

Було проведено обстеження 1272 дітей віком від 6 до 12 років, у 372 з яких були виявлені різні форми хейліту. При обстеженні останніх визначали наявність або відсутність будь-якої патології прикусу. Поширеність патології прикусу у дітей шкільного віку, які хворіли на хейліт була слідуєча: у 152 школярів було діагностовано патологію прикусу, що склало 46,1 %. При цьому у мешканців села ця цифра склала - 42,9 %, а у мешканців міста - 51,8 %. Найбільша кількість ортодонгічної патології припадає на період змінного прикусу. У дітей після 12-річного віку поширеність патології прикусу значно зменшується і складає у дітей, що мешкають у місті, 44,2 %, в сільській місцевості - 35,6 %, що в деякій мірі можна пояснити тим, що в 12 років в основному закінчується прорізування постійних зубів. Відповідно до цього спостерігається невелике зменшення кількості запальних захворювань губ у дітей.

Іленко Н.М., Іленко Н.В.

ТИПИ МІКРОКРИСТАЛІЗАЦІЇ СЛИНИ У ПІДЛІТКІВ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ ФЛЮОРОЗОМ ЗУБІВ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

Підвищений вміст фтору в питній воді деяких областей України та небезпечний вплив зростаючого забруднення навколишнього середовища фторвміщуючими продуктами обумовлюють актуальність проблеми флюорозу зубів [4, 6, 8]. Ці несприятливі дії знижують резистентність організму людини в цілому, і гомеостаз ротової порожнини зокрема. Про порушення гомеостазу порожнини рота можуть свідчити зміни мінералізуючої функції слини та здатність слини до мікрокристалізації.

На достатню інформативність даних показників вказують численні дослідження [1, 4-6, 8], що виявили достовірні зміни мікрокристалізації слини під впливом різних екзо- та ендогенних дій. Нами не виявлено робіт, присвячених вивченню мікрокристалізації слини у осіб молодого віку, що постійно проживають в регіоні з підвищеним вмістом фтору в питній воді. Використання отриманих даних дозволило б прогнозувати перебіг флюорозу зубів з плином часу та проводити профілактичні заходи.

Метою нашого дослідження з'явилось вивчення мікрокристалізації слини у осіб молодого віку (15-17 років), що постійно проживають в регіоні з підвищеним вмістом фтору в питній воді і страждають флюорозом зубів.

Матеріал та методи. Обстеження проведено у 48 юнаків та дівчат-учнів 10-11 класів СШ № 34 та першокурсників УМСА, що приїхали на навчання з районів області. У підлітків вивчався стоматологічний статус: ступінь тяжкості флюорозу за класифікацією I.Muller (1965), гігієнічний індекс Федорова-Володкіної та індекс КПВ [3]. Мікрокристалізацію слини вивчали по методиці П.А. Леуса (1977), мінералізуючий потенціал – по методиці А.Р. Поздєєва і Х.М. Сайфуліної(1991).

Результати досліджень і їх обговорення. В групі обстеження виявилось 12 (25 %) осіб з проявами сумнівного флюорозу, 21 (43,75 %) особа з проявами дуже слабкого флюорозу, 11 (22,92 %) осіб з проявами слабкого флюорозу та 4 (8,33 %) особи з проявами помірного флюорозу. Підлітки, які мали тяжку форму флюорозу, не включалися до групи обстеження. Індекс КПВ у групі обстеження склав 2,63.

Гігієнічний індекс у юнаків та дівчат віком 15-17 років, що підлягали обстеженню, був визначений як поганий і склав $2,76 \pm 0,14$ бали. Це свідчить про незадовільну гігієну порожнини рота і потребує як просвітницької, так і профілактичної роботи.

У 6,3 % відмічалось ураження тканин пародонту, що проявлялось кровоточивістю ясен, наявністю м'яких та твердих зубних нашарувань.

У осіб з ураженням зубів сумнівною формою флюорозу мінералізуючий потенціал слини склав $2,6 \pm 0,15$ бали. При цьому переважав змішаний тип мікрокристалізації слини – поєднання кристалів II та III типів (41,6 %), II тип мікрокристалізації по П.А. Леусу (1977) відмічався у 33,3 %, і лише у 25 % спостерігали I тип кристалів. При дуже слабкому флюорозі зубів мінералізуючий потенціал рівнявся $2 \pm 0,3$ балів з переважанням кристалів II типу (42,8 %) та III типу мікрокристалізації слини (38 %). Мінералізуючий потенціал слини у підлітків з слабкою формою флюорозу склав в середньому $1,7 \pm 0,12$ балів з переважанням III типу мікро кристалізації – 49,8 %. При мінералізуючому потенціалі слини менш ніж 2,0 бали у осіб молодого віку спостерігався активний перебіг карієсу.

Таким чином, результати обстеження осіб молодого віку (15-17 років), що проживають у регіоні з підвищеним вмістом фтору у питній воді та страждають начальними формами флюорозу зубів мають низький мінералізуючий потенціал слини і потребують мінеральної корекції для повноцінної третинної мінералізації твердих тканин зубів та профілактики карієсу.

Література. 1. Леус П.А. Клинико-экспериментальное исследование патогенеза, патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: Автореф. дис... д-ра мед. наук. - М., 1977. - 30 с. 2. Сайфуліна Х.М., Поздєєва А.Р. Раціоналізаторська пропозиція КДМІ, № 936/31. - 1991. 3. Хоменко Л.О., Шматко В.І. та співав. Стоматологічна профілактика у дітей - К., 1993. - С.30-42. 4. Фтор. Проблеми екології біології, медицини, гігієни /Мат. наук.-практ. конф). - Полтава, 1993. - С.15-16; 37-40; 92-98. 5. Біохімія органів ротової порожнини //Під ред. Л.М. Тарасенко. - Полтава 1994. - С.23-29. 6. Ніколішин А.К. Флюороз зубів. - Полтава, 1999. -136 с. 7. Moller I.J. Dental Fluorase of Caries //Rodos Publ.: Copenhagen, 1965. - 288 p. 8. Fejerskov O., Mctiji F., Baeluv V. The nature and mechanisms of denial fluorosis in man //J. Dent. Res. -1990. -V. 69.- P.692- 700.

Каськова Л.Ф., Ващенко І.Ю.

ПЕРЕБІГ КАРІОЗНОГО ПРОЦЕСУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ ТА ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

Причини виникнення та розвитку карієсу зубів загальновідомі. Проте дослідження останніх років висвітлюють щоразу нові цікаві погляди на цю проблему. Відомо, що значний вплив на виникнення та розвиток цього захворювання має мікрофлора, стан гігієни порожнини рота, та біохімічні показники, дієта, вплив стану довкілля, перебіг основних соматичних захворювань (Хоменко Л.О., 1998, Абдулкадіров К.М., 1999, Попруженко Т.В., 1992, Воложин А.И., 1993). З кожним роком зростає кількість хворих дітей на гемобластози. По даним Національного ракового реєстру України, захворюваність на лейкемії та злоякісні лімфоми у 1997-1998 рр. складала 5,5-5,6 на 100 тис. населення. Цей показник у Полтавській області становить 3,8 на 100 тис. населення за 2002 р., а за 2001 р. – 3,4. Сучасні методи лікування та нові фармакологічні препарати дозволяють лікувати лімфобластний лейкоз (ЛЛ) та лімфогранулематозом (ЛГМ) і отримувати стійку ремісію більше 5-10 років.