

Кореляціонний аналіз позивав виявить наступні особливості: достовірні прямі кореляції помічені між СФЗ верхній та нижній челюстей і: 1) суммою мезодистальних розмірів верхніх та нижніх резцов ($p=0,001$); 2) індивідуальною макродентією ($p=0,03$); 3) суженням зубних рядів в області премолярів ($p=0,0001$) та молярів ($p=0,001$); 4) глибоким прикусом ($p=0,01$); 5) ротовим диханням ($p=0,02$), 6) інфантильним глотанням ($p=0,02$), 7) порушеннями функції смыкання губ ($p=0,02$); 8) аномаліями уздечки языка ($p=0,05$).

Установлена положительна статистично значима кореляція між СФЗ верхній та нижній челюстей та кількістю встречаемості факторів риска ($p=0,005$).

Обратна статистично достовірна кореляціонна зв'язок була знайдена між СФЗ та аномаліями уздечки верхній губи ($p=0,001$).

Таким образом, исследуя частоту факторов риска в группах сравнения можно достоверно говорить о следующем:

1. Ведущее влияние на возникновения СФЗ оказывает сужение зубных рядов (в области премоляров и моляров) и индивидуальная макродентия резцов верхней и нижней челюстей ($p<0,05$).

2. Наиболее статистически значимыми факто-

рами риска возникновения СФЗ являются: «ротовое дыхание», «инфантильное глотание», «нарушение функции смыкания губ», «аномалия уздечки языка».

3. Виявлено достоверна пряма кореляціонна связь между СФЗ глибоким прикусом. У пациентов со СФЗ достовірно чаше встечаетя ретенция клыков и неправильное положение зачатков третьих молярів ($p<0,05$).

4. Полученные данные свидетельствуют о том, что аномалии уздечки верхній губи не могут быть отнесены к факторам риска СФЗ.

Література

1. Ославський О. М. Обґрунтuvання методів комплексного лікування скученого положення зубів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. М. Ославський. -К., 2007. - 19 с.
2. Клинеберга И. Окклюзия и клиническая практика / Под ред.И Клинеберга, Р.Джагера; Пер.с англ.; Под общ.ред. М.М.Антоника.- 2-е изд. –М.: МЕДпресс-информ, 2008.– С.49.
3. Олейник Е.А. Скученное положение зубов – область повышенного риска развития основных стоматологических заболеваний / Е.А.Олейник // Институт стоматологии. – 2007. - № 3 (36). – С.62-64.
4. Астаф'єва Н.В. Функціональне становлення сосудистої системи пародонта при ортодонтичному лікуванні скученості резців у відповідних пацієнтів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Н.В.Астаф'єва. – Іркутск, 2009. – 23 с.
5. Нанда Р. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии / Равиндра Нанда– Перевод с англ. –М., : МЕДпресс-информ, 2009. – 388с.

Реферат

ВИЗНАЧАЛЬНІ ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ СКУПЧЕНОСТІ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

Дмитренко М.І.

Ключові слова: зубощелепні аномалії, скученість фронтальних зубів, фактори ризику

Проведено клініко-статистичний порівняльний аналіз діагностичної інформативності тридцяти факторів ризику у виникненні скученості фронтальних зубів при різних видах зубощелепних аномалій. Встановлені статистично значимі кореляційні зв'язки.

Summary

DETERMINATIVE FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF FRONTAL TEETH CROWDING UNDER DIFFERENT DENTOFACIAL ABNORMALITIES

Dmytrenko M.I.

Key words: dentofacial abnormalities, crowding, frontal teeth, risk factors.

There has been performed the clinical and statistical analysis of diagnostic information value of about thirty risk factors in the development of frontal teeth crowding under different dentofacial abnormalities. Findings obtained allow to have established significant correlations.

УДК [616.314.13: 616.34-00]-053.4/5

ПОКАЗНИК ТЕСТУ ЕМАЛЕВОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ ДИСБАКТЕРІОЗОМ КИШЕЧНИКА

Каськова Л.Ф., Акжитова Г.О.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вивчені показники тесту емалевої резистентності у дітей 2-3 років із дисбактеріозом кишечника. Виявлено, що у цих дітей знижена резистентність твердих тканин зубів, що потребує проведення профілактичних заходів з метою попередження виникнення каріесу.

Ключові слова: діти, дисбактеріоз кишечника, тимчасові зуби, тест емалевої резистентності твердих тканин зубів, що обумовлює необхідність проведення відповідних профілактичних заходів з метою попередження виникнення каріесу.

Каріес – найбільш поширене стоматологічне захворювання, виникнення якого можливе, починаючи з прорізуванням тимчасових зубів. Його причини різноманітні та потребують подальшого дослідження, оскільки поширеність каріесу достат-

ньо висока. Перебіг каріозного процесу обумовлений дією як місцевих, так і загальних чинників [2-3,7]. Одним із факторів ризику каріесу є дисбактеріоз кишечника. Зміни зовнішнього середовища, нераціональне харчування, перенесені

гострі кишкові інфекції, широке застосування антибіотиків та хіміопрепаратів, хронічні захворювання та ферментативна недостатність шлунково – кишкового тракту, зниження імунологічної реактивності дитячого організму – все це може стати причиною порушень рівноваги між окремими представниками нормальної кишкової флори і виникнення дисбактеріозу. Нормальна мікрофлора товстої кишки виконує значну кількість функцій, які безпосередньо впливають на формування тканин зубів та їхню резистентність [1,2,5,6].

Ротова рідина є основним джерелом постачання мікро- та макроелементів в емаль зуба. Одним із основних хімічних елементів є кальцій, який входить до структури апатиту емалі. Зменшення його кількості в ротовій рідині призводить до зниження її мінералізуючих властивостей, що впливає на резистентність твердих тканин зубів [4].

Тому метою нашого дослідження було вивчення резистентності твердих тканин тимчасових зубів у дітей із дисбактеріозом кишечнику.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 200 дітей 2-3 років. Діти розподілені на 2 групи з урахуванням стану здоров'я (основна – діти із дисбактеріозом кишечнику та контрольна – практично здорові діти). В основній та контрольній групах були діти із карієсом

сом та з інтактними зубами.

Кожній дитині визначали кислотостійкість емалі за тестом емалевої резистентності (ТЕР) (прискорена методика Косаревої Л.І., 1983).

Результати дослідження та їх обговорення

У дітей із дисбактеріозом кишечника спостерігаються зміни обмінних процесів (обмін кальцію, фосфору), що впливає на мінералізацію твердих тканин зубів та їхню кислотостійкість [2].

У дітей 2-х років із дисбактеріозом кишечника середній показник ТЕР становить $2,32 \pm 0,03$ бали, що вірогідно гірший, ніж у дітей контрольної групи ($1,95 \pm 0,05$ бала). При розподілі дітей на групи з карієсом та без нього виявлено вірогідна різниця показника і в основній, і в контрольній групі спостереження, але у дітей контрольної групи кислотостійкість емалі завжди вища, ніж у дітей основної. Така ж тенденція спостерігається і у дітей 3-х років. Найгірший показник відмічений у дітей із карієсом основної групи ($2,68 \pm 0,1$ бали), що відповідає низькому рівню. Найкращий показник серед 3-х річних був у дітей контрольної групи, які не мають карієсу ($1,44 \pm 0,04$ бала) – середній рівень.

Взагалі ж діти 2-3-х років основної групи мають гірші показники тесту емалевої резистентності в порівнянні із здоровими дітьми. Це стосується дітей із карієсом та без нього.

Таблиця
Показник структурно-функціональної кислотостійкості емалі ($M \pm m$)

Вік у роках	Групи дітей	Показник ТЕР (бали)			P
		середній показник	у дітей із карієсом	у дітей без карієсу	
2	основна	$2,32 \pm 0,09$ n = 91	$2,83 \pm 0,17$ n = 30	$1,80 \pm 0,11$ n = 61	<0,001
	контрольна	$1,95 \pm 0,05$ n = 124	$2,37 \pm 0,16$ n = 30	$1,52 \pm 0,06$ n = 94	<0,001
P		<0,001	<0,01	<0,05	
3	основна	$2,23 \pm 0,09$ n = 100	$2,68 \pm 0,11$ n = 53	$1,79 \pm 0,14$ n = 47	<0,001
	контрольна	$1,90 \pm 0,05$ n = 200	$2,35 \pm 0,11$ n = 81	$1,44 \pm 0,04$ n = 119	<0,001
P		<0,05	<0,05	<0,05	
Всього 2-3	основна	$2,28 \pm 0,04$ n = 191	$2,76 \pm 0,10$ n = 83	$1,79 \pm 0,07$ n = 108	<0,001
	контрольна	$1,93 \pm 0,02$ n = 324	$2,36 \pm 0,07$ n = 111	$1,48 \pm 0,03$ n = 213	<0,001
P		<0,05	<0,05	<0,05	

Тобто нами виявлено, що у дітей із дисбактеріозом кишечника кислотостійкість емалі значно менша, ніж у здорових дітей.

Це спонукає до проведення профілактичних заходів у цієї групи дітей із метою попередження виникнення карієсу тимчасових зубів у перші роки після прорізування.

Література

1. Давыдова Т. Р. К проблеме дисбактериоза в стоматологической практике / Т. Р. Давыдова, Я. Н. Карасенков, Е. Ю. Хавкина // Стоматология. – 2001. – № 2. – С.23–24.
2. Деньга О. В. Стоматологическая заболеваемость и уровень гигиены полости рта у дошкольников 3-6 лет г. Запорожье /
3. Деньга О. В. Профилактика карисса зубов у детей дошкольного возраста, осложненного дисбактериозом полости рта / О. В. Деньга, М. А. Гавриленко // Вісник стоматології. – 2007. – № 5. – С. 69-73.
4. Каськова Л. Ф. Мінералізуюча здатність ротової рідини у дітей із дисбактеріозом кишечника / Л.Ф.Каськова, Г.О.Акжитова //Український стоматологічний альманах. – 2008. – № 6. – С. 47-49.
5. Левицкий А. П. Проблемы питания и стоматологическая заболеваемость. Часть I. Кальций. / А. П.Левицкий // Вісник стоматології. – 2001. – № 1. – С.68-69.
6. Левицкий А. П. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков / А.П.Левицкий, О.А.Макаренко, И.А.Селиванская [и др.] //Методические рекомендации. – К., 2007. – 22 с.
7. Разумеева Г.И. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей / Г.И.Разумеева, Е.В.Удовицкая, Н.М.Букреева. - К., Здоров'я, 1987. -152 с.