

Каськова Л.Ф., Уласевич Л.П., Андріянова О.Ю.,

Новікова С.Ч., Амосова Л.І.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Кафедра дитячої терапевтичної стоматологічної академії з

профілактикою стоматологічних захворювань

ulasevich8@gmail.com

**ХАРАКТЕРИСТИКА УРАЖЕНОСТІ РІЗНИХ ГРУП
ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ 3-5 РОКІВ З ГІПЕРТРОФІЄЮ
АДЕНОЇДІВ**

Останні наукові дослідження вказують на стрімке зростання показників карієсу серед дитячого населення, особливо вражає поширеність та інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей дошкільного віку (Якубова І.І., Кузьміна В.А., 2017). Погіршення стоматологічного статусу відбувається на фоні підвищення показників загальносоматичної захворюваності, першість серед яких займають хвороби органів дихання (близько 60%). Причиною повторних респіраторних захворювань нерідко стає патологія ЛОР-органів, серед якої у дітей дошкільного віку має перевагу патологія глоткового кільця (до 70%) (Гавриленко Ю.В., 2019; Волкова Ю.В., 2019) .

Найбільш значущими симптомами при гіпертрофії аденоїдів, що впливають на стоматологічне здоров'я дитини, можна назвати наявність вогнища хронічної інфекції, а також появу ротового або змішаного дихання. На даному етапі вивчення проблеми, особливу увагу привертає, як наслідок, сухість ротової порожнини. Зміни щодо обсягу та якісного складу ротової рідини призводять до зниження її захисних властивостей: розмноження карієсогенної мікрофлори порожнини рота, підвищене утворення зубної бляшки, збільшення відкладення зубного нальоту, порушення фізіологічних процесів де- і ремінералізації емалі. Не менш важливе значення гіпертрофія аденоїдів має у розвитку ортодонтичної

патології, а саме у виникненні скупченості зубів за рахунок звуження верхньої щелепи, формуванні дистального чи відкритого прикусу (Воляк Ю.М., 2019). Ця ситуація в порожнині рота ускладнює проведення гігієни порожнини рота, створює додаткові ретенційні пункти для відкладення назубних нашарувань. Все це сприяє розвитку карієсу тимчасових зубів у дітей даної вікової групи.

Результати попередніх обстежень свідчать про більш високі показники поширеності карієсу тимчасових зубів у дітей 3-5 років з гіпертрофією аденоїдів, ніж у дітей без соматичної патології ($48,91 \pm 5,24\%$ проти $35,8 \pm 3,78\%$ відповідно) ($p \leq 0,05$). Інтенсивність карієсу за показником $k_{пв_3}$ у дітей 3-5 років з гіпертрофією аденоїдів становить $1,83 \pm 0,23$ зуба на одного обстеженого, що вірогідно вище, ніж у дітей без неї ($0,85 \pm 0,11$ зуба). З віком інтенсивність карієсу в обох групах спостереження зростає, але показник залишається вищим у дітей з гіпертрофією аденоїдів 4 і 5 років ($p \leq 0,05$). При порівнянні показників найбільше підвищення відмічається в період від 3 до 4 років у обох групах. Інтенсивність карієсу за показником $k_{пв_п}$ має аналогічну закономірність, що і показник інтенсивності $k_{пв_3}$. У дітей основної групи інтенсивність карієсу поверхонь відповідає $2,48 \pm 0,31$, що в 2,2 рази більше за таку у практично здорових обстежених.

Під час дослідження нами було оглянуто 92 особи 3-5 років з гіпертрофією аденоїдів, вивчено розподіл ураження карієсом тимчасових зубів стосовно верхньої і нижньої щелеп, так і груп зубів.

Виявлено, що у дітей даної вікової групи частіше відмічається ураження карієсом зубів верхньої щелепи. Так каріозні зуби на верхній щелепі діагностувалися у 86% випадків проти 14% на нижній щелепі, тобто більше ніж у 6 разів частіше. В свою чергу, у обстежених 5 років ураження карієсом нижньої щелепи зустрічалося частіше, ніж у дітей 3 років (у відповідності 79% і 88%) .

На першому місці за частотою ураження поділяють центральні та латеральні різці верхньої щелепи – по 28,8%, на другому місці у 18,1% випадків уражуються перші моляри верхньої щелепи, що більше ніж в 2 рази частіше за перші моляри нижньої щелепи (8%). Далі, майже в однаковій частці близько 3%, зустрічається карієс на іклах верхньої та нижньої щелепи, на центральних різцях нижньої щелепи і на других молярах нижньої та верхньої щелепи. Найменше каріозних порожнин відмічалось на латеральних різцях нижньої щелепи – до 1,3%.

Доречним буде зазначити, що при епідеміологічних дослідженнях попередніх років у дітей м. Полтави у 3-річному віці не діагностувався карієс на різцях нижньої щелепи та на іклах обох щелеп, що свідчить про погіршення стану твердих тканин у дітей даного віку в наш час. Також відмічається збільшення у дітей з гіпертрофією аденоїдів ураженості зубів верхньої щелепи, за даними Шепелі А.В. обстежені без супутньої патології мали карієс зубів даної групи на рівні 59,2%.

Порівнюючи результати у віковому аспекті, було відмічено, що у 3-річних осіб частіше вражається фронтальна група зубів, ніж бокова (у відповідності 68% до 32%).

Провівши оцінку результатів обстеження стосовно локалізації каріозного ураження на поверхнях, було виявлено переважання розташування карієсу у дітей віком 3-5 років на контактних поверхнях (до 80%). Тоді як жувальні поверхні вражалися у 12%, вестибулярна поверхня – у 8%. Під час огляду дітей даної вікової групи, особливо тих, які знаходилися під наглядом лікаря отоларинголога більш ніж два роки (50 осіб - 54%), було відмічено відсутність формування фізіологічних діастем і трем, близько 60% цих дітей у віці 5 років мали досить щільний контакт між зубами верхньої та нижньої щелеп, а отже і ураження карієсом II та IV класу за Блекум.

Отримані результати вказують на необхідність більш тісної співпраці дитячого стоматолога, лікаря ортодонта та оториноларинголога у розробці профілактичних та лікувальних заходів стосовно впливу на стоматологічну патологію. Оскільки, за умови наявності у порожнині рота наслідків прояву захворювання глоткового кільця і, як результату розвитку ортодонтичної патології, боротьба з виникненням карієсу та його ускладнень не зможе бути проведеною у повному обсязі.