	-	-

На час огляду змінився тільки поверхневий шар. Товщина емалі в ділянці плям була не змінена, температурні подразники не спричиняли больових відчуттів.

Відомо, що ерозивна (чашеподібна форма) свідчить про недостатній розвиток емалі (гіпоматурацію). Чашеподібні заглиблення в емалі у обстежених дітей мали округлу або овальну форму, різний діаметр і глибину. Ерозії розташовувались на одноіменних зубах і мали однаковий розмір і форму. На дні заглиблень емаль була стоншена, крізь неї просвічував дентин жовтого кольору, іноді спостерігалась аплазія в ділянці дна ерозії. Емаль в ділянках гіпоплазії була щільною і гладкою. Борозенчаста форма у дітей з гіпоплазією емалі характеризувалась наявністю однієї або декількох борозен на вестибулярній поверхні зубів, що були розміщені паралельно до різцевого краю або оклюзійної поверхні. Борозни чергувались з незмінними тканинами зуба, що відображало періодичність дії несприятливих чинників на організм дитини. Характерним було виявлення симетричності ураження одноіменних зубів.

Слід відзначити, що у дітей з захворюваннями ШКТ була виявлена МРГ (11,29%) (табл. 2), яка проявлялась несиметричним ураженням різного ступеня тяжкості різців і перших молярів при відсутності видимих причин порушення розвитку цих зубів. На сьогодні, з урахуванням відсутності визначення даного патологічного стану в МКХ-С, МРГ відносять до різновиду гіпоплазії емалі.

У обстежених дітей з МРГ (2,38% від загальної кількості обстежених) встановлено три ступені її вираженості. Слабкий ступінь вираженості було діагностовано у 42,86% обстежених (3 особи). Плями були чітко окреслені, локалізувались на поверхнях молярів у ділянках, що не мали жувального навантаження. У дітей були відсутні скарги на гіперестезію емалі. На тлі гіпомінералізованої емалі карієс не виявлявся. Ураження різців було мінімальним і проявлялось плямами на окремих зубах. Середній ступінь вираженості МРГ був діагностований у 42,86% випадків (3 особи). Виявлялась обмежена плямистість на оклюзійній або різцевій поверхні зубів без де-

струкції емалі. В деяких ділянках гіпомінералізованої емалі мало місце каріозне ураження. Діти скаржились на слабо виражену гіперестезію. Естетична незадоволеність дітей практично не турбувала. Важкий ступінь вираженості МРГ було виявлено у 1-ї дитини (14,28%). Виявлялась вогнищева деструкція в ділянках гіпомінералізованої емалі уражених зубів у поєднанні з гіперестезією. Дитина скаржилась на естетичну незадоволеність.

У 4 дітей (1,36%) була діагностована місцева гіпоплазія, яка локалізувалась на малих кутніх зубах верхньої та нижньої щелеп, а також на постійних різцях. Легка форма патології характеризувалась наявністю плям білого або жовтого кольору поблизу різцевого краю або на горбках. Зуб Тернера (K00.46), який відноситься до важких різновидів місцевої гіпоплазії емалі і характеризується не тільки змінами кольору, але й форми зуба та структури твердих тканин, було діагностовано у 2-х дітей (0,68%).

У 8 обстежених дітей (2,72%) було встановлено дилацерацію (тріщину емалі) (K00.44).

Ендемічна (флюорозна) крапчатість емалі (флюороз зубів) (K00.30) виявлена нами у мешканців ендемічних (з підвищеним вмістом фтору у воді) регіонів України (з центрального регіону – Полтавська область, з південного регіону – Одеська область). Флюороз встановлено у дітей, мешканців ендемічних по вмісту фтору в питній воді районів, з захворюваннями ШКТ (23 дитини) та нирок (9 дітей) і не виявлявся у дітей з ендокринною патологією (табл. 3). У дітей з захворюваннями ШКТ переважали I-III ступені важкості флюорозу: I – 6 обстежених (18,75%), II – 11 осіб (34,38%), III – 6 дітей (18,75%). В групі дітей із захворюваннями нирок визначався II-IV ступені флюорозу, їх розподіл був наступним: II – 1 дитина (3,12%), III – 4 (12,5%), IV – 4 (12,5%). Тяжкого (V) ступеню ураження виявлено не було.

Клінічні прояви флюорозу були представлені дисплазією та гіпоплазією твердих тканин зубів. Дисплазія у обстежених дітей з флюорозом була представлена штриховою, плямистою та крейдоподібно-крапчастою формами. При патології ШКТ штрихова форма була діагностована у 19 дітей

Ступені важкості та клінічні форми флюорозу у дітей з захворюваннями шлунково-кишкового тракту та нирок без загострення

Захворювання	Флюороз n=32									
	Ступені важкості флюорозу					Клінічні форми флюорозу				
						Дисплазія, n=31			Гіпоплазія, n=1	
	I (сумнівний флюороз)	II (дуже слабкий флюороз)	III (слабкий флюороз)	IV (помірний флюороз)	V (тяжке ураження)	штрихова	плямиста	крейдоподібно-крапчаста	ерозивна	деструктивна
n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	n, (%)	
Захворювання шлунково-кишкового тракту n=23	6 (18,75%)	11 (34,38%)	6 (18,75%)	-	-	19 (59,38%)	4 (12,5%)	-	-	-
Захворювання нирок n=9	-	1 (3,12%)	4 (12,5%)	4 (12,5%)	-	1 (3,12%)	5 (15,63%)	2 (6,25%)	1 (3,1%)	-

(59,38%), плямиста – у 4 (12,5%). При захворюваннях нирок штрихова, плямиста, крейдоподібно-крапчаста форми виявлялись, відповідно, в 1 випадку (3,12%), 5-ти (15,63%) та 2-х (6,25%). Штрихова форма характеризувалась наявністю невеликих крейдоподібних смужок-штрихів, розташованих в підповерхневому шарі емалі. Ці зміни були непомітні, виявлялись за умови висушування емалі, були розташовані найчастіше на вестибулярній верхній різці верхньої і нижньої щелеп. Плямиста форма була представлена крейдоподібними плямами, які чергувались з ділянками неураженої емалі та були розташовані на всіх поверхнях коронок зубів. Емаль зуба при крейдоподібно-крапчастій формі дисплазії мала матовий відтінок, на тлі її були добре видимі пігментовані плями. Гіпоплазія була виявлена у однієї дитини (3,12%) з захворюванням нирок і була представлена ерозивною формою: на тлі вираженої пігментації емалі спостерігались дефекти різної форми – ерозії, на яких емаль була відсутня; діагностовано помітне стирання емалі та дентину.

Спадкові вади розвитку встановлені у 0,68% обстежених і представлені незавершеним амелогенезом (K00.50). У однієї дитини діагностовано тип I (спадкова гіпоплазія емалі, пов'язана з порушенням формування її матриксу), у другій дитини – тип III (гіпокальцифікація емалі). При типі I (крапкова (ямочкова) гіпоплазія з аутосомно-домінантним типом успадкування), емаль мала нормальну товщину, була твердою, не зміненого кольору. На поверхні емалі (більше вестибулярної) були виявлені крапкові дефекти, розташовані рядами або стовпчиками. При типі III (гіпокальцифікація з аутосомно-домінантним типом успадкування), характерним був жовтий колір емалі з матовими ділянками. Товщина емалі була не змінена.

Отримані дані свідчать про значну розповсюдженість вад твердих тканин зубів у дітей (40,82%) і співпадають з показниками поширеності некаріоз-

них уражень зубів у дітей, які проживають в рівнинній зоні України (48,95%) [2], і майже в 1,5 рази перевищують цей показник порівняно з дітьми, які мешкають в умовах йодного дефіциту в Прикарпатському регіоні (27,5%) [3].

Відомо, що системна гіпоплазія емалі превалює серед вад твердих тканин зубів, частота її знаходиться в межах від 16% (території з підвищеним природним радіаційним фоном) до 32,46% (території з хімічним антропогенним забрудненням) [2], що співпадає з нашими результатами (18,7% від загальної кількості обстежених дітей). Дещо нижчі показники щодо розповсюдженості системної гіпоплазії емалі діагностовані у дітей з ендемічним зобом (15,5%) [3]. Відомо, що розвиток гіпоплазії пов'язаний з недостатньою або уповільненою функцією амелобластів, що може бути наслідком впливу захворювань, перенесених дитиною протягом перших років життя, вживанням антибіотиків чи інших лікарських засобів, тощо.

Нами не виявлено даних щодо поширеності МРГ серед дітей України. Наші попередні дослідження [12,13] свідчать, що МРГ мала місце у 4,6% обстежених з соматичною та ендокринною патологією – пацієнтів ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини» НАМН України та у 4% учнів ліцею «Універсум» м. Києва. Ці результати відповідають даним обстеження дітей, які знаходились на лікуванні в Державному закладі «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій «Джерело» МОЗ України – у яких МРГ визначалась на рівні 2,38%. За даними білоруських вчених щодо обстеження 104 молодших школярів м. Мінська, середній вік яких становив 8 років, МРГ була діагностована у 18,3% [16].

Флюороз виникає в період амелогенезу внаслідок надмірного надходження в організм плода або дитини води з підвищеним вмістом фтору. Наші дані співпадають з даними літератури, щодо наявності флюорозу у мешканців ендемічних районів Украї-

ни. Згідно з літературними джерелами, в Арцизькому і Тарутинському районах Одеської області, де вміст фтору в питній воді підвищений (1,92 мг/л і 1,84 мг/л, відповідно), діагностовано високу розповсюдженість флюорозу зубів – близько 80% [18]. Превалювання дуже слабкої та слабкої форм флюорозу виявлено у дітей м. Полтави, слабкої та помірної форм – у дитячих контингентів с. Шишаки Полтавської області [7]. Згідно з даними літератури встановлений кореляційний зв'язок між надлишковим вмістом фтору в питній воді і розвитком флюорозу зубів та захворюваннями органів травлення і сечостатевої системи у дітей [15]. Серед обстежених нами дітей з захворюваннями ШКТ мали місце I-III ступені флюорозу, частота яких відповідно становила 18,75%, 34,38% та 18,75%. У дитячих контингентів з захворюваннями нирок діагностовано II-IV ступені флюорозу, відсоток яких становив 3,12%, 12,5%, 12,5%, відповідно.

Висновки

1. Обстеження дітей – мешканців різних регіонів України показало, що вади твердих тканин зубів превалювали у дітей з захворюваннями ШКТ, нирок, ендокринною патологією. Гіоплазія емалі мала місце у обстежених з патологією ШКТ та ендокринної системи. МРГ діагностувалась лише у дітей з патологією ШКТ. Флюороз зубів встановлено у дітей з захворюваннями ШКТ та нирок і не виявлено у дітей з ендокринною патологією.

2. У дітей з патологією ШКТ та щитоподібної залози діагностовано плямисту, ерозивну, борозен-

часту форми системної гіоплазії емалі, які становили, відповідно, в групі із захворюваннями ШКТ 65,46%, 10,90%, 1,81%, в групі із захворюваннями ендокринної системи – 12,74%, 5,45%, 3,64%.

3. МРГ становила 11,29% в структурі гіоплазії емалі і виявлялась лише у дітей з патологією ШКТ. Слабкий ступінь вираженості було діагностовано у 42,86%, середній ступінь вираженості – у 42,86%, важкий ступінь вираженості – у 14,28% випадків.

4. У дітей із захворюваннями ШКТ переважали I-III ступені важкості флюорозу, частота яких в обстеженій групі встановлено, відповідно, у 18,75%, 34,38% та 18,75%. У дітей із захворюваннями нирок визначались II – IV ступені флюорозу, з відповідною частотою 3,12%, 12,5% та 12,5%. Серед клінічних форм флюорозу при патології ШКТ виявлялись лише штрихова (59,38%) та плямиста (12,5%) форми. При захворюваннях нирок виявлялись штрихова, плямиста, крейдоподібно-крапчаста та ерозивна форми з відповідною частотою 3,12%, 15,63%, 6,25% та 3,12%.

5. Діти з вадами твердих тканин зубів на тлі соматичної та ендокринної патології потребують диспансерного нагляду стоматолога та проведення курсу лікувально-профілактичних заходів з метою запобігання ускладнень.

Перспективи подальших досліджень. Розробка та впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів у дітей з вадами твердих тканин зубів на тлі соматичної та ендокринної патології.

Література

1. Біденко Н. В. Особливості клініки, профілактики та лікування карієсу і гінгівіту у дітей з дифузним еутиреоїдним волом: Автореф. дис... канд. мед. наук: (14.01.22) / Н. В. Біденко. – МОЗУ; НМУ імені О. О. Богомольця. – К., 1997. – 18 с.
2. Білоус І. В. Чинники ризику розвитку та шляхи профілактики системної гіоплазії емалі зубів у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.21 "Стоматологія" / І. В. Білоус. – Івано-Франківськ, 2004. – 21 с.
3. Воляк Л. М. Профілактики та лікування системної гіоплазії емалі постійних зубів у дітей з ендемічним зобом: автореферат дис. канд. мед. наук : 14.01.22 / Л. М. Воляк. – Одеса. – 2013. – 20 с.
4. Гастродуоденальная патология у детей: проблемы и перспективы [Электронный ресурс] / Ю. В. Белоусов. – Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/1934>.
5. Динаміка захворюваності на патологію щитоподібної залози в Україні [Електронний ресурс] / В. І. Кравченко, С. В. Поштол. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/17759>.
6. Дудіна О. О. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2 (60). – С. 49-57.
7. Каськова Л. Ф. Показники гомеостазу порожнини рота у дітей із флюорозом регіонів із різним умістом фтору в питній воді / Л. Ф. Каськова, Н. А. Моргун, Л. І. Амосова, С. Ч. Новікова, І. Л. Маковка // Вісник проблем біології і медицини – 2014. – Вип. 3, том 2 (111). – С. 358-360.
8. Клітинська О. В. Особливості стоматологічного статусу дітей із хронічною гастродуоденальною патологією (огляд літератури) / О. В. Клітинська, Ю. О. Мочалов, Н. В. Пупена // Проблеми клінічної педіатрії. Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини. – 2014. – № 1 (23). С. 53-59.
9. Косенко К. Н. Уровень і структура стоматологічної захворюваності у дітей г. Києва / К. Н. Косенко, О. В. Деньга, Л. А. Хоменко, В. С. Иванов // Вісник стоматології. – 2004. – № 4. – С. 79-83.
10. Кріль І. А. Поширеність системної гіоплазії емалі у школярів м. Івано-Франківська / І. А. Кріль, М. М. Рожко // Гал. лікар. вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 53-55.
11. Леус П. А. Некаріозні болісні твердих тканин зубів: учеб-метод. пособие / П. А. Леус. – Минск : БГМУ, 2008. – 56 с.
12. Любарець С. Ф. Розповсюдженість вад твердих тканин зубів у дітей, які мають статус постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС / С. Ф. Любарець // Сучасні аспекти військової стоматології. Збірник наукових праць. Випуск II. – 2013. – Київ. – С. 100 – 103.
13. Любарець С. Ф. Розповсюдженість вад твердих тканин зубів у дітей м. Києва / С. Ф. Любарець, О. Ф. Кабиш, В. М. Колбасинська // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 3, том 2 (103). – С. 324 – 326.
14. Маковка І. Л. Стан органів ротової порожнини та його корекція у дітей з хронічними гастродуоденітами: автореф. дис. канд. мед. наук / І. Л. Маковка. – Полтава. – 2001. – 18 с.

15. Новиков Ю. Н. Гигиеническая оценка Московского артезианского бассейна и влияние водного фактора на здоровье населения / Ю. Н. Новиков, М. М. Сайфутдинов, Л. А. Денисов // Вестник СПбГМА им. И. И. Мечникова. – 2001. – № 1 (2). – С. 61-65.
16. Садовская Е. Н. Молярно-резцовая гипоминерализация в группе младших школьников г. Минска / Е. Н. Садовская // Актуальные проблемы современной медицины. Материалы Международной научной конференции студентов и молодых ученых, в двух частях. Часть 1. – 2007. – Минск. – С. 489-490.
17. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення / За редакцією професора Л. О. Хоменко. – Київ: Книга плюс, 2014. – 432 с.
18. Тригуб В. І. Вміст фтору в питних водах Одещини та його вплив на захворюваність населення карієсом і флюорозом зубів [Електронний ресурс] / В. І. Тригуб. – Режим доступу: <http://dspace.onu.edu.ua:8080/bitstream/123456789/2752/1/71-78>.
19. Федоров Ю. А. Некоторые особенности распространенности и клинического проявления некариозных поражений зубов, развившихся в период их формирования (до прорезывания) / Ю. А. Федоров, И. А. Киброцашвили // Стоматология детского возраста и профилактика. – СПб., – 2007. – № 1 – С. 47-52.
20. Lygidakis N. A. Molar-incisor-hypomineralisation (MIH). A retrospective clinical study in Greek children. II. Possible medical aetiological factors / N. A. Lygidakis, G. Dimou, D. Marinou // Eur. Arch. Paediatr. Dent. – 2008. – № 9. – P. 207-217.
21. Weerheijm K. L. Molar incisor hypomineralisation (MIH): clinical presentation, aetiology and management / K. L. Weerheijm // Dent. Update. – 2004. – № 31. – P. 9-12.

УДК 616.314.1-053.2(477)

ОСОБЛИВОСТІ ВАД ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ З РІЗНОЮ СОМАТИЧНОЮ ТА ЕНДОКРИНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ – МЕШКАНЦІВ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Любарець С. Ф., Саранча С. М., Томашівська Л. М.

Резюме. Стаття присвячена вивченню особливостей уражень твердих тканин зубів некариозного генезу у дітей з різною соматичною та ендокринною патологією – мешканців різних регіонів України. Проведено обстеження 294 дітей – мешканців п'яти регіонів України (Північного, Південного, Східного, Західного, Центрального), які перебували на санаторно-курортному лікуванні в Державному закладі «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій «Джерело» МОЗ України (м. Трускавець Львівської області). Обстеження дітей – мешканців різних регіонів України показало, що вади твердих тканин зубів превалювали у дітей з захворюваннями шлунково-кишкового тракту, нирок, ендокринною патологією. Гіпоплазія емалі мала місце у обстежених з патологією шлунково-кишкового тракту та ендокринної системи. МРГ діагностувалась лише у дітей з патологією ШКТ. Флюороз зубів встановлено у дітей з захворюваннями шлунково-кишкового тракту та нирок і не виявлявся у дітей з ендокринною патологією.

Ключові слова: діти, вади твердих тканин зубів, соматична патологія, ендокринна патологія.

УДК 616.314.1-053.2(477)

ОСОБЕННОСТИ ПОРОКОВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С РАЗНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – ЖИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ УКРАИНЫ

Любарец С. Ф., Саранча С. Н., Томашивська Л. М.

Резюме. Статья посвящена изучению особенностей пороков твердых тканей зубов некариозного происхождения у детей с разной соматической и эндокринной патологией – жителей разных регионов Украины. Проведено обследование 294 детей – жителей пяти регионов Украины (Северного, Южного, Восточного, Западного, Центрального), которые находились на санаторно-курортном лечении в Государственном учреждении «Детский специализированный (специальный) санаторий «Джерело» МОЗ Украины (г. Трускавец Львовской области). Обследование детей – жителей разных регионов Украины показало, что пороки твердых тканей зубов преобладали у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, почек, эндокринной патологией. Гипоплазия эмали имела место у обследованных с патологией ЖКТ и эндокринной системы. Молярно-резцовая гипоминерализация эмали установлена у детей только с заболеваниями ЖКТ. Флюороз зубов имел место у детей с заболеваниями ЖКТ и почек и не был выявлен у детей с эндокринной патологией.

Ключевые слова: дети, пороки твердых тканей зубов, соматическая патология, эндокринная патология.

UDC 616.314.1-053.2(477)

PECULIARITIES OF HARD DENTAL TISSUE LESIONS IN CHILDREN WITH VARIOUS SOMATIC AND ENDOCRINE PATHOLOGIES WHO LIVE IN DIFFERENT REGIONS OF UKRAINE

Liubarets S. F., Sarancha S. M., Tomashyvska L. M.

Abstract. The article is dedicated to the study of noncarious hard dental tissue lesions in children with various somatic and endocrine pathologies, living in different regions of Ukraine. The authors have examined 294 children living in 5 regions of Ukraine (the northern region, southern region, eastern region, western region and the central one), who were being treated in the state establishment "Children specialized sanatorium "Dzherelo" of Ministry of Healthcare of Ukraine (Truskavets, Lviv region).

The hard dental tissue lesions were diagnosed in 120 children (40,82%). The estimation of noncarious dental lesions was performed due to the international stomatological diseases classification (ISDC). According to this

classification the following lesions were detected: the "Mottled teeth" group (K00.3), "Diseases of dentogenesis" (K00.4), "Congenital diseases of hard dental tissue development" (K00.5).

Examination of children living in various regions of Ukraine showed that the hard dental lesions prevailed in children with diseases of gastrointestinal tract, kidneys, endocrine diseases, etc.

The enamel hypoplasia was detected in children with gastrointestinal and endocrine pathologies.

Molar-incisor enamel hypomineralization was diagnosed only in children with affected gastrointestinal tract.

Dental fluorosis was diagnosed in children living in endemic regions, who were also diagnosed with gastrointestinal diseases, kidney diseases, and it was absent in children with endocrine pathologies.

The children with affected gastrointestinal tract and endocrine system were diagnosed with spotted, erosive and sulcus systemic enamel hypoplasia, which were represented appropriately as 65,46%, 10,90%, 1,81% in the group with gastrointestinal diseases, and 12,74%, 5,45%, 3,64% in the group with endocrine diseases.

The molar-incisor enamel hypomineralization made 11,29% from the enamel hypoplasia and it was detected just in children with pathological gastrointestinal tract. Slight severity of the disease was diagnosed in 42,86%, moderate severity in 42,86%, severe expression characterized 14,28%.

The children with gastrointestinal diseases were predominantly diagnosed with the 1st-3rd degrees of fluorosis, the morbidity of which in the examined group made up appropriately 18,75%, 34,38% and 18,75%. The children with kidney diseases were diagnosed with the 2nd- 4th fluorosis degrees, appropriately with the following morbidity figures: 3,12%, 12,5% and 12,5%. Gastrointestinal pathologies were characterized by only dashed (59,38%) and mottled (12,5%) forms. Kidney diseases were characterized by the dashed, mottled, chalk-mottled and erosive forms, which made up 3,12%, 15,63%, 6,25% and 3,12% appropriately.

2,72% of the examined children were diagnosed with dilacerations (enamel cracks) (K00.44).

1,36% (4 children) were diagnosed with the local enamel hypoplasia. 2 children (0,68%) were diagnosed with the Turner tooth (K00.46).

The congenital developmental defects were diagnosed in 0,68% of the examined children, represented by incomplete amelogenesis (K00.50).

Keywords: children, hard dental tissues lesions, somatic pathology, endocrine pathology.

*Висловлюємо подяку співробітникам за допомогу у проведенні обстеження дітей.

Рецензент – проф. Біденко Н. В.
Стаття надійшла 03.11.2015 року