

АРХІВ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал

№ 1 (4) - 2004

Виходить двічі на рік

додаток

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР Є.М.НЕЙКО

Засновник та видавець:

Івано-Франківська державна медична академія МОЗ України

Свідоцтво про державну реєстрацію:

Серія КВ № 6296
отримано 09.07.2002р.

Рекомендовано до друку

Вченою радою Івано-Франківської державної медичної академії
Протокол № 3 від 02.04.2004 р.

Адреса редакції:

Медична академія
вул. Галицька, 2
м. Івано-Франківськ, 76000
Тел. (03422)-3-15-29
Факс (03422)-2-42-95
E-mail: rektor@ifdma.if.ua

Підп. до друку 05.04.2004 р.

Гарнітура *Times New Roman*

Наклад 200 примірників

Формат 60x84/8

Тираж здійснено у видавництві

Івано-Франківської державної

медичної академії, вул. Галицька, 2,

м. Івано-Франківськ, 76000.

Свідоцтво про внесення до Державного

реєстру суб'єкта видавничої справи

ДК №1100 від 29.10.2002р.

Редакційна колегія:

О.В.Буянова, А.Б.Волосянко,
Р.Д.Герасимчук, В.І.Герелюк, Л.В.Глушко
(заступник головного редактора),
І.Ю.Головач (відповідальний редактор),
І.М.Гудз, В.В.Дзвонковська, Б.М.Дикий,
М.В.Зеляк, В.М.Криса, І.Г.Купновицька,
М.А.Лизин, В.Є.Нейко, В.І.Попович,
В.П.Пюрик, О.Л.Цимбаліста, І.М.Шевчук

Редакційна рада:

М.А.Андрейчин, Н.Г.Вірстюк, О.І.Волошин,
М.І.Винник, М.Г.Гончар, Т.М.Дрінь,
В.З.Нетяженко, В.Г.Міщук, З.Р.Ожоган,
В.М.Рижик, С.І.Сміян, В.К.Тащук, І.І.Тітов,
Н.В.Харченко

Секретаріат:

М.М.Семотюк, О.Б.СиньOVERська

**Художній редактор, комп'ютерний
дизайн, оригінал-макет:**

В.Б.Бекіш, Е.О.Чернова

Рішенням Президії ВАК України журнал "Архів клінічної медицини" внесено до переліку видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт з медичних наук (перелік №13, постанова від 10 грудня 2003 р. №1-05/10).

Таблиця 3. Біофізичні показники ротової рідини у дітей із лімфобластним лейкозом та лімфогранулематозом

Показники	Контрольна група (n=50)	Хворі на лімфобластний лейкоз (n=27)	Хворі на лімфогранулематоз (n=23)
швидкість слиновиділеннямл/хв	0,37±0,01	0,14±0,003	0,25±0,01
pH ротової рідини	7,00±0,02	0,65±0,037	6,60±0,02
в'язкість (окр.од.)	2,24±0,09	3,60±0,120	3,50±0,13

Примітка. * - достовірність отриманих результатів в порівнянні з контрольною групою (P≤ 0,05)

матозі суттєвої різниці не виявлено.

При статистичній обробці отриманих результатів, які відображають біофізичні властивості ротової рідини, у дітей хворих на лімфобластний лейкоз та лімфогранулематоз, були виявлені їх значні коливання порівняно з контролем (табл.3). Так рН знижувалося на 1,8% при лімфобластному лейкозі, а при лімфогранулематозі на 5,8% порівняно із здоровими дітьми (P≤0,05). Було встановлено зниження швидкості слиновиділення: при лімфобластному лейкозі на 62%, а при лімфогранулематозі на 32%. Показник в'язкості підвищився при лімфобластному лейкозі у 1,69 рази, а при лімфогранулематозі у 1,6 рази порівняно з контролем.

Висновки

У дітей із лімфобластним лейкозом та лімфогранулематозом виявлена висока розповсюдженість та інтенсивність каріозного процесу у порівнянні з дітьми контрольної групи. Розвиток карієсу відбувається на тлі

зниження вмісту кальцію та магнію, зниження кальцій-фосфорного коефіцієнта, погіршення біофізичних властивостей ротової рідини. Зміни фізико-хімічних показників звичайно приводять до зниження мінералізуючої здатності ротової рідини, а це в свою чергу ускладнює перебіг каріозного процесу та захворювань тканин пародонта. Отримані дані необхідно враховувати під час проведення лікувально-профілактичних заходів у онкогематологічних хворих.

Література

1. Букреева Н.М. Комплексная профилактика и лечение пораженных органов полости рта у детей с острым лейкозом // *Стоматология*. -1982.-№4. - С.20 - 23.
2. Володина Т.Г., Дроздова В.Д., Печенова Т.Н., Бебешко В.Г. Особенности структуры и свойств коллагена при лейкозе // *Гематология и трансфузиология*. – 1990. - №1. – С.75-78.
3. Елизарова В.М., Петрович Ю.А. Ионизированный кальций в слюне детей при множественном кариесе // *Стоматология*. – 1997. – №4. - С. 6-8.
4. Каськова Л.Ф. Вміст кальцію та неорганічного фосфору в ротовій рідині у дітей з родин ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції // *Український медичний альманах*.-2001.-№2- С.149-151.
5. Леонтьев В.К., Петрович Ю.Д. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии.—Омск: Омская правда, 1976.-89 с.
6. Попруженко Т.В. Клиника, диагностика и лечение стоматитов у детей, больных острым лимфобластным лейкозом: Автореф. дис...канд. мед. наук .14.00.21/ Минский медицинский институт. – Минск, 1993. – 17с.
7. Шицкова А.П. Метаболизм кальция и его роль в питании у детей М.: Медицина, 1984. – 112 с.

Одержано 16.02.2004 року.

УДК 616.314-002

УРАЖЕНІСТЬ КАРІЄСОМ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ З УРАХУВАННЯМ ЇХ ОДОНТОГЛІФІКИ ТА ГОМЕОСТАЗУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

Л.Ф. Каськова, Ю.І. Журавльова, Л.Ф. Чуприна, Л.І. Амосова

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

CARIES DAMAGE OF THE FIRST PERMANENT MOLARS TAKING INTO ACCOUNT THEIR ODONTOGLYPHY AND THE ORAL CAVITY IN CHILDREN

L.F. Kaskova, Yu.I. Zhuravlyova, L.F. Tchupryna, L.I. Amosova

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Резюме. У статті представлені результати дослідження впливу показників гомеостазу порожнини рота у дітей на ураженість перших постійних молярів фісурним карієсом. Виявлено, що у дітей 6 років, при однакових показниках гомеостазу порожнини рота, відмічається різна за частотою ураженість карієсом молярів з різною одонтогліфікою та глибиною ямок їх жувальних поверхонь.

Ключові слова: діти, фісурний карієс, одонтогліфіка, гігієна порожнини рота, ротова рідина, карієсрезистентність емалі.

Summary. The article gives the results of the study of the oral cavity homeostasis data influence upon the damage of the first permanent molars with fissure caries in children. It was found that children aged 6 with equal data of the oral cavity homeostasis had different frequency caries damages of molars with different odontoglyphy and the depth of crevices of their occlusal surfaces.

Key words: children, fissure caries, odontoglyphy, hygiene oral cavity, oral lignin, and resistance enamel.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

За даними вітчизняних дослідників в Україні відмічається тенденція значного росту захворюваності на карієс постійних зубів серед дитячого населення [6,5]. Карієс фісур поступово стає найбільш поширеною формою карієсу, тому дослідження у цьому напрямку не втрачають своєї актуальності.

З метою підвищення ефективності профілактики фісурного карієсу нами були проведені дослідження по вивченню особливостей виникнення карієсу в перших постійних молярах у дітей. Нами виявлено, що моляри з ускладненою одонтогліфікою уражаються карієсом з більшою частотою, а патологічний процес у цих зубах, протягом першого року після їх прорізування, локалізується у ямках жувальних поверхонь [3]. Незалежно від одонтогліфіки моляри з глибокими ямками уражаються карієсом частіше, ніж моляри з середніми та неглибокими ямками [2]. Отже, нами була виявлена залежність між виникненням фісурного карієсу в молярах та складністю будови їх жувальних поверхонь.

Але велику роль у дозріванні емалі після прорізування постійних зубів відіграє ротова рідина. Якісні та кількісні зміни останньої, несприятливі значення гігієни ротової порожнини, низький рівень резистентності емалі у цей період також сприяють розвитку карієсу [1,4].

Тому метою нашого дослідження стало вивчення впливу гігієни порожнини рота, структурної карієсрезистентності емалі та деяких показників ротової рідини на частоту ураження постійних молярів з різною одонтогліфікою та глибиною ямок їх жувальних поверхонь у дітей.

Матеріали та методи

Проведене обстеження 233 дітей (I та II групи здоров'я) віком 6 років, які мали 743 інтактних перших постійних молярів з різною одонтогліфікою (типи візерунків У5, +5, II) та глибиною ямок їх жувальних поверхонь. Моляри кожного типу жувальної поверхні були поділені на три групи залежно від глибини ямок: 1 група – з неглибокими, 2 група – з середніми, 3 група – з глибокими ямками жувальної поверхні.

Динаміку фісурного карієсу в постійних молярах у дітей вивчали протягом двох років спостереження. При першому обстеженні дітей вивчали гігієнічний стан порожнини рота, карієсрезистентність емалі та деякі показники ротової рідини.

Гігієнічний стан порожнини рота визначали за індексами Ю.О. Федорова і В.В. Володкіної (1972) та Грін-Вермільйона (1964). Структурно-функціональну резистентність емалі визначали за прискореною методикою Л.І. Косаревої (1983).

Лабораторні дослідження включали визначення швидкості саливації (В.К. Леонтьєв, Ю.А. Петрович, 1976), мінералізуючого потенціалу ротової рідини за типом мікрокристалізації (П.А. Леус у модифікації Х.М. Сайфулліної, О.Р. Поздеева, 1991), в'язкості ротової рідини (Т.Лі. Редінова, 1986). Визначення рН здійснювали за допомогою універсального індикаторного паперу (виробництва "Лахема", ЧССР), шкала з

ціною поділки 0,1 од. рН.

Отримані результати оцінювали в кожній групі молярів залежно від їх одонтогліфіки та глибини ямок.

Результати дослідження опрацьовані з використанням математико-статистичних методів. Відмінності вважалися за вірогідні при $p < 0,05$. Розрахунки проводилися за допомогою ПЕОМ.

Результати та їх обговорення

Аналіз результатів дослідження не виявив суттєвої різниці між показниками, що вивчалися, у дітей, моляри яких належали до 1, 2 та 3 груп взагалі і у межах одного типу окремо.

Так, гігієнічний стан ротової порожнини у дітей, моляри яких належали до різних груп, був незадовільним за індексом Федорова-Володкіної і задовільним за індексом Грін-Вермільйона, середні значення показників, що вивчалися, коливалися у групах від $2,22 \pm 0,09$ до $2,52 \pm 0,12$ балів і від $1,53 \pm 0,08$ до $1,62 \pm 0,84$ балів відповідно.

Вивчення структурно-функціональної резистентності емалі виявило зниження її показників у досліджуваного контингенту дітей. Показники карієсрезистентності емалі в 1, 2 і 3 групах молярів кожного типу окремо і загалом були майже однаковими ($p > 0,05$) і коливалися у межах $1,95 \pm 0,11 - 2,22 \pm 0,13$.

Швидкість саливації у дітей коливалась у групах від 0,41 до 0,49 мл/хв, тобто була нормальною. Її показники суттєво не відрізнялися ($p > 0,05$), як у різних групах кожного типу молярів, так і загалом в 1, 2 та 3 групах.

Середні показники в'язкості слини у вивчаємих групах були у межах $1,46 \pm 0,05 - 1,52 \pm 0,07$ відн. од., що відповідало нормі. Суттєвої різниці між показниками в'язкості слини у трьох групах молярів кожного типу і загалом в 1, 2 та 3 групах виявлено не було ($p > 0,05$).

Вивчення мінералізуючого потенціалу ротової рідини у обстежених дітей виявило наступне. Середні показники мікрокристалізації слини (МКС) у дітей, верхні і нижні моляри яких належали до 1 групи, коливалися у межах $2,98 \pm 0,17 - 3,10 \pm 0,18$ бали, а загалом в 1 групі цей показник склав $3,04 \pm 0,18$ бали, що відповідало задовільному рівню МКС. У дітей, моляри яких належали до 2-х і 3-х груп, середні показники МКС коливалися у межах 2,93 – 2,99 бали і 2,91 – 3,0 бали відповідно. Загалом цей показник у 2-й групі склав 2,97 бали, у 3-й групі – 2,96 бали, що не мало суттєвої різниці з відповідним показником у 1 групі ($p > 0,05$). Отже, рівень МКС ротової рідини у обстежених дітей, моляри яких належали до різних груп, був задовільним.

Середні показники рН ротової рідини у дітей, моляри яких належали до різних груп, були майже однаковими ($p > 0,05$) і коливалися у групах від $7,13 \pm 0,03$ до $7,16 \pm 0,05$. Загалом в 1-й, 2-й і 3-й групах цей показник склав $7,15 \pm 0,05$, $7,14 \pm 0,05$, $7,14 \pm 0,05$ відповідно.

Таким чином, у дітей з різною одонтогліфікою перших постійних молярів та різною глибиною ямок їх жувальних поверхонь гігієнічний стан ротової порожнини визначився як незадовільний ($2,22 - 2,52$ бали) за індексом Федорова-Володкіної та задовільний ($1,53 -$

1,62 бала) за індексом Гріна-Вермільйона, карієсрези-стентність емалі за показниками ТЕР-тесту була зниженою (1,95–2,22); показники швидкості салівації (0,41–0,49 мл/хв) та в'язкості слини (1,46 – 1,52 відн. од.) відповідали нормі; мінералізуючий потенціал ротової рідини мав задовільний рівень (2,91–3,0 балів); рН ротової рідини була слабколужною, тобто всі показники, що вивчалися, були майже однаковими. Але не дивлячись на те, що у дітей показники гомеостазу порожнини рота не мали вірогідної відмінності у 1, 2 та 3 групах, ураженість карієсом через 2 роки спостереження була найбільшою в 3 групі молярів (44%), які мали хоча б одну глибоку ямку жувальної поверхні порівняно з 2-ю групою молярів (32%), які мали хоча б одну середню ямку та 1-ю групою молярів (12%), які мали тільки неглибокі ямки жувальної поверхні.

Висновки

У дітей 6 років, у період прорізування перших постійних молярів, при однакових показниках гомеостазу порожнини рота, визначним фактором розвитку фісурного карієсу є складність будови жувальної поверхні молярів, що необхідно враховувати при проведенні профілактичних заходів.

Література

1. Барер Г.М., Кузьмина И.Н. Особенности диагностики ранних форм кариеса жевательной поверхности первых постоянных моляров //Новое в стоматологии. –1996. -№2. –С.3-5.
2. Журавльова Ю.І. Характеристика ураженості карієсом перших постійних молярів залежно від глибини ямок жувальної поверхні //Український стоматологічний альманах. –2002. -№3. –С.37-39.
3. Каськова Л.Ф., Журавльова Ю.І. Характеристика ураженості карієсом перших постійних молярів в залежності від одонтогліфіки жувальної поверхні //Проблеми екології та медицини. –2001. –Т.5, 31-2. –С.50-53.
4. Рединова Т.Л., Поздеев А.Р. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов: Методические рекомендации для субординаторов, интернов и врачей-стоматологов. –Ижевск, 1994. –24с.
5. Стан твердих тканин зубів у дітей м. Борислава (за даними епідеміологічних обстежень 1994-2000 років) /Н.І. Смоляр, Н.М. Крупник, С.Г. Прокоса, М.Я. Харченко // Стоматологічні новини: 36. Наук. Праць. –Львів, 2001. – Вип.1. –С.84-86.
6. Хоменко Л.А., Кононович Е.Ф., Эль Муттаки Фатима Захра. Поражаемость и тенденция развития кариеса постоянных зубов у детей 6-14 лет //Современная стоматология. –2001. -№1. –С.47-49.

Одержано 11.02.2004 року.

УДК 616.316-008.8-053 + 616.314.17 + 616.33-002

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ГОМЕОСТАЗА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ С РАЗВИТИЕМ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Л.Ф.Каськова, И.Л.Маковка, Н.В.Левченко

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

INTERCOUPLING THE PEROXIDE HOMEOSTASIS INDEXES OF ORAL LIQUID WITH DEVELOPMENT OF CARIES ON CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS

L.F. Kaskova, I.L. Makovka, N.V. Levchenko

Ukrainian Medical Stomatologic Academy, Poltava

Резюме. У змішаній слині дітей, які хворіють на хронічний гастродуоденіт, виявлено посилення процесів перекисного окислення ліпідів, в той же час спостерігається зниження активності антиоксидантних ферментів. Встановлено, що в дітей, які мають каріозні зуби, ці процеси виражені більш суттєво. Тому діти, які хворіють на хронічний гастродуоденіт, потребують включення антиоксидантів у комплекс карієспрофілактичних заходів.

Ключові слова: хронічний гастродуоденіт, карієс, перекисне окислення ліпідів.

Summary. The carried out research showed that the caries diseases in children suffering from chronic gastroduodenitis were widely spread. The oral fluid examination revealed the intensification of lipid peroxide oxidation processes in oral cavity of given contingent. Concurrence of increasing of the peroxidation syndrome to the layering of activity of antioxidant ferments was revealed.

Key word: children, caries, chronic gastroduodenitis, peroxidation of lipids.

Постановка проблеми и анализ последних достижений. В возникновении и развитии различных заболеваний организма человека значительную функционально-структурную роль играет состояние мембран, которое является ведущим фактором, определяющим

развитие самых разнообразных патологических процессов. Их пусковым механизмом является мембраноповреждающие процессы, среди которых значительное место занимает перекисное окисление липидов (ПОЛ) и систем антиоксидантного гомеостаза. В нор-