

прикусу у дітей залежності від вмісту фтору не виявлено, але вплив рівня компенсованості карієсу чітко визначає кількість дітей, потребуючих протезування. При обстеженні дітей 3-6 років були виявлені варіанти ортогнатичного прикусу: I варіант — ортогнатичний прикус з наявністю трем та діастем, нейтральне співвідношення на іклах та других молярах; а) заключна площина — пряма, б) заключна площина з медіальним прикусом;

II варіант — ортогнатичний прикус при відсутності трем та діастем, нейтральне співвідношення на іклах та других молярах а) заключна площина — пряма, б) заключна площина — ломана з м'язіальним виступом.

Клінічні обстеження дітей від 5 до 7 років показали пряму залежність характеру прорізування постійний передніх зубів від розміщення їх в період тимчасового прикусу. Після прорізування постійних передніх зубів відмічається у дітей з першим варіантом прикусу лише у 7,7%, а з другим варіантом — у 80,8% випадків.

Серед патологічних прикусів найчастіше у дітей 3-5 років відзначався — прогнатичний. Він дорівнює  $41,7 \pm 2\%$  в структурі зубощелепних аномалій.

Після визначення вихідного рівня стоматологічних захворювань була розроблена програма профілактики стоматологічних захворювань. Аналіз впровадження програми профілактики показав, що в групі профілактики за рік нових уражень і осередків гострої демінералізації не виявлено, а в контрольній групі приріст карієсу складає 14,58% та 18% вогнищ гострої демінералізації.

## ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ПРИ АУТОИМУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*И.А.Падалка*

**Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава**

Под нашим наблюдением находилось 283 ребенка в возрасте от 7 до 15 лет. Из них с системной красной волчанкой (СКВ) было 104 ребенка, системной склеродермией (ССД)-26, с дерматомиозитом (ДМ)-37, с ревматоидным артритом (РА)-116.

При всех рассматриваемых заболеваниях рано или поздно в патологический процесс вовлекается большое количество тканей, органов и систем организма, в том числе и ткани пародонта. Острый, хронический или обострившийся хронический гингивит встречался при всех заболеваниях почти у всех детей, однако интенсивность поражения десен варьировала в больших пределах - от воспаления одного десневого сосочка до диффузного их поражения.

Особенностью состояний тканей пародонта при остром течении СКВ и ДМ является диффузное катаральное воспаление десен с его переходом на слизистую оболочку щек и твердого неба. При РА десны обычно атрофичны, десневые карманы — прозрачные, стекловидные. Для СКВ и ДМ при 3-ей и 2-й степенях активности характерно наличие красной десневой каймы шириной около 1,0-1,5 мм. Особенностью последней является густая сеть "частокол" — расширенных

капилляров, между которыми располагается прозрачная стекловидная ткань. Хорошо этот феномен наблюдается в лупу при 3-х-7-ми кратном увеличении. Десневой край обычно в таких случаях не отечен и не кровоточив. Диффузные катаральные явления и капилляриты исчезают по мере угасания активности соматических заболеваний под воздействием комплексного лечения.

Для ССД и ДМ характерны атрофические явления, нередко проявляющиеся обнажающим гингивитом, обычно в области одного нижнего переднего зуба. При ДМ обнажающий гингивит сопровождается грануляциями, гиперемией, легкой кровоточивостью. При СКВ обнажающий гингивит тоже встречается, но реже чем при ССД и ДМ.

Хронический гипертрофический гингивит 1-й и 2-й степени встречается редко, обычно в виде валикообразного утолщения десневого края.

Итак, у наблюдавшихся нами детей часто поражается пародонт, что свидетельствует о вовлечении в патологический процесс и тканей зубочелюстной системы.

## **АКТИВНОСТЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ ДЕТЕЙ С АУТОИМУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*И.А.Падалка, Н.Г.Старицына*

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

При диффузных заболеваниях соединительной ткани (ДБСТ) и ревматидном артрите (РА) у детей выявлена высокая активность кариеса (И.А.Падалка, 1976, 1987). Мы, предположили, что в цепи факторов, предрасполагающих к развитию кариеса у детей, страдающих ДБСТ и РА, и тех, которых лечили глюкокортикоидами, может быть и снижение в слюне активности щелочной фосфатазы. Ведь она выполняет важную роль в фосфорно-кальциевом обмене и способна снижать проницаемость эмали зуба (Й.Тодоров, 1968, В.Н.Чиликин, 1979), что имеет большое значение в формировании сопротивляемости зубов к кариесу.

Для подтверждения возникшего предположения в 284 пробах свободнотекаемой ротовой жидкости, собранной утром натощак у детей, больных системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД), дерматомиозитом (ДМ) и ревматоидным артритом (РА), определена активность щелочной фосфатазы по методике BESSEY, LOWRY, BROCK (1946), выражаемая в единицах. С этой целью использован набор химикатов для определения щелочной фосфомоноэстеразы в сыворотке крови, производимых н.п. ЛАХЕМА. Контролем служили данные исследования щелочной фосфатазы в 33 пробах ротовой жидкости практически здоровых детей, не имевших хронических заболеваний.

Установлено, что активность щелочной фосфатазы смешанной слюны детей равнялась: при СКВ —  $8,8 \pm 1,25$ ; при ССД —  $6,7 \pm 1,98$ ; при ДМ —  $7,2 \pm 1,27$ ; при РА —  $4,4 \pm 0,74$ ; у здоровых детей —  $12,2 \pm 1,67$ . Общей для всех изученных заболеваний закономерности изменений активности щелочной фосфатазы слюны в зависимости