

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
“УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”**

МАРЧЕНКО КОСТЯНТИН ВАЛЕНТИНОВИЧ

УДК [616.314-002.4+616.314.17]-053.5-084

**ПІДВИЩЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА
ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ**

14.01.22 - стоматологія

**Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Полтава - 2012

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м.Полтава

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор

Каськова Людмила Федорівна,

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, завідувачка кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Курєдова Віра Дмитрівна**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава, завідувачка кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів;

- доктор медичних наук, професор **Ковач Ілона Василівна**, Державний заклад «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України, завідувачка кафедри дитячої стоматології.

Захист відбудеться «___» _____ 2012р. о ___ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України за адресою: 36011, м.Полтава, вул. Шевченка, 23.

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України за адресою: 36011, м.Полтава, вул. Шевченка, 23.

Автореферат розісланий «___» _____ 2012р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
к. мед. н., доцент

О.В. Гуржій

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В останні роки спостерігається тенденція до зростання кількості основних стоматологічних захворювань серед дітей та підлітків. Карієс та хвороби тканин пародонта на сьогоднішній день залишаються однією з головних проблем у стоматології та заслуговують значної уваги як з точки зору лікувальних заходів, так і з точки зору проведення профілактики (Хоменко Л.О., 2000).

Одним із чинників щодо виникнення карієсу та хвороб тканин пародонта є зубощелепні аномалії, поширеність яких за різними даними досягає 95% (Фетісова Г.Л., 2008; Куроєдова В.Д., 2011).

Зубощелепні аномалії - це реальні фактори розвитку захворювань тканин пародонта, що зумовлено погіршенням стану гігієни порожнини рота, патологічними навантаженнями на тканини пародонту (Деньга О.В., 2004; Дмитренко М.І., 2004). У дітей з ортодонтичною патологією створюються умови для виникнення ретенційних пунктів (Каськова Л.Ф., 2005), ускладнюючи таким чином проведення належної гігієни порожнини рота, що є необхідною для профілактики розвитку захворювань твердих тканин зубів та пародонта (Дичко Є.Н., 2005). Але лише частина дітей, що мають зубощелепні аномалії лікуються в ортодонта та не завжди закінчують його. Деякі діти, у зв'язку з низькою медичною грамотністю, навіть не знають, що в них патологія прикусу (Хоменко Л.О., 2006; Безвушко Е.В., 2007; Смоляр Н.І., 2007). Тобто значна частина дітей із зубощелепними аномаліями не отримує ортодонтичного лікування з цього приводу, що, у свою чергу, ускладнює перебіг інших стоматологічних захворювань.

Гігієна порожнини рота - важлива складова профілактики стоматологічних захворювань (Кисельникова Л.П., 2008; Машкаринець О.О., 2008; Соколова І.І., 2010). Існує значна кількість методів чищення зубів, які використовуються при різній патології органів порожнини рота, які передбачають використання зубної пасти та щітки. Але не завжди є можливим досягти позитивного результату за допомогою відомих методів та основних предметів і засобів гігієни. Особливо це спостерігається за наявності зубощелепних аномалій, що супроводжуються скупченістю зубів (Мірчук Б.М., 2006; Макєєв В.Ф., 2007). Недостатня гігієна порожнини рота призводить до змін її гомеостазу, що відображається погіршенням основних показників ротової рідини та стану твердих тканин зубів і тканин пародонта (Каськова Л.Ф., 2004; Загайнова Н.М., 2007). Тому пошук впливу на фактори ризику виникнення стоматологічних захворювань у дітей із зубощелепними аномаліями є важливим для зниження показників захворюваності на карієс та гінгівіт.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Удосконалити лікування та профілактику рецидивів захворювань тканин пародонта та карієсу зубів у осіб із зниженою неспецифічною резистентністю» ДУ «Інститут

стоматології Академії медичних наук України», м. Одеса (шифр АМН 055.04, № держреєстрації 0104U000866).

Автор був безпосереднім виконавцем фрагмента зазначеної науково-дослідної теми.

Мета дослідження: зниження показників інтенсивності карієсу та захворювань тканин пародонта у дітей із зубощелепними аномаліями шляхом застосування лікувально-профілактичного комплексу, спрямованого на підвищення резистентності органів порожнини рота.

Завдання дослідження:

1. Вивчити поширеність зубощелепних аномалій у дітей, наявність у них шкідливих звичок та відношення їх до ортодонтичного лікування.

2. Вивчити поширеність та інтенсивність карієсу й захворювань тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями.

3. Вивчити стан гігієни порожнини рота в дітей різних груп спостереження.

4. Дослідити параклінічні показники (швидкість салівації, мікрокристалізація ротової рідини, тест емалевої резистентності, РМА, проба Шиллера-Писарева) у обстежуваних дітей.

5. Вивчити лабораторні (вміст Са, Р, рН, рівень ТБК-реагуючих продуктів, активність каталази, лізоциму та уреаз ротової рідини, ступінь дисбіозу) показники ротової рідини в дітей груп спостереження.

6. Розробити, апробувати, впровадити лікувально-профілактичний комплекс, спрямований на підвищення резистентності твердих тканин зубів та тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями та оцінити його ефективність.

Об'єкт дослідження: ураження твердих тканин зубів та тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями.

Предмет дослідження: підвищення резистентності твердих тканин зубів та тканин пародонта у дітей із зубощелепними аномаліями.

Методи дослідження: поставлені завдання вирішені шляхом використання епідеміологічних, клінічних (стоматологічне обстеження дітей), параклінічних (визначення стану гігієни порожнини рота, швидкості салівації, показника мікрокристалізації ротової рідини, тесту емалевої резистентності, РМА, проби Шиллера-Писарева), лабораторні (вміст Са, Р, рН, рівень ТБК-реагуючих продуктів, активність каталази, лізоциму та уреаз ротової рідини, визначення ступеню дисбіозу) методів, що дало можливість розробити, апробувати, впровадити лікувально-профілактичні заходи з метою підвищення резистентності твердих тканин зубів і тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями та порушеннями функцій зубощелепного апарату й оцінити їх ефективність.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше проведена оцінка стану твердих тканин зубів у дітей із зубощелепними аномаліями за наявності шкідливих звичок та без них з урахуванням відношення дітей до ортодонтичного лікування. Виявлено, що поширеність та інтенсивність карієсу в дітей із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками вищі, ніж у дітей, які мають ортодонтичну патологію, але не мають шкідливих звичок. Особливу увагу слід приділити дітям, які не знають про наявність у них ортодонтичної патології.

Уперше виявлено, що перебіг карієсу та захворювань тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями та особливо у тих, які не знають про їхнє існування й не лікуються, відбувається на фоні погіршення гігієни порожнини рота, зниження швидкості салівації, погіршення мікрокристалізації ротової рідини та показника тесту емалевої резистентності в порівнянні з практично здоровими дітьми.

Виявлено, що в дітей із зубощелепними аномаліями спостерігається погіршення показників гомеостазу ротової рідини: зниження вмісту кальцію, неорганічного фосфору, рН, зниження активності каталази, підвищення показника ТБК-реагуючих речовин, що є ознакою карієсогенної ситуації в порожнині рота та створення умов для виникнення захворювань тканин пародонта в дітей цієї групи.

Уперше досліджена активність лізоциму та уреаз ротової рідини, визначений ступінь дисбіозу в дітей із зубощелепними аномаліями, що засвідчує наявність у них клінічно субкомпенсованої стадії дисбіозу порожнини рота.

Розроблений і впроваджений у клініку лікувально-профілактичний комплекс сприяє покращенню гігієни порожнини рота, підвищує швидкість салівації, рН ротової рідини, вміст кальцію в ротовій рідині, активність лізоциму; знижує активність уреаз ротової рідини; нормалізує показник ступеня дисбіозу, що позитивно впливає на процеси мінералізації твердих тканин зубів (покращуються тест емалевої резистентності, мінералізуюча здатність ротової рідини), а це призводить до редукції приросту карієсу зубів та зниження інтенсивності захворювань тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені клінічні та лабораторні дослідження мають теоретичне і практичне значення в галузях медицини: стоматології, педіатрії, біохімії, імунології.

Необхідно інформувати дітей із ортодонтичною патологією та їх батьків про негативний вплив зубощелепних аномалій на стан твердих тканин зубів та тканин пародонта.

Діти, які мають зубощелепні аномалії, потребують диспансерного нагляду в лікаря-стоматолога та проведення профілактичних заходів із приводу підвищення резистентності твердих тканин зубів та тканин пародонта.

Запропонований лікувально-профілактичний комплекс дає можливість підвищити резистентність твердих тканин зубів та тканин пародонта, що призводить до зниження показників поширеності та інтенсивності карієсу та захворювань тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями.

Запропонований комплекс заходів для профілактики карієсу та захворювань тканин пародонта впроваджений у практику міської дитячої клінічної стоматологічної поліклініки м.Полтави, м.Харкова, дитячого стоматологічного відділення міської стоматологічної поліклініки м.Первомайська. Результати досліджень використовуються в практичній діяльності та навчальному процесі кафедри дитячої стоматології, дитячої щелепно-лицьової хірургії та імплантології Харківського національного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Дисертант особисто провів інформаційно-патентний пошук, проаналізував літературні джерела за темою дисертації. Разом з

науковим керівником визначені мета та завдання дослідження, сформульовані висновки і практичні рекомендації. Автором самостійно проведені клінічні дослідження, аналіз отриманих результатів, статистична обробка, наукове обґрунтування результатів дослідження, написання всіх розділів дисертації. Клінічні дослідження дітей проведені в міській дитячій клінічній стоматологічній поліклініці м.Полтави, в організованих дитячих колективах м.Полтави. Лабораторні дослідження виконані на базі лабораторії біохімії (зав. лабораторією - к.б.н., с.н.с. Макаренко О.А.) ДУ "Інститут стоматології Академії медичних наук України", м.Одеса.

Особистий внесок здобувача в опублікованих працях разом зі співавторами складає рівномірну частку участі кожного співавтора.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідалися та обговорювалися на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування в терапевтичній стоматології» (Полтава, 2010), науково-практичній конференції стоматологів Закарпаття з міжнародною участю «Актуальні питання профілактики та лікування в стоматології» (Ужгород, 2010), Всеукраїнській науково-практичній конференції «Медична наука - 2010» (Полтава, 2010), міській науково-практичній конференції «Актуальні питання стоматології дитячого віку» (Полтава, 2010), обласній науково-практичній конференції лікарів-стоматологів «Актуальні питання терапевтичної та дитячої стоматології. Сучасні методи лікування стоматологічних захворювань» (Полтава, 2011), міжнародній науково-практичній конференції стоматологів «Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології» (Ужгород, 2011), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в стоматології та клінічній медицині» (Полтава, 2011).

Публікації. За темою дисертаційної роботи опубліковано 10 наукових праць, із них 6 статей у фахових наукових журналах, ліцензованих ВАК України, 4 тез у збірниках матеріалів конференцій. Подана заявка на патент України на корисну модель (позитивне рішення на заявку № u 2011 13064 від 19 березня 2012 року) та раціоналізаторську пропозицію (№ 0046).

Обсяг і структура дисертації. Дисертацію викладено українською мовою. Загальний обсяг роботи становить 168 сторінки машинописного тексту, основний текст дисертації викладено на 139 сторінках. Робота складається із вступу, огляду літератури, опису об'єктів і методів досліджень, матеріалів власних досліджень, які представлені у 4 розділах, обговорення результатів, висновків, практичних рекомендацій і списку літератури. Робота містить 37 таблиць та 3 малюнки. Список використаної літератури налічує 239 робіт, з яких 39 - роботи зарубіжних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи досліджень. Обстежено 600 дітей на базі загальноосвітніх закладів м. Полтави віком 12 років. Дослідження проводили

згідно розподілених груп: 1 група - діти без зубощелепних аномалій та без шкідливих звичок; 2 - діти без зубощелепних аномалій та із шкідливими звичками; 3 - діти із зубощелепними аномаліями та без шкідливих звичок; 4 - діти із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками.

Також оглянуті діти додатково були розподілені на 6 груп - залежно від обізнаності та відношення до свого стоматологічного здоров'я: 1 група - не знають, що в них є зубощелепні аномалії; 2 - знають, що в них є зубощелепні аномалії, але не лікуються; 3 - знають, що в них зубощелепні аномалії та лікуються в ортодонта; 4 - лікувалися в ортодонта, але не завершили лікування; 5 - здорові, раніше лікувалися з приводу зубощелепної аномалії; 6 - здорові, ніколи не лікувалися.

Профілактичні заходи проводилися в групах дітей, які були розподілені наступним чином: 1 група - діти без зубощелепних аномалій, яким призначали лише гігієну порожнини рота (12 дітей); 2 - діти із зубощелепними аномаліями, яким призначали лише гігієну порожнини рота (12 дітей); 3 - діти із зубощелепними аномаліями, яким призначали гігієну порожнини рота із використанням зубної пасти «Новий жемчуг», аплікації глюконату кальцію, обробка ясен гелем «Метрогіл-Дента», настояюю «Фітодент» (12 дітей); 4 - діти із зубощелепними аномаліями, яким призначали запропонований нами профілактичний комплекс (крем для місцевого застосування «Tooth Mousse», біологічно активний препарат «Остеовіт», харчова добавка сорбційної дії «Пектодент - зубний порошок») (14 дітей).

Клінічні методи дослідження. У всіх дітей вивчався стоматологічний статус. Обстеження проводилося за загальноприйнятою схемою, яка передбачала з'ясування скарг, анамнестичних даних, об'єктивне дослідження. Діагноз дітей із зубощелепними аномаліями визначався згідно класифікації Енгля (1889). Оцінка функцій порожнини рота: дихання, ковтання, жування, мови та зтулення губ - проводилась за допомогою клінічних функціональних проб. Для визначення стоматологічного статусу дітей були використані наступні показники: поширеність карієсу у відсотках; інтенсивність карієсу за індексом КПВ; приріст інтенсивності карієсу; редукція річного приросту карієсу у відсотках; редукція індексу РМА у відсотках. Гігієнічний стан порожнини рота визначався за допомогою індексів: Федорова Ю.О. і Володкіної В.В. (1970), Silness-Loe (1964), РНР методу (Podshadley A.G., Haley J.V., 1968), запропонованої модифікації РНР методу. Стан тканин пародонта досліджувався за допомогою проби Шиллера-Писарева, індексу РМА в модифікації Parma (1960).

Мінералізуючий потенціал ротової рідини оцінювали за її мікрокристалізацією (Леус П.А., 1977).

Для визначення резистентності емалі зубів до карієсу застосовували тест емалевої резистентності (Окушко В.Р., Косарева Л.І., 1983).

Лабораторні методи дослідження. Матеріалом для лабораторних досліджень стала ротова рідина. Вміст фосфору в ротовій рідині визначали за відновленням фосфорно-молібденової кислоти, вміст кальцію в ротовій рідині - за кольоровою реакцією з орто-крезолфталеїнкомплексом (Горячковський А.М.,

1998), вміст ТБК-реагуючих продуктів у ротовій рідині - за допомогою тіобарбітурової кислоти (Стальна І.Д., 1977). Визначення активності каталази проводили за методом Гіріна С.В. (1999), активності уреази - за методом Гаврилова Л.М., Сегень І.Т. (1996). Визначення активності лізоциму здійснювали бактеріологічним методом Горіна та ін. (1971) в модифікації Левицького і Жигіної (1974). Для розрахунку ступеня дисбіозу (СД) використовували відносні активності уреази та лізоциму.

Статистичні методи. Усі одержані результати оброблені варіаційно-статистичними методами аналізу з використанням t-критерію Стьюдента-Фішера. Відмінність вважали за вірогідну при $P < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. При обстеженні 600 дітей 12-річного віку виявлено, що 407 мають зубощелепні аномалії, що становить $67,8 \pm 1,9\%$, із них 230 дітей ($56,5 \pm 3,3\%$) мають шкідливі звички. У частини здорових дітей ($32,1 \pm 5,9\%$) також виявлені незначні порушення функцій зубощелепної системи, які можуть призвести до розвитку ортодонтичної та терапевтичної патології.

Із 193 дітей, які не мали порушень прикусу, у 62 - були шкідливі звички (ронове дихання, смоктання предметів, губ чи язика, кусання губ). Не дивлячись на це, поширеність карієсу в них майже однакова і становить $61,6 \pm 3,5\%$ та $61,3 \pm 6,2\%$ відповідно. $56,5\%$ дітей із зубощелепними аномаліями мають шкідливі звички і в них поширеність карієсу вірогідно вища, ніж у дітей із зубощелепними аномаліями, але без шкідливих звичок ($P \leq 0,01$). Найбільша поширеність карієсу спостерігається в дітей, які мають зубощелепні аномалії та шкідливі звички, а найменша - у дітей без зубощелепних аномалій та шкідливих звичок. Показник інтенсивності найнижчий у дітей без зубощелепних аномалій та шкідливих звичок.

Вивчені показники карієсу в дітей із порушеннями прикусу та різною обізнаністю про наявність зубощелепних аномалій у них та різним відношенням до їх лікування. Поширеність карієсу найнижча в дітей, які лікувалися з приводу ортодонтичної патології, завершили лікування та на теперішній час не мають порушень прикусу ($46,1 \pm 9,8\%$). Тобто, ці діти знаходилися на диспансерному обліку в лікаря-стоматолога, який проводив санітарно-просвітницьку роботу та давав рекомендації по догляду за порожниною рота.

Виявлено, що найбільш високий показник поширеності карієсу серед дітей, які мають зубощелепні аномалії, але не знають про це, і дітей, що лікувалися, але не завершили лікування та мають порушення прикусу ($72,4 \pm 3,4\%$ та $70,5 \pm 4,8\%$ відповідно). Це говорить про безвідповідальне ставлення цих дітей до свого стоматологічного здоров'я. Тобто лікарі-стоматологи дитячі під час профілактичних оглядів в організованих дитячих колективах повинні звертати увагу дітей та їхніх батьків на стан порожнини рота, необхідність проведення профілактичних заходів та необхідність стоматологічного лікування.

Серед дітей із зубощелепними аномаліями, захворювання тканин пародонта виявлено у $53,5 \pm 3,4\%$ дітей. У той час, як серед здорових, - у $17,1 \pm 6,6\%$ дітей.

Визначення кількісного значення проби Шиллера-Писарева (йодне число Свракова) показало різницю досліджуваного показника в дітей груп спостереження. Оцінка значень числа Свракова свідчить про наявність слабо вираженого запального процесу в дітей обох груп спостереження, але в дітей із зубощелепними аномаліями цей показник вірогідно вищий, ніж у дітей без ортодонтичної патології.

Найгірший стан гігієни виявлений у дітей, які раніше лікувалися в ортодонта, вважають, що вилікували зубощелепну аномалію, але мають ознаки порушень прикусу, та в дітей, які мають аномалії прикусу, але не знають про це. У цих груп дітей відмічений найвищий показник РМА: $10,38 \pm 1,9\%$ та $7,38 \pm 0,7\%$ відповідно.

Дослідження показали, що гігієна порожнини рота в дітей із зубощелепними аномаліями гірша, ніж у здорових дітей, незалежно від того, який метод дослідження використовується (індекс Федорова-Володкіної, Silness-Loe чи РНР метод).

При вивченні стану гігієни порожнини рота в дітей із урахуванням наявності зубощелепних аномалій та шкідливих звичок виявлено, що найгірший він у дітей, які мають ортодонтичну патологію та шкідливі звички, а найкращий показник гігієни у дітей без зубощелепних аномалій та шкідливих звичок - як для фронтальної групи зубів, так і для молярів. Тобто, зубощелепні аномалії та шкідливі звички є одним із факторів недостатньої гігієни порожнини рота.

Вивчено особливості локалізації зубного нальоту на різних поверхнях зубів у обстежуваних дітей. Найчастіше зубні нашарування спостерігаються на нижній третині медіальної частини зуба та на контактних поверхнях, як на найменш доступних для очищення. Ця тенденція має місце як у хлопчиків, так і в дівчаток. Досліджено локалізацію зубного нальоту в дітей, які мають скупченість зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи. У цих дітей переважає локалізація зубного нальоту на контактних поверхнях ($37,3 \pm 7,9\%$). У дітей із іншими зубощелепними аномаліями - це $31,1 \pm 8,3\%$ випадків, а в здорових дітей - $24,3 \pm 8,8\%$. Тобто при скупченості зубів накопичення зубного нальоту переважно відбувається на контактних поверхнях зубів, які найменш доступні для очищення під час проведення гігієни порожнини рота за допомогою зубної пасти та зубної щітки.

Якщо враховувати в дітей і наявність шкідливих звичок, то найбільш проблемними з точки зору гігієни є діти із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками, оскільки в них наліт накопичується на контактних поверхнях ($42,4 \pm 7,6\%$) та на нижній третині медіальної частини зуба в сполученні з контактними поверхнями ($37,5 \pm 7,9\%$).

Дослідження показали, що особливої уваги з точки зору гігієни порожнини рота потребують діти із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками та діти, які не знають про існування в них ортодонтичної патології. Для об'єктивної оцінки гігієнічного стану в дітей із порушеннями прикусу та особливо в дітей зі скупченістю зубів у фронтальній ділянці, слід використовувати індекс, який дає можливість дослідити та врахувати всі ділянки (фронтальну та бокові) та всі поверхні зубів.

Визначення тесту емалевої резистентності показало, що в здорових дітей, тобто без наявності зубощелепних аномалій, цей показник краще ($P < 0,001$) та дорівнює $3,2 \pm 0,06$ балам, що відповідає низькому рівню структурно-функціональної резистентності емалі. У дітей із зубощелепними аномаліями спостерігається дуже низька структурно-функціональна резистентність емалі. Найгірші показники відмічені в дітей, у яких виявлена ортодонтична патологія, що супроводжується наявністю шкідливих звичок. Середній показник мінералізуючого потенціалу ротової рідини становить $1,8 \pm 0,04$ бали, що відповідає незадовільному рівню. У здорових дітей ремінералізуюча здатність ротової рідини вища ($2,2 \pm 0,05$ бали) та відповідає задовільному рівню.

Значна частина дітей не знає, що має порушення прикусу. У цих дітей найгірші показники тесту емалевої резистентності ($4,2 \pm 0,09$ бали) та мінералізуючої здатності ротової рідини ($1,8 \pm 0,06$ бали), тобто ці діти є групою ризику по відношенню до виникнення каріозних уражень твердих тканин зубів. Найкращі показники відмічені у дітей, які раніше лікувалися з приводу зубощелепних аномалій та на сьогоднішній день здорові ($3,1 \pm 0,2$ та $2,6 \pm 0,13$ бали відповідно). Слід звернути увагу на показники гомеостазу порожнини рота дітей, які знаходяться на ортодонтичному лікуванні.

Виявлено вірогідне зниження вмісту кальцію та неорганічного фосфору, підвищення вмісту ТБК-реагуючих речовин у ротовій рідині дітей із зубощелепними аномаліями. Показники рН ротової рідини дітей груп спостереження не мали вірогідної різниці.

У дітей із зубощелепними аномаліями значно знижений рівень активності лізоциму та підвищений рівень активності уреаз, яка є продуктом життєдіяльності мікроорганізмів ротової порожнини. Це свідчить про наявність дисбіозу порожнини рота в дітей із зубощелепними аномаліями.

Отримані дані вказують на зміни гомеостазу порожнини рота в дітей із зубощелепними аномаліями (зниження вмісту кальцію ($0,22 \pm 0,007$ ммоль/л проти $0,98 \pm 0,05$ ммоль/л у здорових дітей), неорганічного фосфору ($2,86 \pm 0,12$ ммоль/л проти $4,86 \pm 0,27$ ммоль/л у здорових дітей) та активності лізоциму ($0,019 \pm 0,0008$ од/мл проти $0,084 \pm 0,006$ од/мл у здорових дітей), підвищення рівня ТБК-реагуючих речовин ($0,39 \pm 0,01$ мкмоль/л проти $0,18 \pm 0,01$ мкмоль/л у здорових дітей) та активності уреаз ротової рідини ($0,365 \pm 0,012$ мк-кат/л проти $0,112 \pm 0,010$ мк-кат/л у здорових дітей)), які створюють умови для розвитку карієсу та захворювань тканин пародонта в цих дітей. Це спонукає до необхідності проведення профілактичних заходів у дітей із зубощелепними аномаліями для підвищення резистентності твердих тканин зубів та тканин пародонта.

Нами запропонований спосіб підвищення резистентності твердих тканин зубів та тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями, що включає використання біологічно активного препарату „Остеовіт”, який призначають у вигляді таблеток по 1 таблетці 3 рази на день після їжі; харчового продукту сорбційної дії - безабразивного «Пектодент - зубний порошок», для чищення зубів стандартним методом двічі на день - зранку та ввечері; кальційвмісного крему на водній основі «Tooth Mousse», у вигляді аплікації після чистки зубів зранку,

протягом 5 хвилин, без подальшого споліскування порожнини рота чи прийому їжі протягом 30 хвилин. Зазначені процедури використовували протягом місяця з повторенням курсу через півроку.

Комплекс профілактичних заходів призначали дітям із зубощелепними аномаліями віком 12 років. Визначення досліджуваних показників проводилось до початку профілактичних заходів (I обстеження), через 1 місяць після початку проведення профілактичних заходів (II обстеження), через 3 та 6 місяців після I-го обстеження (III та IV обстеження).

Проведення профілактичних заходів у кожній групі спостереження у першу чергу передбачало застосування індивідуальних засобів та предметів гігієни. Тобто кожний пацієнт був навчений стандартному методу чищення зубів та проводив його двічі на день (уранці та ввечері) з використанням відповідних зубних паст, що дало можливість покращити рівень гігієни порожнини рота в дітей усіх груп спостереження вже під час II обстеження. Але за 6 місяців після I-го обстеження показник наближався до рівня I-го обстеження, що вказує на необхідність періодично проводити дітям інструктаж за гігієнічним доглядом порожнини рота.

Індекс Сілнес-Лоу дає можливість оцінити стан гігієни порожнини рота не лише у фронтальному відділі нижньої щелепи, а й у бокових та фронтальному верхньої щелепи. Його визначення в процесі проведення профілактичних заходів показало значне покращення гігієнічного стану порожнини рота в дітей із зубощелепними аномаліями за рахунок видалення зубних нашарувань на зубах верхньої щелепи та бокових ділянках нижньої щелепи, оскільки доступ до них за допомогою використаних зубних щіток значно кращий, ніж при скупченості зубів у фронтальній ділянці.

Порівняння результатів, отриманих після проведення профілактичних заходів та визначення стану гігієни за допомогою індексів РНР та запропонованого методу оцінки ефективності гігієни порожнини рота (поєднаного індексу Федорова-Володкіної з методом РНР), показало, що найбільш об'єктивним є запропонований поєднаний метод, який дає можливість оцінити стан гігієни всіх ділянок порожнини рота та вказати пацієнтам на необхідність приділяти значну увагу фронтальній ділянці та особливо контактним поверхням зубів.

Стан гігієни порожнини рота покращувався у всіх групах дітей, але найкращі показники відмічені у здорових, без зубощелепних аномалій.

Тобто дослідження показали, що основною причиною недостатньої гігієни порожнини рота є наявність зубощелепних аномалій, які супроводжуються скупченістю зубів у фронтальній ділянці, що ускладнює процес очищення зубів від нашарувань. Таким дітям необхідно застосовувати спеціальні предмети та засоби гігієни порожнини рота і проводити ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій.

Дослідження показника РМА у процесі проведення профілактичних заходів у дітей із використанням різних лікувально-профілактичних комплексів показало позитивний вплив проведених заходів на стан тканин пародонта. Найкращі

результати відмічені за місяць від початку лікування (1 група - $0,8 \pm 0,24$ бали, 2 група - $3,72 \pm 0,84$ бали, 3 група - $2,8 \pm 0,74$ бали, 4 група - $1,94 \pm 0,58$ бали). Через півроку показники погіршувалися ($1,46 \pm 0,36$ бали, $5,06 \pm 0,94$ бали, $4,4 \pm 0,76$ бали та $3,2 \pm 0,69$ бали відповідно), що вказує на необхідність повторного проведення профілактичних заходів, але найкращі показники зберігалися в дітей без зубощелепних аномалій, що підтверджує вплив ортодонтичної патології на стан тканин пародонта.

У процесі проведення профілактичних заходів швидкість слиновиділення мала тенденцію до підвищення в усіх групах, але найбільш вагомим це було у дітей 4-ої групи спостереження, яким призначали запропонований комплекс ($0,45 \pm 0,02$ бали під час II-го обстеження проти $0,36 \pm 0,02$ балів під час I-го обстеження). Незначне покращення показника виявлене навіть за 6 місяців від I-го обстеження, що обумовлено, на нашу думку, більш ретельним гігієнічним доглядом за порожниною рота.

Під час I-го обстеження дітей груп спостереження виявлено, що в здорових показник вмісту кальцію в ротовій рідині вірогідно вищий, ніж у дітей із зубощелепними аномаліями, що визначило необхідність застосування в процесі проведення профілактичних заходів препаратів, які б підвищили рівень цього елемента в ротовій рідині. Застосування різних лікувально-профілактичних комплексів призвело до підвищення вмісту кальцію в усіх групах спостереження вже за місяць після I-го обстеження (2 група - $0,36 \pm 0,02$ ммоль/л, 3 група - $0,44 \pm 0,02$ ммоль/л, 4 група - $0,47 \pm 0,02$ ммоль/л). Цей процес спостерігається протягом усього періоду спостереження. Але найбільш вагомі та стійкі результати отримали в 4 групі спостереження, дітям якої проводили призначення запропонованого нами лікувально-профілактичного комплексу. Навіть за 6 місяців після I-го обстеження в цих дітей показник рівня кальцію відповідав значенням здорових дітей ($0,96 \pm 0,04$ ммоль/л).

У дітей із зубощелепними аномаліями відмічено зниження рівня неорганічного фосфору в ротовій рідині в порівнянні зі здоровими дітьми. Після проведення профілактичних заходів спостерігається покращення показника, але дані не мали вірогідної різниці між групами спостереження.

Проведення профілактичних заходів у дітей із зубощелепними аномаліями позитивно вплинуло на стан процесів ліпопероксидації їх ротової рідини. Після проведення профілактичних заходів виявлена тенденція підвищення активності каталази в порівнянні із I-м обстеженням, а також у порівнянні з показником контрольної групи.

Відмічено підвищення антиоксидантного потенціалу ротової рідини, що виражається меншим вмістом ТБК-реагуючих речовин у ротовій рідині дітей із зубощелепними аномаліями в процесі проведення профілактичних заходів, особливо у дітей 4 групи (I обст. - $0,40 \pm 0,02$ мкмоль/л, IV обст. - $0,21 \pm 0,01$ мкмоль/л).

Дослідження показали, що в дітей із зубощелепними аномаліями спостерігаються гірші показники активності лізоциму ($0,019 \pm 0,0008$ од/мл) та

уреази ротової рідини ($0,365 \pm 0,012$ мк-кат/л) в порівнянні з дітьми, у яких немає аномалій прикусу ($0,084 \pm 0,006$ од/мл та $0,112 \pm 0,010$ мк-кат/л відповідно).

Рівень активності лізоциму змінювався в процесі спостереження в залежності від призначених заходів. Так, найкращий результат відмічений у дітей, яким застосовували запропонований нами комплекс, особливо через 1 місяць від початку призначення комплексу ($0,080 \pm 0,003$ од/мл) ($P < 0,05$).

Активність уреази у дітей із зубощелепними аномаліями більша, ніж у дітей без аномалій прикусу. Уміле та раціональне застосування засобів та предметів гігієни дає можливість зменшити кількість зубних нашарувань в порожнині рота, а застосування спеціальних препаратів - підвищити захисні властивості. Це підтверджують проведені дослідження. У дітей, яким призначали запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс, спостерігали покращення показника активності уреази (зменшення його активності до $0,125 \pm 0,02$ мк-кат/л).

Для розрахунку ступеня дисбіозу порожнини рота визначали відносні активності уреази та лізоциму ротової рідини. У практично здорових дітей співвідношення цих показників знаходиться в межах 1. За наявності патологічних змін у порожнині рота це значення збільшується, що спостерігається в дітей із зубощелепними аномаліями. Проведення профілактичних заходів у дітей призвело до зменшення цього показника в дітей усіх груп дослідження. Але найбільше показник наближався до норми в дітей 4-ої групи, яким застосовували запропоновані нами лікувально-профілактичні заходи. Ці результати отримані завдяки використанню відповідних засобів гігієни та складових комплексу, які покращили гігієну порожнини рота та підвищили захисні властивості.

Після проведеного лікування в усіх групах дітей спостерігалось покращення всіх показників порожнини рота, які вивчалися, що дало можливість впливати на показники приросту інтенсивності карієсу та стан тканин пародонта.

Під час I обстеження показник інтенсивності карієсу був найкращим у дітей без зубощелепних аномалій (1 група). У всіх інших групах він був майже однаковий та дещо більший, ніж в 1 групі, але вірогідної різниці показнику інтенсивності карієсу у дітей груп спостереження нами не виявлено.

II та III обстеження показало збільшення кількості каріозних зубів у дітей. Найбільший приріст інтенсивності карієсу за 1,5 роки спостереження відмічений у 2 групі дітей, а найменший у 4 групі дітей, яким призначали запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс (рис. 1, рис. 2).

Карієспрофілактичний ефект застосування профілактичних комплексів за показником редукції приросту карієсу в 3 групі, де проводилося чищення зубів зубною пастою «Новий жемчуг», аплікації глюконату кальцію, обробка ясен гелем «Метрогіл-Дента», ополіскування ротової порожнини настоячкою «Фітодент», становить 7,4% відносно 1 групи та 13,7% - відносно 2 групи. Більш вагомі результати ми отримали під час використання запропонованого нами комплексу. Редукція приросту карієсу у дітей 4 групи спостереження становила 47,2% відносно 1 групи та 59,4% - відносно 2 групи.

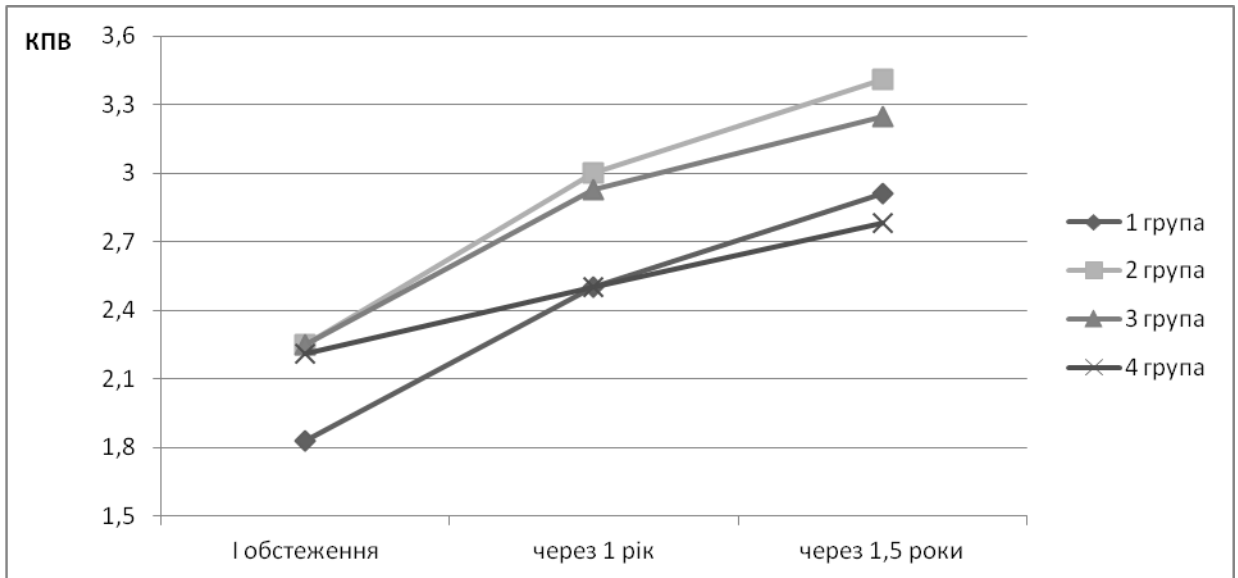


Рис. 1. Динаміка інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей в процесі проведення профілактичних заходів.

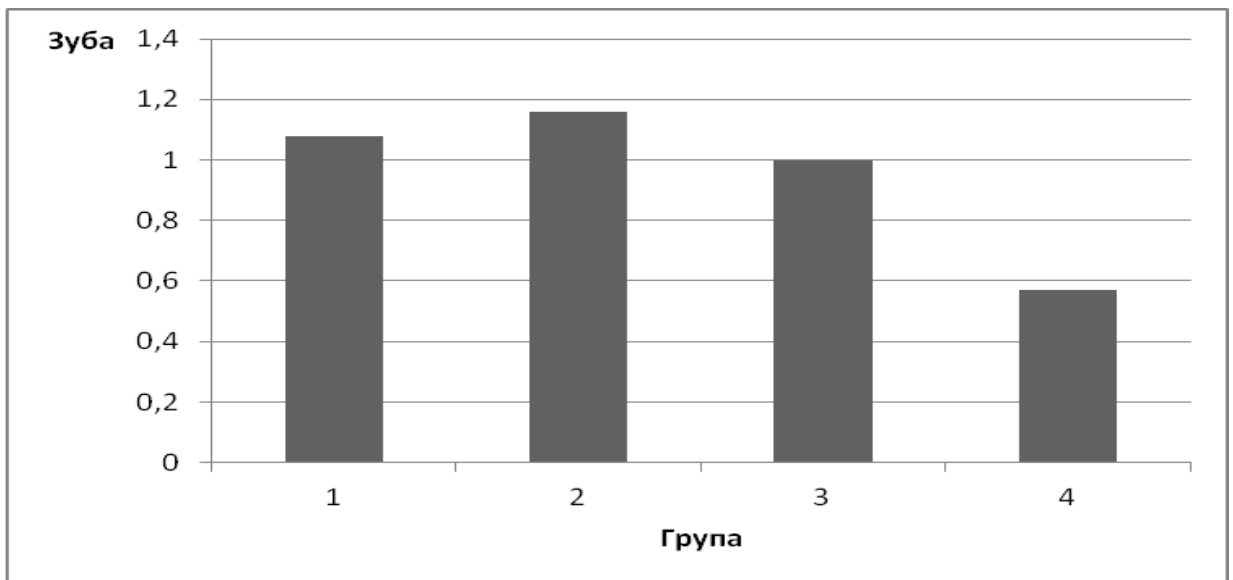


Рис. 2. Приріст показника інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей в процесі проведення профілактичних заходів через 1,5 роки.

Тобто найбільш ефективний профілактичний комплекс за показником редукції приросту карієсу (59,4%) був той, що передбачав застосування «Tooth Mousse» (нанесення на поверхні зубів на 5 хвилин після їжі 1 раз на день, зранку, після чищення зубів), «Остеовіт» (по одній таблетці 3 рази за день), «Пектодент - зубний порошок» (чистка зубним порошком двічі на день - зранку та ввечері). Даний комплекс створює умови для підвищення резистентності твердих тканин зубів, що призводить до зниження показників інтенсивності карієсу у дітей.

Проведені профілактичні заходи мали вплив і на стан тканин пародонта. Приріст показника РМА за 1,5 роки спостереження був найбільший у дітей із

зубощелепними аномаліями, яким призначали лише гігієну порожнини рота (рис. 3, рис. 4). Найменший приріст показника, що вивчався, із груп дітей із зубощелепними аномаліями, був у тих, кому призначали запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс.

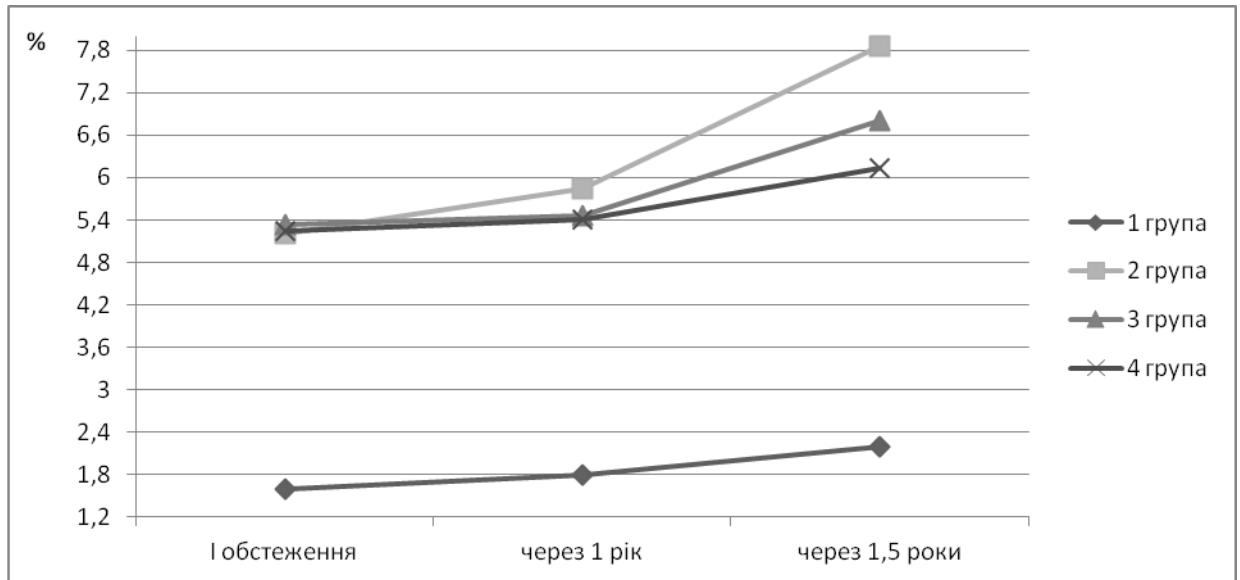


Рис. 3. Динаміка показника папілярно-маргінально-альвеолярного індексу в дітей у процесі проведення профілактичних заходів.

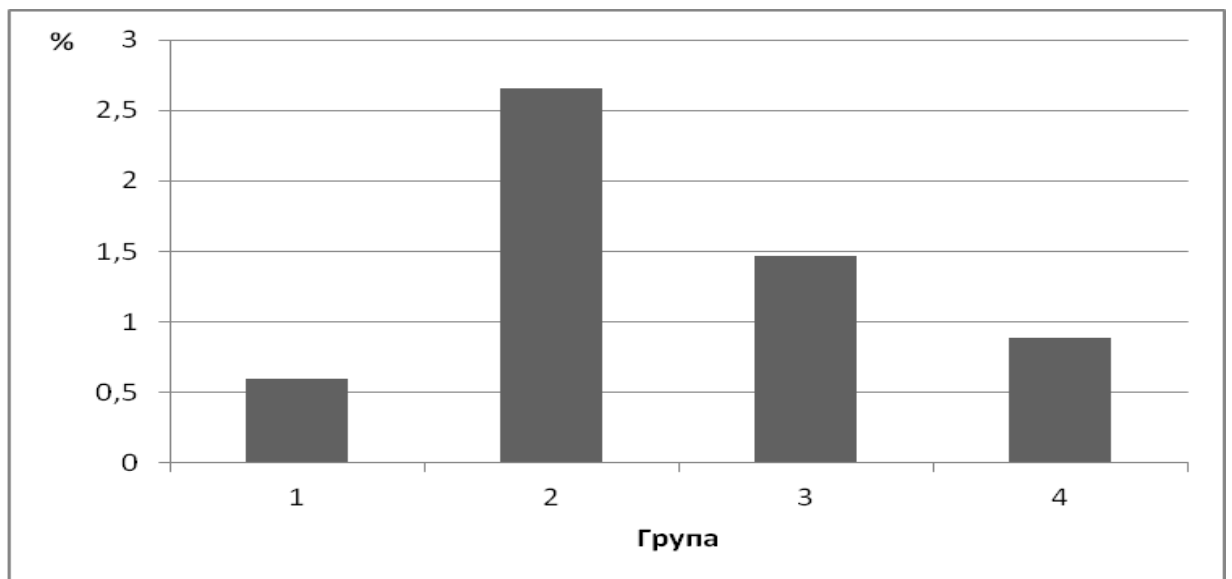


Рис. 4. Приріст показника папілярно-маргінально-альвеолярного індексу в дітей у процесі проведення профілактичних заходів через 1,5 роки.

Але цей показник був гірший, ніж у дітей без зубощелепних аномалій. Тобто зубощелепні аномалії - один із важливих факторів виникнення та розвитку захворювань тканин пародонта.

Найкращий профілактичний ефект за показником редукції РМА був у дітей

4 групи спостереження та становив 68,7%. Це підтверджує необхідність проведення профілактичних заходів, спрямованих на підвищення резистентності тканин пародонта у дітей із зубощелепними аномаліями та свідчить про перевагу запропонованого нами комплексу над іншими.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної задачі стоматології - зниження показників інтенсивності карієсу та захворювань тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями шляхом застосування лікувально-профілактичного комплексу, дія якого спрямована на підвищення резистентності органів порожнини рота.

1. Зубощелепні аномалії виявлені у 67,8±1,92% обстежених нами дітей 12-и років. 56,5±3,24% із них мають шкідливі звички. 42,8±3,76% дітей із зубощелепними аномаліями не знають, що в них є ортодонтична патологія. Лише 13,8±4,63% дітей із зубощелепними аномаліями лікуються в ортодонта, 23,3±4,36% - лікувалися, але мають ознаки ортодонтичної патології.

2. Поширеність карієсу в дітей, які мають зубощелепні аномалії та шкідливі звички, становить 74,3±2,9%, що вірогідно вище, ніж у здорових дітей - 61,8±4,2%. Показник інтенсивності карієсу в дітей без ортодонтичної патології та шкідливих звичок на 11% нижчий, ніж у дітей із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками. Особливу групу становлять діти, які не знають про існування в них ортодонтичної патології. 72,4±3,4% із них мають ураження зубів карієсом при інтенсивності 2,41±0,1 зубів.

3. Найбільш проблемними з точки зору гігієни є діти із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками, оскільки в них наліт накопичується на контактних поверхнях (42,4±7,6%) та на нижній третині медіальної частини зуба в сполученні з контактними поверхнями (37,5±7,9%), які найменш доступні для зубної щітки.

4. Діти із зубощелепними аномаліями мають низький мінералізуючий потенціал ротової рідини та показники тесту емалевої резистентності в порівнянні з дітьми без ортодонтичної патології ($P < 0,01$), що вказує на вищу вірогідність виникнення та розвитку в них карієсу. Стан тканин пародонта за показником РМА у дітей із зубощелепними аномаліями вірогідно гірший (6,55±0,48%), ніж у дітей без порушень прикусу (1,05±0,18%).

5. У дітей із зубощелепними аномаліями спостерігається зниження вмісту кальцію (у 4,4 рази), неорганічного фосфору (у 1,7 рази), активності лізоциму (у 4,4 рази), підвищення рівня ТБК-реагуючих продуктів (у 2,2 рази) та активності уреаз (у 3,2 рази) ротової рідини в порівнянні з дітьми без ортодонтичної патології, що створює умови для розвитку карієсу та захворювань тканин пародонта в цих дітей. Вірогідної різниці показників рН та активності каталази ротової рідини в дітей груп спостереження не виявлено.

6. Застосування запропонованого лікувально-профілактичного комплексу в дітей із зубощелепними аномаліями дозволило покращити гігієну порожнини

рота, мінералізуючу здатність ротової рідини, підвищити показник тесту емалевої резистентності, нормалізувати показники ротової рідини (вміст кальцію, неорганічного фосфору, активність каталази та рівень ТБК-реагуючих продуктів, активність лізоциму та уреаз), що призвело до редукції приросту карієсу на 59,4% та редукції показника РМА в цих дітей на 68,7%.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Діти із зубощелепними аномаліями потребують значної уваги з точки зору як ортодонта, так і дитячого стоматолога-терапевта з метою проведення роз'яснювальної роботи по збереженню стоматологічного здоров'я. Особливу увагу слід приділити дітям із наявністю ортодонтичної патології та шкідливими звичками.

2. Для оцінки стану гігієни порожнини рота в дітей із зубощелепними аномаліями та особливо зі скупченістю зубів є доцільним використання запропонованого методу оцінки ефективності гігієни порожнини рота (використання індексу Федорова-Володкіної у поєднанні з РНР методом). За допомогою даного методу дослідження доведено, що під час проведення гігієнічних маніпуляцій у порожнині рота значну увагу слід акцентувати на контактних поверхнях зубів.

3. Гігієну порожнини рота в дітей із зубощелепними аномаліями та особливо зі скупченістю зубів у фронтальній ділянці слід проводити із використанням різних предметів (зубні щітки, флоси) і засобів (зубні пасти, ополіскувачі) гігієни та акцентом на очищення контактних поверхонь зубів.

4. Діти із зубощелепними аномаліями потребують проведення профілактичних заходів, спрямованих на підвищення резистентності твердих тканин зубів та тканин пародонта.

З метою попередження виникнення захворювань твердих тканин зубів та тканин пародонта рекомендується застосовувати запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс, який передбачає:

- вживання внутрішньо біологічно активного препарату „Остеовіт” - у вигляді таблеток - по 1 таблетці 3 рази на день після їжі;

- чищення зубів стандартним методом двічі на день - зранку та ввечері - харчовим продуктом сорбційної дії - безабразивним «Пектодент - зубний порошок», із застосуванням предметів індивідуальної гігієни – таких, як індивідуальна зубна щітка, флос;

- аплікації кальційвмісного крему місцевої дії на водній основі «Tooth Mousse» після чищення зубів зранку 5 хвилин, без подальшого споліскування порожнини рота чи прийому їжі протягом 30 хвилин.

Зазначені процедури використовувати протягом місяця та повторювати кожні півроку.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Каськова Л.Ф. Показники карієсу постійних зубів у дітей із зубощелепними аномаліями / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2010. - Т.10, Випуск 3 (31). - С. 24-27. *Автору належить участь у проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів та написанні статті.*

2. Марченко К.В. Метод оцінки ефективності гігієни порожнини рота та результати його використання в дитячій стоматологічній практиці / К.В. Марченко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2011.- Том 11, Випуск 3(35). - С. 26-29.

3. Каськова Л.Ф. Показники мікрокристалізації ротової рідини та тесту емалевої резистентності в дітей із зубощелепними аномаліями / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко // Український стоматологічний альманах. - 2011. - №5. - С. 64-66. *Автору належить участь у проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів та написанні статті.*

4. Каськова Л.Ф. Стан гігієни порожнини рота та тканини пародонта у дітей із зубощелепними аномаліями / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2010. - Т.10, Випуск 1 (29). - С. 137-139. *Автору належить участь у проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів та написанні статті.*

5. Каськова Л.Ф. Динаміка біохімічних показників ротової рідини дітей із зубощелепними аномаліями під впливом профілактичного комплексу /Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко // Вісник проблем біології та медицини. - Полтава. - 2011. - Випуск 4 (90). - С. 262-265. *Автору належить участь у проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів та написанні статті.*

6. Каськова Л.Ф. Зміна рівня активності лізоциму та уреаз ротової рідини у дітей в процесі проведення профілактичних заходів / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко // Український стоматологічний альманах. - 2012. - №1. - С. 97-99. *Автору належить участь у проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів та написанні статті.*

7. Марченко К.В. Особенности гигиенического воспитания детей с наличием зубочелюстных аномалий / К.В. Марченко // Мат. науч.-практ. конф. Центрального федерального округа Российской Федерации с международным участием «Социальные аспекты современной Российской стоматологии: опыт, проблемы, пути решения», 12-13 мая 2011г. - Тверь, 2011.- С. 219-220.

8. Каськова Л.Ф. Біохімічні показники ротової рідини дітей із зубощелепними аномаліями / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко // Проблеми екології та медицини. - 2011. - Т.15, №3-4 (додаток). - С. 89. *Автору належить участь у проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів та написанні статті.*

9. Каськова Л.Ф. Обґрунтування профілактики захворювань тканин пародонта у дітей із зубощелепними аномаліями / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко // Актуальні питання та проблеми розвитку стоматології на сучасному етапі: збірник

наукових праць, 2011р. – Полтава, 2011. - С. 159-160. *Автору належить участь у проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів та написанні статті.*

10. Каськова Л.Ф. Гігієна та застосування кальціймісних препаратів - як спосіб підвищення резистентності органів порожнини рота / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко // Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології: мат. міжнар. наук.-практ. конф. стоматологів, 23-24 вересня 2011р.: тези доп. – Ужгород, 2011. - С. 78-81. *Автору належить участь у проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів та написанні статті.*

АНОТАЦІЯ

Марченко К.В. Підвищення резистентності твердих тканин зубів та тканин пародонта у дітей із зубощелепними аномаліями. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія. - Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, Полтава, 2012.

Дисертація присвячена питанню підвищення резистентності твердих тканин зубів і тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями.

Виявлено, що поширеність та інтенсивність карієсу та захворювань тканин пародонта в дітей із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками вищі, ніж у дітей, які не мають ортодонтичної патології.

Розроблений і впроваджений у клініку лікувально-профілактичний комплекс, який сприяє покращенню гігієни порожнини рота, позитивно впливає на тверді тканини зубів (тест емалевої резистентності), підвищує швидкість слиновиділення, рН, мінералізуючу здатність ротової рідини, показник вмісту кальцію, активність каталази і лізоциму в ротовій рідині, знижує активність уреаз ротової рідини, нормалізує показник ступеня дисбіозу.

Ефективність запропонованого способу оцінювалася по закінченню 18 місяців. Застосування запропонованого комплексу призводить до редукції приросту карієсу постійних зубів у дітей із зубощелепними аномаліями на 59,4% і редукції показника РМА у них на 68,7%.

Ключові слова: діти, карієс, пародонт, профілактика, зубощелепні аномалії.

АННОТАЦИЯ

Марченко К.В. Повышение резистентности твердых тканей зубов и тканей пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 - стоматология. – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» МЗ Украины, Полтава, 2012.

Диссертация посвящена вопросу повышения резистентности твердых тканей зубов и тканей пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями. Для выполнения поставленной цели и решения задач были проведены клинические,

лабораторные и статистические методы исследования. При клиническом обследовании 600 детей определены распространенность и интенсивность кариеса и заболеваний тканей пародонта у детей с патологией прикуса и без них: установлено, что наибольшие значения этих показателей у детей с зубочелюстными аномалиями и вредными привычками. Выявлено, что значительная часть детей не проходят лечения по поводу наличия ортодонтической патологии и, кроме того, зачастую не знают о данной проблеме. Полученные данные свидетельствуют, что информированность детей о показателях здоровья полости рта низкая, и указывают на необходимость проведения разъяснительной работы с детьми и их родителями по поводу наличия и лечения зубочелюстных аномалий.

Исследование показало, что особого внимания с точки зрения гигиены полости рта требуют дети с зубочелюстными аномалиями и вредными привычками и дети, которые не знают о существовании у них ортодонтической патологии. Также у этих детей наихудшие показатели теста эмалевой резистентности и минерализующей способности ротовой жидкости, то есть эти дети являются группой риска по отношению к возникновению кариозных поражений твердых тканей зубов. Наилучшие показатели отмечены у детей, которые ранее лечились по поводу зубочелюстных аномалий и на сегодняшний день здоровы.

Получены данные, указывающие на изменения гомеостаза полости рта у детей с зубочелюстными аномалиями (снижение содержания кальция, неорганического фосфора и активности лизоцима, повышение уровня ТБК-реагирующих продуктов и активности уреазы ротовой жидкости), которые создают условия для развития кариеса и заболеваний тканей пародонта у этих детей. Это побуждает к необходимости проведения профилактических мероприятий у детей с зубочелюстными аномалиями для повышения резистентности твердых тканей зубов и тканей пародонта.

Разработан лечебно-профилактический комплекс, направленный на повышение резистентности твердых тканей зубов и тканей пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями.

Эффективность предложенного способа оценивалась по истечении 18 месяцев. Применение разработанного нами комплекса способствует улучшению гигиены полости рта, положительно влияет на твердые ткани зубов (тест эмалевой резистентности), повышает скорость слюноотделения, рН, минерализующую способность ротовой жидкости, показатель содержания кальция, активности каталазы и лизоцима в ротовой жидкости, снижает активность уреазы ротовой жидкости, нормализует показатель степени дисбиоза и приводит к редукции прироста кариеса постоянных зубов у детей с зубочелюстными аномалиями на 59,4% и редукции показателя РМА у этих детей на 68,7%.

Ввиду полученных положительных результатов возможно рекомендовать четко сформулированные практические рекомендации для широкого применения в клинической практике.

Ключевые слова: дети, кариес, пародонт, профилактика, зубочелюстные аномалии.

ANNOTATION

Marchenko K.V. The rising of the resistation of the dental hard tissues and periodontal tissues in children with malocclusions. - Manuscript.

Dissertation on achieving the degree of Candidate of Medical Science in speciality 14.01.22 - Dentistry. - Higher medical educational institution of Ukraine "Ukrainian medical stomatological academy", The Ministry of Health of Ukraine, Poltava, 2012.

The thesis is dedicated to improving the resistance of hard tissues of teeth and periodontal tissues in children with malocclusions.

Revealed that the prevalence and intensity of caries and periodontal diseases in children with malocclusions and bad habits are higher than in children who have orthodontic pathology.

Designed and implemented in clinical health care complex, which promotes better oral hygiene, a positive effect on dental hard tissues (enamel resistance test) increases the rate of salivation, pH, mineralising capacity of oral fluid, the rate of calcium, the activity of catalase and lysozyme, reduces the activity of urease in the oral fluid, normalizes exponent dysbiosis.

The effectiveness of the proposed method was evaluated after 18 months. Application of the proposed complex leads to a reduction rate of caries in permanent teeth in children with malocclusions on 59.4% and reduction of PMA index on 68.7%

Keywords: children, caries, periodontal tissues, prevention, malocclusion.