

УДК 616.314.9 – 002 – 06:616.7] – 053

Боднарук Н. І., Безушко Е. В.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНОСТІ КАРІЕСОМ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО–РУХОВОГО АПАРАТУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

bodnaruknatalia27@gmail.com

Дане дослідження є фрагментом планової НДР: «Стоматологічна захворюваність дітей з урахуванням еколого-соціальних чинників ризику та обґрунтування диференційованих методів лікування та профілактики», № державної реєстрації 0110U002147.

Вступ. Незважаючи на численні дослідження вчених та повідомлення про успіхи заходів спрямованих на профілактику карієсу, захворюваність тимчасових зубів залишається серйозною проблемою в багатьох країнах світу. Згідно з даними ВООЗ карієс входить в число шести найбільш поширених захворювань сучасності. Поширеність карієсу тимчасових зубів у світі коливається в широких межах – від кількох відсотків до 70% і вище у дітей різних регіонів та серед різних прошарків населення. В США поширеність карієсу у дітей віком 2-5 років становить, в середньому, 23,7% та коливається серед різних груп населення – від 1% до 38% у дітей 1-2 років, від 5% до 56% – 2-3 річних [11,12]. Поширеність карієсу тимчасових зубів в Україні коливається в межах від 9,05% до 95,3% при інтенсивності – від 0,6 до 4,54 зуба [1,2,3,5,7].

Карієс тимчасових зубів виникає під впливом комплексу місцевих та загальних факторів ризику, які за певний проміжок часу приводять до демінералізації твердих тканин зуба з наступним утворенням каріозної порожнини. Сьогодні, на тлі зростання загальної соматичної захворюваності дітей особливу увагу слід зосередити на взаємозв'язку карієсу з соматичною патологією [6,8,9,10]. Серед захворювань, що впливають на стан зубів у дітей – порушення опорно-рухового апарату (ОРА), які згідно з даними статистики увійшли до першої п'ятірки найпоширеніших хвороб серед дитячого населення України [4]. Очевидно, що з огляду на тісний взаємозв'язок сполучної тканини і твердих тканин зубів, є важливою оцінка впливу патології ОРА на виникнення карієсу зубів у дітей.

Мета дослідження: оцінити вікові особливості ураженості карієсом тимчасових зубів у дітей 3-6 років з патологією ОРА.

Об'єкт і методи дослідження. З метою вивчення стану твердих тканин тимчасових зубів було обстежено 477 дітей віком від 3-ох до 6-ти років, з них – 357 дітей з патологією ОРА та 120 дітей соматично-здорових (група порівняння). Діти з патологією ОРА відвідували дитячі садочки, на базі яких є спеціалізовані групи для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Для оцінки характеру порушень

ОРА були використані витяги з протоколів діагностичних засідань Львівської міської психолого-медико-педагогічної консультації. Стоматологічне обстеження дітей проводилося з дозволу керівництва дошкільних закладів. Батьки усіх обстежених дітей дали інформовану згоду на проведення обстеження згідно до Гельсінської Декларації Всесвітньої медичної асоціації 1964 року. Ураженість карієсом тимчасових зубів визначали за індексами поширеності (у %) та інтенсивності (кп). Найвищу інтенсивність карієсу (НІК) розраховували як середнє значення отримане від третини досліджуваних дітей з найвищими значеннями кп. Отримані під час обстеження результати вносили у розроблену нами карту епідеміологічного обстеження. Результати опрацьовані статистично з використанням критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення.

На основі проведених досліджень встановлено, що поширеність карієсу тимчасових зубів серед дітей з патологією ОРА, в середньому, становить $87,40 \pm 1,79\%$ при інтенсивності $кп=6,12 \pm 0,16$ зуба на одну дитину. У групі порівняння карієс виявлено лише у $60,83 \pm 4,45\%$ дітей при інтенсивності $кп=3,98 \pm 0,34$ зуба ($p < 0,001$), що значно менше, ніж у дітей з патологією ОРА.

Аналіз поширеності та інтенсивності карієсу у дошкільнят залежно від віку виявив тенденцію до зростання ураженості зубів каріозним процесом з віком, як серед дітей з патологією ОРА, так і в групі порівняння (рис. 1, 2). Так, у дітей з патологією ОРА від 3-х до 5-ти років відмічено поступове збільшення частки дітей з карієсом зубів з $75,00 \pm 12,5\%$ до $90,60 \pm 2,05\%$ ($p > 0,05$), при інтенсивності від $4,16 \pm 0,37$ зуба до $6,62 \pm 0,20$ зуба ($p < 0,001$) відповідно. Натомість, у дітей 6-ти річного віку спостерігається незначне, порівняно з попереднім роком, зниження поширеності карієсу до $87,95 \pm 3,57\%$ ($p > 0,05$), однак, інтенсивність карієсу зростає до $7,92 \pm 0,34$ зуба ($p < 0,001$). Найбільш помітне зростання поширеності карієсу у дітей з патологією виявлено у період з 4-х до 5-ти років від $78,33 \pm 5,32\%$ до $90,60 \pm 2,05\%$ ($p < 0,05$) при інтенсивності від $5,78 \pm 0,35$ зуба до $6,62 \pm 0,20$ зуба відповідно ($p < 0,05$).

При аналізі поширеності та інтенсивності карієсу зубів серед дітей групи порівняння виявлено виражене зростання кількості дітей уражених карієсом з 3-х до 6-ти років від $33,33 \pm 8,60\%$ до $83,33 \pm 6,80\%$ ($p < 0,001$) при інтенсивності від $2,03 \pm 0,32$ зуба до $5,46 \pm 0,69$ зуба ($p < 0,001$) відповідно.

Проте, при стрімкому зростанні поширеності та інтенсивності карієсу у групі порівняння, їх показники залишаються значно меншими, ніж у дітей з патологією ОРА. Найбільшу різницю за поширеністю виявлено між трирічними дітьми – більше ніж у 2,0 рази ($p < 0,01$). З віком різниця між показниками поступово зменшувалася: у дітей 4-х років – у 1,4 рази ($p < 0,05$), у дітей 5-ти років – у 1,3 рази ($p < 0,02$), а серед 6-ти річних дітей поширеність карієсу в обох групах була майже на одному рівні ($p > 0,05$). Оцінка різниці між інтенсивністю карієсу у кожному віковому періоді виявила найбільшу різницю (у 2 рази) серед трирічних дітей ($p < 0,001$).

Аналіз поширеності та інтенсивності карієсу тимчасових зубів залежно від характеру порушень ОРА виявив певні особливості. Так, найвище значення поширеності спостерігається у дітей з поєднаною патологією і становить, в середньому, $94,57 \pm 1,1\%$ по відношенню до дітей з плоскостопістю ($81,36 \pm 2,58\%$ ($p < 0,001$)) та порушенням постави ($85,45 \pm 3,26\%$ ($p < 0,01$)) відповідно. Оцінка інтенсивності карієсу залежно від характеру патології виявила дещо вищі показники у дітей з поєднаною патологією ($кп = 6,47 \pm 0,35$ зуба) по відношенню до дітей з порушенням постави ($кп = 6,03 \pm 0,28$ зуба ($p > 0,05$)) та плоскостопістю ($кп = 5,87 \pm 0,31$ зуба ($p > 0,05$)) відповідно.

При аналізі взаємозв'язку поширеності та інтенсивності карієсу у дошкільнят залежно від характеру патології та віку виявлено зростання цих показників з віком (рис. 3, 4). Так, у групі дітей з порушенням постави виявлено поступове зростання поширеності карієсу з 4-х до 6-ти років від $81,82 \pm 8,22\%$ до $89,65 \pm 5,65\%$ відповідно ($p > 0,05$), інтенсивність при цьому достовірно зростає у 1,5 рази – від $4,96 \pm 0,90$ зуба до $7,49 \pm 0,74$ зуба ($p < 0,05$) відповідно. Найнижча поширеність карієсу встановлена у чотирирічних дітей з плоскостопістю ($66,67 \pm 12,17\%$), проте, різниця при зростанні показників у дітей 5-ти років до $85,29 \pm 4,29\%$ з подальшим зниженням у 6 років до $80,00 \pm 6,76\%$ не була достовірною ($p > 0,05$). Натомість, інтенсивність карієсу з віком зросла від $4,84 \pm 0,84$ зуба до $7,08 \pm 0,92$ зуба ($p > 0,05$). При поєднаній патології ОРА з 3-х років відсоток дітей з карієсом поступово збільшувався, а у віці 5 та 6 років поширеність карієсу була найвищою і дорівнювала 100%. Інтенсивність карієсу при цьому зросла у 2 рази (з $4,16 \pm 0,37$ зуба до $8,17 \pm 0,86$ зуба ($p < 0,001$) відповідно).

Найбільший стрибок інтенсивності карієсу виявлено у дітей при поєднаній патології у віці з 3-х до 4-х років (з $4,16 \pm 0,37$ зуба до $6,3 \pm 0,82$ зуба ($p < 0,01$)). Встановлено, що у всі вікові періоди показники поширеності та інтенсивності карієсу у дітей при по-

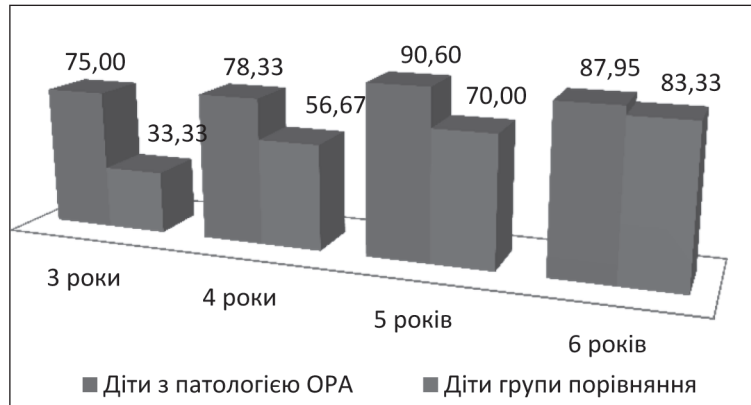


Рис. 1. Поширеність карієсу тимчасових зубів у обстежених дітей (у %).

єднаній патології були дещо вищими у порівнянні з плоскостопістю та порушенням постави. Загалом, при високій поширеності карієсу у дітей при усіх видах патології ОРА та у всі вікові періоди різниця між показниками виявилася не достовірною ($p > 0,05$). Аналіз інтенсивності карієсу у кожному віковому періоді виявив досить однорідні показники, що також вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$) між собою. Достовірну різницю встановили лише між інтенсивністю карієсу у п'ятирічних дітей при поєднаній патології ($7,23 \pm 0,43$ зуба) по відношенню до дітей при порушенні постави ($5,65 \pm 0,46$ зуба ($p < 0,02$)) відповідно.

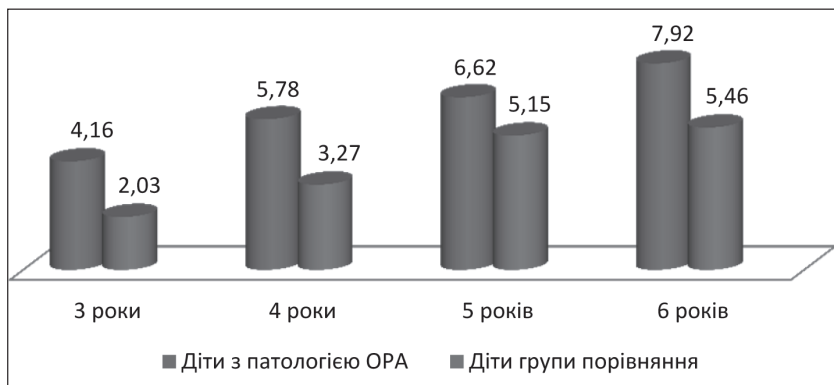


Рис. 2. Інтенсивність карієсу тимчасових зубів у обстежених дітей (кп).

Найбільший стрибок інтенсивності карієсу виявлено у дітей при поєднаній патології у віці з 3-х до 4-х років (з $4,16 \pm 0,37$ зуба до $6,3 \pm 0,82$ зуба ($p < 0,01$)). Встановлено, що у всі вікові періоди показники поширеності та інтенсивності карієсу у дітей при поєднаній патології були дещо вищими у порівнянні з плоскостопістю та порушенням постави. Загалом, при високій поширеності карієсу у дітей при усіх видах патології ОРА та у всі вікові періоди різниця між показниками виявилася не достовірною ($p > 0,05$). Аналіз інтенсивності карієсу у кожному віковому періоді виявив досить однорідні показники, що також вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$) між собою. Достовірну різницю встановили лише між інтенсивністю карієсу у п'ятирічних дітей при поєднаній патології ($7,23 \pm 0,43$ зуба) по відношенню до дітей при порушенні постави ($5,65 \pm 0,46$ зуба ($p < 0,02$)) відповідно.

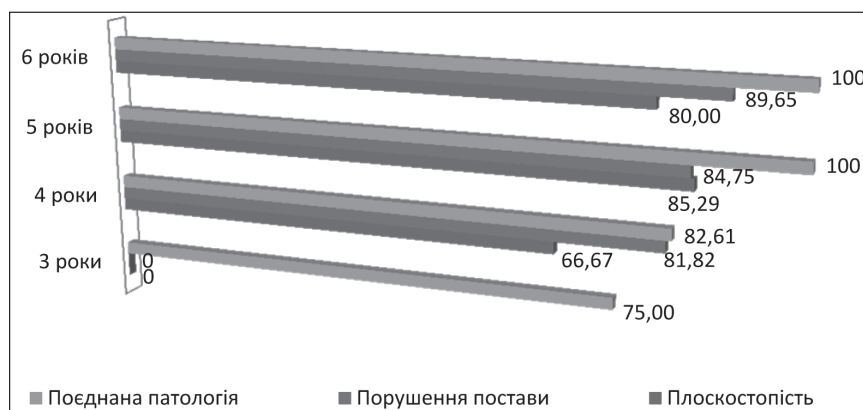


Рис. 3. Поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей залежно від характеру патології ОРА та віку (у %).

При використанні у роботі індексу Найвищої Інтенсивності Карієсу (НІК) — Significant Index of Caries (SIC) виявили групи дітей з найвищим ризиком виникнення карієсу. Аналіз отриманих даних свідчить, що у дітей з патологією ОРА інтенсивність карієсу за кп та індекс НІК становлять, в середньому, $6,12 \pm 0,16$ зуба та $10,65 \pm 0,15$ зуба і є значно вищими по відношенню до дітей групи порівняння – в середньому, $3,98 \pm 0,34$ зуба та $7,20 \pm 0,44$ зуба відповідно ($p < 0,001$).

Оцінка індексу НІК у обстежених дітей за віком виявила зростання показників індексу з віком у

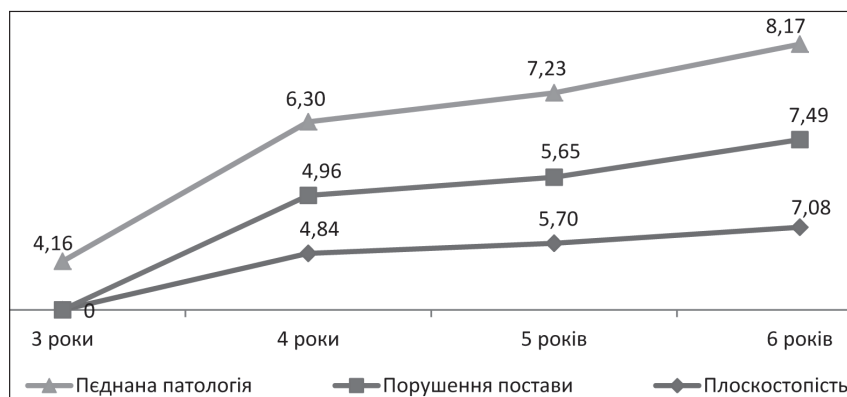


Рис. 4. Інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей 3-6 років з патологією опорно-рухового апарату (кп).

групі дітей з патологією ОРА та в групі порівняння (табл. 1). Так, найнижче значення індексу НІК виявлено у трирічних дітей групи порівняння і становить $4,12 \pm 0,27$ зуба, що значно нижче по відношенню до дітей з патологією ОРА – $6,04 \pm 0,40$ зуба ($p < 0,001$). У дітей 6-ти років групи порівняння індекс НІК становить $9,56 \pm 0,75$ зуба, а у дітей з патологією ОРА він значно вищий і дорівнює $11,98 \pm 0,31$ зуба ($p < 0,01$). Отже, виявлено зростання індексу НІК від 3-х до 6-ти років у дітей з патологією ОРА майже у 2 рази ($p < 0,001$), а у групі порівняння дещо більше ніж у 2 рази ($p < 0,001$). Найбільш виражене зростання індексу НІК виявлено у дітей з патологією ОРА з 4-х до 5-ти років – від $8,02 \pm 0,81$ зуба до $10,92 \pm 0,20$ зуба, відповідно ($p < 0,001$), тоді, як у групі порівняння зростання НІК виражене менше – від $6,34 \pm 0,66$ зуба

до $8,70 \pm 0,68$ зуба, відповідно ($p < 0,02$).

Оцінка різниці між показниками індексу НІК та інтенсивністю карієсу (кп), за середніми показниками, виявила, що у дітей з патологією ОРА індекс НІК перевищує інтенсивність карієсу за кп на $+74,02\%$, а у групі порівняння на $+80,90\%$.

Аналіз між показниками по віку показав, що найбільша різниця між індексами НІК та середньою інтенсивністю карієсу (за кп) встановлена у дітей 3-4 років групи порівняння. Так, у трирічних дітей індекс НІК у 2 рази перевищує середню інтенсивність карієсу (за кп), а у чотирирічних – перевищує на $+93,88\%$. У дітей 5-6-ти років групи порівняння різниця між індексами дещо зменшується ($+68,93\%$ та $+75,09\%$ відповідно), однак, є вищою порівняно з показниками дітей при патології ОРА. Отже, у групі дітей з патологією ОРА мінімальна різниця між показниками спостерігається у віці 3-4 років. У 4-річних дітей НІК перевищує середню інтенсивність карієсу на $+38,75\%$, а у 3 роки на $+45,20\%$. Максимальна різниця між індексами у групі з патологією ОРА виявлена у п'ятирічних дітей і становить $+64,95\%$.

Отримані результати показують, що серед дітей групи порівняння при невисоких показниках інтенсивності карієсу за кп виявлено поодиноких дітей з множинним карієсом. Натомість, мінімальні показники різниці між індексами свідчать про наявність великої кількості осіб з множинним карієсом серед дітей з патологією ОРА.

Було проведено детальний аналіз індексу НІК з урахуванням патології ОРА та віку. Результати аналізу подано у таблиці 2. Встановлено, що з віком у дітей при патології ОРА відбувається зростання індексу НІК. Найбільш

вираженим (більше ніж у 2 рази) воно є у дітей при поєднаній патології – в середньому, від $6,04 \pm 0,40$ зуба до $13,38 \pm 0,33$ зуба ($p < 0,001$). У дітей при плоскостопості та порушенні постави індекс НІК з віком зростає лише у 1,5 рази. Так, при плоскостопості, в середньому, від $7,73 \pm 0,52$ зуба до $10,35 \pm 0,45$ зуба, ($p < 0,001$), а при порушенні постави – від $7,96 \pm 0,85$ зуба до $11,81 \pm 0,38$ зуба, ($p < 0,001$). Встановлено, що у дітей при поєднаній патології значення індексу НІК є вищим у порівнянні з дітьми при плоскостопості та порушенні постави у всі вікові періоди. Найвищий індекс НІК виявлено у шестирічних дітей при поєднаній патології і становить, в середньому, $13,38 \pm 0,33$ зуба, тоді, як у дітей при порушенні постави та плоскостопості значно нижчий – $11,81 \pm 0,38$ зуба ($p < 0,01$) та $10,35 \pm 0,45$ зуба ($p < 0,001$) відповідно.

Аналіз різниці між індексами виявив найменше значення (+35,24%) у чотирирічних дітей при поєднаній патології з подальшим зростанням до +63,57% у шестирічних дітей, в основному, за рахунок високого значення індексу НІК. Найбільша різниця між показниками встановлена у п'ятирічних дітей при порушенні постави (+91,86%) та при плоско-

Таблиця 1.

Інтенсивність карієсу (кп) та НІК тимчасових зубів у обстежених дітей залежно від віку, (кп)

Вік (у роках)	Діти з патологією ОРА			Діти групи порівняння			Р
	НІК	кп	Різниця (%)	НІК	кп	Різниця (%)	
3	6,04±0,40	4,16±0,37	+45,20	4,12±0,27	2,03±0,32	у 2 рази	p<0,001
4	8,02±0,81	5,78±0,35	+38,75	6,34±0,66	3,27±0,52	+93,88	p>0,05
5	10,92±0,20	6,62±0,20	+64,95	8,70±0,68	5,15±0,75	+68,93	p<0,01
6	11,98±0,31	7,92±0,34	+51,26	9,56±0,75	5,46±0,69	+75,09	p<0,01

Примітка: р – ступінь достовірності показників НІК між віковими групами.

Таблиця 2.

Інтенсивність карієсу за кп та НІК тимчасових зубів у обстежених дітей залежно від характеру патології ОРА та віку

Вік	Діти з патологією ОРА								
	Плоскостопість			Порушення постави			Поєднана патологія		
	НІК	кп	Різниця (%)	НІК	кп	Різниця (%)	НІК	кп	Різниця (%)
3	–	–	–	–	–	–	6,04±0,40	4,16±0,67	+45,20
4	7,73±0,52	4,85±0,79	+58,38	7,96±0,85	4,96±0,85	+60,48	8,52±0,81	6,30±0,75	+35,24
5	10,2±0,25	5,70±0,53	+79,47	10,84±0,28	5,65±0,30	+91,86	11,62±0,28	7,24±0,45	+60,50
6	10,35±0,45**	7,10±0,42	+45,77	*11,81±0,38	7,5±0,36	+57,47	*13,38±0,33**	8,18±0,84	+63,57
	p1<0,001			p1<0,001			p1<0,001		

Примітка: ступінь достовірності між показниками НІК у віковому аспекті (3-6 років): p1 – p<0,001; ступінь достовірності між показниками НІК у дітей 6-ти років: * – p<0,01, ** – p<0,001.

стопості (+79,47), а у шестирічних дітей ця різниця знижується до +57,47% та +45,77% відповідно. Зменшення різниці відбувається, в основному, за рахунок підвищення середньої інтенсивності карієсу при менш вираженому зростанні індексу НІК.

Висновки

1. Встановлено, що поширеність карієсу тимчасових зубів серед дітей з патологією ОРА, в середньому, становить 87,40±1,79% при інтенсивності кп=6,12±0,16 зуба та НІК=10,65±0,15 зуба, що знано вище по відношенню до групи порівняння – 60,83±4,45% при кп=3,98±0,34 зуба та НІК=7,20±0,44 зуба відповідно (p<0,001). Виявлено виражене зростання ураженості зубів карієсом

серед дітей з патологією ОРА у віковому аспекті. Найвище значення інтенсивності ураження карієсом зубів виявлено у віці шести років.

2. Аналіз ураженості карієсом тимчасових зубів залежно від характеру порушень ОРА виявив найвище значення поширеності та інтенсивності карієсу у дітей з поєднаною патологією по відношенню до дітей при плоскостопості та порушенні постави.

Перспективи подальших досліджень. Надалі вважаємо доцільним проаналізувати взаємозв'язок фізичного розвитку дітей 3-6 років при патології ОРА з карієсом тимчасових зубів.

Література

1. Безвушко Е.В. Епідеміологічні показники карієсу зубів у дітей Львівської області / Е.В. Безвушко, Н.Л. Чухрай, Н.М. Крупник // Новини стоматології. – 2007. — № 1 (50). – С. 48-51.
2. Біденко Н.В. Ранній карієс у дітей: стан проблеми в Україні та у світі / Н.В. Біденко // Современная стоматология. – 2007. — № 1. – С. 66-71.
3. Гринишин О.Б. Підходи до лікування глибокого карієсу проксимальних поверхонь тимчасових молярів у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.Б. Гринишин. – Львів, 2017. – 23 с.
4. Державна доповідь про становище дітей в Україні (за підсумками 2011 року) / С.Ю. Аксьонова, М.Ю. Варбан, О.А. Васильєв [та ін.] – К.: 2012. – 188 с.
5. Дубецька І.С. Особливості клінічного перебігу та профілактики карієсу молочних зубів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / І.С. Дубецька. – Львів, 2007. – 18 с.

6. Кулигіна В.М. Результати вивчення карієсприятливості емалі зубів та ремінералізуючого потенціалу змішаної слини у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом / В.М. Кулигіна, О.Ю. Пилипюк // Вісник проблем біології та медицини. – 2015. – Вип. 2, Том 3 (120). – С. 359-361.
7. Смоляр Н.І. Ураженість карієсом зубів у дітей раннього віку / Н.І. Смоляр, Х.Г. Мусій-Семенців // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 5. – С. 67-70.
8. Смоляр Н.І. Поширеність та інтенсивність карієсу молочних зубів у дітей із загально-соматичною патологією / Н.І. Смоляр, Х.Г. Мусій-Семенців // Клінічна стоматологія. – 2013. – № 3, 4. – С. 32-33.
9. Чухрай Н.Л. Структура інтенсивності карієсу тимчасових зубів у дітей з бронхіальною астмою / Н.Л. Чухрай, С.Є. Лещук // Клінічна стоматологія. – 2013. – № 3, 4. – С. 38-39.
10. Ярошенко О.Г. Лікування та профілактика захворювань твердих тканин зубів у дітей раннього віку з генетично обумовленою патологією сполучної тканини: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Г. Ярошенко. – Одеса, 2010. – 19 с.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pediatric restorative dentistry // Pediatric dentistry. – 2009. – Vol. 31, № 6. – P. 172-178.
12. Vargas C.M. Disparities in early childhood caries / C.M. Vargas, C.R. Ronzio // BMC Oral Health. – 2006. – Vol. 6 (Suppl. 1). – P. 3-12.

УДК 616.314.9 – 002 – 06:616.7] – 053

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНOSTІ КАРИЄСОМ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Боднарук Н. І., Безвушко Е. В.

Резюме. Карієс тимчасових зубів залишається серйозною проблемою в багатьох країнах світу та згідно з даними ВООЗ входить в число шести найбільш поширених захворювань сучасності. Поширеність карієсу тимчасових зубів у світі коливається від кількох відсотків до 70% і вище, а в Україні – від 9,05% до 95,3% при інтенсивності – від 0,6 до 3,0 зуба. На тлі зростання загальної захворюваності дітей слід зосередити увагу на взаємозв'язку карієсу з порушенням опорно-рухового апарату (ОРА). З метою вивчення стану твердих тканин тимчасових зубів у дітей з патологією ОРА було обстежено 477 дітей віком від 3-ох до 6-ти років, з них – 357 дітей з патологією ОРА та 120 дітей соматично-здорових (група порівняння). Провели порівняльний аналіз поширеності та інтенсивності карієсу, а також індекс НІК. Встановили, що поширеність карієсу тимчасових зубів серед дітей з патологією ОРА становить $87,40 \pm 1,79\%$ при інтенсивності $кп=6,12 \pm 0,16$ зуба та $НІК=10,65 \pm 0,15$ зуба. У групі порівняння карієс виявлено лише у $60,83 \pm 4,45\%$ дітей при інтенсивності $кп=3,98 \pm 0,34$ зуба та $НІК=7,20 \pm 0,44$ зуба, що значно менше, ніж у дітей з патологією ОРА ($p < 0,001$). Отримані результати спонукають до подальших досліджень та розробки ефективних методів профілактики карієсу у даній категорії дітей.

Ключові слова: карієс, тимчасові зуби, патологія ОРА.

УДК 616.314.9 – 002 – 06:616.7] – 053

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Боднарук Н. И., Безвушко Э. В.

Резюме. Карієс временных зубов остается серьезной проблемой во многих странах мира и по данным ВОЗ входит в число шести наиболее распространенных заболеваний современности. Распространенность кариеса временных зубов в мире колеблется от нескольких процентов до 70% и выше, а в Украине колеблется от 9,05% до 95,3% при интенсивности от 0,6 до 3,0 зуба. На фоне роста общей заболеваемости детей особое внимание следует сосредоточить на взаимосвязи кариеса с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА). С целью изучения состояния твердых тканей временных зубов у детей с патологией ОДА было обследовано 477 детей в возрасте от 3-х до 6-ти лет, из них — 357 детей с патологией ОДА и 120 детей соматически-здоровых (группа сравнения). Провели сравнительный анализ распространенности и интенсивности кариеса, а также индекс НІК. Установили, что распространенность кариеса временных зубов среди детей с патологией ОДА составляет $87,40 \pm 1,79\%$ при интенсивности $кп=6,12 \pm 0,16$ зуба, индекс $НІК=10,65 \pm 0,15$ зуба. В группе сравнения карієс выявлен только в $60,83 \pm 4,45\%$ детей при интенсивности $кп=3,98 \pm 0,34$ зуба, индекс $НІК=7,20 \pm 0,44$ зуба, что значительно ниже по сравнению с патологией ОДА, ($p < 0,001$). Полученные результаты побуждают к дальнейшим исследованиям и разработке эффективных методов профилактики кариеса у данной категории детей.

Ключевые слова: кариес, временные зубы, патология ОДА.

UDC 616.314.9 – 002 – 06:616.7] – 053

AGE FEATURES OF THE AFFECTED CARIES OF TEMPORARY TEETH IN CHILDREN WITH PATHOLOGY OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Bodnaruk N. I., Bezvushko E. V.

Abstract. The caries of temporary teeth remains a serious problem in many countries of the world such as the data of WHO show it among six most prevalent diseases of our time. The prevalence of caries of temporary teeth in the world varies from a few percentages to 70 percentages and higher. In Ukraine it varies from 9.05% to 95.3% at intensity from 0.6 to 3.0 tooth. On the background of increase the general somatic morbidity in children the special attention should focus on the relationship of caries with disorders of the musculoskeletal system (MSS). There are single studies, in that the results of dental examination of preschool children are shown with pathology of MSS.

Therefore a study of dental status of preschool children with pathology of MSS is an actual task for modern dental science with next development of the special preventive methods, which can contribute to the improvement of dental status and warning of development of new carious lesions.

To find out the prevalence, intensity and Significant Index of Caries (SIC) in children 3-6 years-old with disorders of the musculoskeletal system.

For the study of state of hard tissues of temporary teeth in children with pathology of MSS 477 children at the age 3-6 years, among them 357 children with pathology of MSS and 120 somatically health children (comparison group) were examined.

On the basis of conducted studies it is established that prevalence of caries of temporary teeth among children with pathology of MSS on average is $87.40 \pm 1.79\%$ at the intensity of $kp\ 6.12 \pm 0.16$ tooth on the one child. In the comparison group caries found only in $60.83 \pm 4.45\%$ of children at the intensity of $kp\ 3.98 \pm 0.34$ tooth ($p < 0.001$), that was significantly less than in children with pathology of MSS. The analysis of prevalence and intensity of caries of temporary teeth depending on character of defeats of MSS has revealed certain features. Thus, the high value of prevalence observed in children with combined pathology and was, on average, $94.57 \pm 1.1\%$ compared to children with flat feet ($81.36 \pm 2.58\%$ ($p < 0.001$)) and a posture ($85.45 \pm 3.26\%$ ($p < 0.01$)) respectively. The estimation of intensity of caries depending on character of pathology found slightly higher indicators in children with combined pathology ($kp=6.47 \pm 0.35$ tooth) relatively to children with violation of posture ($kp=6.03 \pm 0.28$ tooth ($p > 0.05$)) and flat feet ($kp=5.87 \pm 0.31$ tooth ($p > 0.05$)) respectively. Significant Index of Caries (SIC) has identified groups of children with the highest risk of caries. In children with MSS it was 10.65 ± 0.15 tooth and significantly higher relatively to children of the comparison group (7.20 ± 0.44 tooth ($p < 0.001$)). It was conducted a detailed analysis of SIC index considering pathology of the musculoskeletal system. Found that with age in children with pathology of MSS increase Significant Index of Caries. The most pronounced (more than in 2 times) it is in children with combined pathology – on average from 6.04 ± 0.40 tooth to 13.38 ± 0.33 tooth ($p < 0.001$). In children with flat feet and violation of posture SIC index increases with age only in 1.5 times.

The obtained results induce to further studies and development of the effective methods of prevention of dental caries at this category of children.

Keywords: caries, temporary teeth, pathology of musculoskeletal system.

Рецензент — проф. Каськова Л. Ф.

Стаття надійшла 19.03.2017 року

УДК: 616.311.2/3-002-007.17-022.7-078:579

¹Копчак О. В., ²Волінська Т. Б.

МІКРОБІОЦЕНОЗ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КАРМАНІВ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ

¹Інститут стоматології, НМАПО імені П.Л. Шупика (м. Київ)

²Клініка Дубнової (м. Київ)

kmapo14@ua.fm

Дана робота є фрагментом НДР «Патогенетичне обґрунтування нових підходів до лікування генералізованих захворювань пародонту у пацієнтів з ендотеліальною дисфункцією при кардіоваскулярній патології», № державної реєстрації 0116U002487.

Вступ. Дослідження останніх років дозволили суттєво поглибити уявлення про механізми виникнення і прогресування хронічних запальних і запально-дистрофічних захворювань пародонту, серед яких найбільше значення має генералізований пародонтит (ГП), який вражає 95-98% населення та є основною причиною втрати зубів у дорослих осіб [1,6,7].

Було встановлено, що важливим чинником, який визначає прогресування ГП і недостатню ефективність традиційних підходів до його лікування є порушення імунного балансу тканин пародонту, та запуск аутоімунних реакцій, що зумовлюють руйнування власних структур організму людини (прогресуюче руйнування сполучної тканини пародонту, альвеолярної кістки тощо). Згідно сучасних уявлень основним тригером цих аутоімунних реакцій можуть

бути білки теплового шоку, що виділяються мікроорганізмами та зруйнованими тканинами пародонту [2,4,5,8].

З огляду на це було б доцільно дослідити зміни мікробіоценозу пародонтального карману в пацієнтів з генералізованим пародонтитом та встановити кількісний та якісний склад аеробної та факультативно-анаеробної мікрофлори біотопу пародонтальних карманів, яка здатна продукувати білки теплового шоку.

Мета дослідження. Вивчити мікробіоценоз пародонтальних карманів в пацієнтів з генералізованим пародонтитом.

Об'єкт і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети нами проведені мікробіологічні дослідження у 25 хворих з генералізованим пародонтитом хронічного перебігу, віком $44,9 \pm 2,99$ років (10 жінок, 15 чоловіків). Діагноз встановлювали згідно класифікації хвороб пародонту за М.Ф. Данілевським [3].

Мікробіологічні дослідження включали визначення біоценозу пародонтального карману (ПК) мето-