

УДК 616.316-008.8-053.5

©Н. Л. Чухрай

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вікові особливості мікрокристалізації ротової рідини у дітей

Вступ. Ротова рідина, як природне рідке біологічне середовище, відіграє велику роль у життєдіяльності зуба та підтриманні гомеостазу порожнини рота і є важливим об'єктом для вивчення етіології та патогенезу каріозного процесу в різних вікових групах (Г. И. Скрипкина, 2012). Однією із основних є її мінералізувальна функція, що забезпечує вторинну мінералізацію зубів після їх прорізування та врегульовує обмінні процеси в емалі зуба.

Багатьма науковими дослідженнями з'ясовано, що мікрокристалізація ротової рідини має індивідуальні особливості й може змінюватись під впливом низки факторів. Особливої уваги та актуальності заслуговує дослідження мікрокристалізації ротової рідини у дітей різного віку, враховуючи зміну складу та функціональної здатності ротової рідини з віком.

Метою роботи стало вивчити особливості мікрокристалізації ротової рідини у дітей різного віку.

Матеріали і методи. Дослідження кристалоутворення ротової рідини було проведено у 581 дитини 5–16-річного віку (279 хлопців та 302 дівчини), які навчалися у шкільних закладах м. Львова за методикою П. А. Леуса (1977). Результати опрацьовано статистично з використанням критерію Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено, що I тип мікрокристалізації ротової рідини зустрічається в середньому у (23,41±1,76) %, II тип — у (47,33±2,07) % та III тип — у (29,26±1,89) % обстежених дітей. Аналіз типу мікрокристалізації ротової рідини показав, що у дітей 5-річного віку кристали I типу зустрічаються лише у (11,94±2,80) % дітей, тоді як кристали II та III типів — у

(44,03±4,29) % ($p < 0,001$). Слід зазначити, що з 6-ти до 7-ми років відсоток дітей із I типом кристалоутворення знижується із (19,44±4,66) % до (11,54±6,27) %, ($p > 0,05$), натомість відсоток дітей із III типом зростає із (41,67±5,81) % до (50,00±9,81) %, що свідчить про зниження мінералізувальної функції ротової рідини у дітей в цей віковий період. Також звертає на себе увагу те, що у віковій групі 5–7 років відсоток дітей із кристалами I типу є достовірно меншим порівняно із відсотком дітей із кристалами II та III типів. У дітей 8-ми років спостерігається лише подібна тенденція, а з 8 до 9 років відсоток дітей із кристалами III типу суттєво знижується із (46,15±9,78) % до (10,81±5,10) % $p < 0,01$. Встановлено, що у групі дітей 9–15 років кількість осіб із кристалами III типу коливається в межах — (10,81±5,10) % — (20,00±6,32) %. У дітей 9–10 та 14–16 років у більшій половині дітей переважає II тип кристалоутворення.

Висновки. 1. Мікрокристалізація ротової рідини має індивідуальні особливості й залежить від віку та статі.

2. Спостерігаються особливості розподілу кристалів у ротовій рідині в дітей 5–9 років. Значне збільшення кристалів III типу в ротовій рідині свідчить про зниження її кристалоутворювальної функції.

3. В активний період прорізування постійних зубів є необхідність проведення превентивних заходів, направлених на забезпечення постійності оптимального вмісту мінеральних компонентів у ротовій рідині в дітей у період активної мінералізації зубів і дозрівання емалі після прорізування з метою формування її карієсрезистентності.