
Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-лицензійної роботи

**ЛІКУВАННЯ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ДИФУЗНИМ
НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ**
(Методичні рекомендації)

Київ – 2015

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

«УЗГОДЖЕНО»

В.о. директора Медичного
департаменту МОЗ України

В. Кравченко

2015 р.

**ЛІКУВАННЯ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ДИФУЗНИМ
НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ**
(Методичні рекомендації)

(70.15/218.15)

Київ – 2015

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Основний розділ.....	8
Висновки.....	18
Перелік рекомендованої літератури.....	19

Установа розробник: Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Укладачі:

О.І. Голубанець – к.мед.н., доцент кафедри хірургічної та дитячої стоматології Вишого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

М.М. Рожко – д.мед.н., професор, завідувач кафедри стоматології післядипломної освіти Вишого державного навчального закладу України «Івано-Франківський національний медичний університет»

Рецензенти:

Д.Ф. Касьянова – д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячої термальній стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань, Вишого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»

Г.М. Мельничук – д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячої стоматології Вишого державного навчального закладу України «Івано-Франківський національний медичний університет»

Головний податковий експерт з галузі «Стоматологія» МОЗ України, д.мед.н., професор **О.В. Павленко**

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДПЗ – дифузний петокеицичний зуб

ЛФ – лужна фосфатаза

pH – кислотність середовища

Zn – цинк

Cu – мідь

Fe – залізо

ВСТУП

Значення загальних чинників у розвитку карієсу зубів добре відоме. Окрім карієсогенного профілю харчування, природно-екологічного фактору, загального стану організму дедалі частіше ми змушені враховувати вплив суттєвої соматичної патології. На жаль, у своїй практичній діяльності лікар стоматолог дитячий значно рідше працює зі здоровою дитиною, аніж із хворою, яка має ті чи інші морфо-функціональні порушення певних систем та органів.

Однією з найпоширеніших проблем у формуванні здоров'я дітей нашої країни є пиренопатії. На сьогоднішній день питання патології щитоподібної залози, її впливу на стан здоров'я та інтелектуальний розвиток населення, у першу чергу дитячого, є надзвичайно актуальними. Серед захворювань щитоподібної залози у дітей на перше місце виходить дифузний петокеицичний зуб (ДПЗ), на долю якого припадає 98% всіх випадків [4]. Основною причиною розвитку дифузного петокеицичного зуба в дітей та дорослих є природний дефіцит йоду. У більшості країн світу, у тому числі й в Україні, спостерігаються природні ендемічні регіони із пониженням вмістом йоду, що характеризуються значною територіальною та популяційною експансією. Як вважають фахівці ВООЗ, кожен третій мешканець планети відчуває на собі вплив йододефіциту. У нашій державі традиційно до йододефіцитних відносять Львівську, Чернівецьку, Івано-Франківську, Закарпатську, Тернопільську, Рівненську та Волинську області. Загальнонаціональне дослідження вживання населенням харчових мікронутрієнтів, проведене в 2002 році за підтримки Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ), довело актуальність проблеми йододефіциту для всієї території України, а не лише для її західних регіонів. Як наслідок, масові ураження щитоподібної залози у дітей, порушення морфо-функціонального та психічного розвитку, потенціонування ряду захворювань, у тому числі й стоматологічних [6, 10, 13].

Відомо, що патологія щитоподібної залози супроводжується декомпенсованими формами карієсу, більш тяжким перебігом захворювань.

ташпи нафродити: збільшення частоти некариєвих уражень твердих тканин зуба та зубоцелюсних шоків і дефронтації тоні [11, 2, 5].

Поряд із загальноприйнятими механізмами ризиків дії патологічної патологічної явища у літературі з'являються нічні дні щодо впливу трифосфатної системи на формування та метаболізм кісткової тканини. Встановлено, що у фізіологічних концентраціях трифосфат гормони стимулюють остеобластичну активність, а саме – біосинтез матрицевої матриксу, кісткового іоферменту лужної фосфатази та проліферацию остеобластів [11]. В.К., 2010). Одночасно вивади для трифосфатів гормони пов'язані з регуляцією ними інших важливих для розвитку, росту та метаболізму кістки гормонів та гормоноподібних речовин, зокрема, гормону росту (Vidler A.A., 2001; Ghoshia A., 2008), глюкостероїдів та інсуліноліну-6 (Tarjan G., 1995), нервового, інсулінолінового фактору росту-1 (Dakatos P., 2000; Mitchell J.P., 2003), вивади ІІІ (Kerux H.V., 2002; Lajko L.P., 2008), стрессу та андростену (Keruxes Желт., 2005), інсуліну (Орленко В.Д., 2001) тощо.

Єдиним важливим, що у природі часто зустрічається поєднання дефіциту йоду та фтору, а відомий факт синергізму обох елементів, безперечно, підсилює розвиток стоматологічного, так і стоматологічного напрямку: фундаментальними дослідженнями у цьому напрямку [11, Горва [3], А.М. Полтун [8].

Аналіз літературних даних показав, що розвиток як зубної емалі, так і ендемії карієсу, окрім дефіциту йоду та фтору, може бути зумовлений недостатнім рівнем мікроелементів. У регуляції гормональної функції цитологічної залози певні ролі належать се-спу, міді, марганцю, цинку, кобальту тощо, що обумовлює особливості когнітивного обміну та його вплив в різних соціальних умовах [7, 9, 11, 12]. Каріозний процес також нагально виступає до мікроелементного забезпечення організму. Дуже високий вплив окреслив мікроелементів на процес рс- та демінералізації емалі ухвів та формування кісткової маси. До них належать селеній мікроелементи: мідь, цинк, марганець, залізо, а також умовно есенційні - бор, фтор, кремній [7, 9,

[11]. Окремі дані щодо впливу цих та інших мікроелементів на функціонування тканин ротової порожнини, їх роль у розвитку стоматологічної патології та можливості використання для корекції метаболічних порушень, залишаються недостатньо висвітленими.

Робота виконана є фразеологією комплексної науково-освітньої роботи кафедри стоматології факультету медичного факультету Львівського національного університету ім. Шевченка на тему: "Роль мікроелементів у профілактиці стоматологічних захворювань у населенні, що проживає в екологічно несприятливих умовах" (№ державної реєстрації 01111/003681).

Методичні рекомендації надані в Україні вперше та містять сучасні підходи до лікування карієсу зубів у дітей із дифузним недостатнім зобом.

Методичні рекомендації призначені для лікарів-стоматологів дитячих дитячково-профілактичних установ, практичної охорони здоров'я стоматологічного профілю усіх рівнів.

ОСНОВНІЙ РОЗІВІ

Хронічне порушення прорізного стану є, безумовно, значущим своє відображення у перебігу основних стоматологічних захворювань, що неможливо не враховувати на етапах діагностики та лікування. Тому проблема розробки нових адекватних методів патогенетичної корекції основних стоматологічних захворювань у дітей із суттєвою патологією пилонідної ягоди є актуальною, особливо в іододифіцитних регіонах, де відсоток ураження та суттєві тяжкості карієсу значно вищі.

Обґрунтування необхідності застосування препаратів макро- та мікроелементів у комплексі лікування карієсу зубів у дітей

Для виявлення явищ у матері- та мікроелементному забезпеченні твердих тканин зубів при дифузному нестачинному набі нами було опитуано 180 дітей віком 12 років. Сформовано чотири групи спостереження: I група - соматично здорової діти (50 осіб); II група - діти з дифузним нестачинним зубом Іа ступеня (50 осіб); III група - діти з дифузним нестачинним зубом Іб ступеня (50 осіб); IV група - діти з дифузним нестачинним зубом II ступеня (50 осіб). Після проведення загальноприйнятих стоматологічних клінічних методів обстеження (експр. аналіз, огляд, виявлення тітійного підлесу та підлесу карієсу) діти поділялися подібно до параклінічному дослідженню. Зокрема, у родині рідної дітьчі виявлявся клінічний синдром неорганічного фосфору та речовини з молекулярною масою 3; клінічний синдром неорганічного калцію та речовини з молекулярною масою 3; актиність дужної фосфатази та кіншастого неорганічного фосфату, тітропітанового ферментом. У виявлених над час фізіологічної зміни зубів виявляли імілі міді, піску, заліза методом атомно-абсорбційної спектрофотометрії.

Проведені нами дослідження показали такі результати. Розповсюдженість каріозного процесу в дітях усіх груп спостереження була понад 80%, тоді

залежно відно з одиочиним критерієм ІООЗ. Відмічалося зростання показника поширеності карієсу у групах із більшим ступенем тяжкості пародонтології. Найбільше значення каліфіковано в обстежених IV групи (96%). Івано вірогідно відзначалося від показника групи порівняння (р<0,05). Промісність розповсюдженість карієсу зубів в серед соматично здорових дітей та дітей із ДПЗ Іа ступеня не мали вірогідної різниці між собою, хоча й помітна тенденція до зростання останньої.

Провісність карієсу в усіх групах спостереження каліфікає у досить широкому діапазоні - 2,8-4,2, ураженою зубів на одиого обстеженого і користуючись ступенем тяжкості захворювання (таблиця 1).

Зокрема, у групі порівняння, а також у II і III групах спостереження несприятелна середня інтенсивність карієсу зубів. У дітей із ДПЗ II ступеня інтенсивність каріозного процесу була високою. Аналіз ринів інтенсивності карієсу повільних зубів у обстежених дітях виявляє статистично досліджені результати даних показників при пародонтології у порівнянні з групою соматично здорових дітей (р<0,05). Показники КПВ дітей із ДПЗ Іа ступеня хоча й не мають вірогідної відмінності з показниками контролю, одже відмінно іривісність показання віже І та II, IV групами.

Таблиця 1

Показники інтенсивності карієсу зубів у дітей групи спостереження

Групи спостереження	Інтенсивність карієсу (КПВ)	Щоденні за стачню	Каріозні (К)	Поводовані (П)	Виделені (В)
Контрольна	2,8 ± 0,14	разом	1,4 ± 0,05	1,3 ± 0,11	0,04 ± 0,007
		хлоридна	1,3 ± 0,09	1,2 ± 0,09	0,03 ± 0,001
		дифатка	1,5 ± 0,12	1,4 ± 0,13	0,05 ± 0,005
ДПЗ Іа	3,0 ± 0,19	разом	1,6 ± 0,14	1,3 ± 0,12	0,08 ± 0,009
		хлоридна	1,5 ± 0,11	1,2 ± 0,09	0,07 ± 0,007
		дифатка	1,7 ± 0,16	1,4 ± 0,15	0,09 ± 0,005
ДПЗ Іб	3,4 ± 0,25*	разом	1,9 ± 0,20	1,4 ± 0,08	0,11 ± 0,02

ДІІЗ II	4,5 ± 0,27*	Хлопчики		Дівчатка	
		Діагностика	Діагностика	Діагностика	Діагностика
		1,8 ± 0,17	1,3 ± 0,12	0,09 ± 0,01	
		2,0 ± 0,16	1,5 ± 0,11	0,2 ± 0,08	
		2,0 ± 0,18*	2,0 ± 0,17*	0,5 ± 0,03*	
		1,9 ± 0,15*	1,9 ± 0,13*	0,6 ± 0,05*	
		2,1 ± 0,17*	2,1 ± 0,20*	0,4 ± 0,01*	

Примітка: * - порівняння між групами, показані в із групою контролю, p<0,05.

Результати параметричних досліджень представлені в таблиці 2. Із найбільшим ступенем тяжкості симптомів пелюшкої дієти застосовували матір іонів кальцію в ротовій рідині дітей, які лішилося при цьому в середньому (I група - 1,21±0,03; II група - 1,23±0,09; III група - 1,18±0,11; IV група - 1,05±0,06). Значок, у дітей із ДІІЗ концентрація іонів кальцію в ротовій слині була на 5% нижчою, ніж у контрольній групі. Рівень фосфор-іонів у сльозі спостеріжених колимакш відносно показників контролю, однак порівняної відмінності між групами не виявлено. Найвище, концентрація фосфору була зафіксована в IV групі - 3,24±0,02.

Одержані кількісні показники освітлених сльозодушних компонентів підтверджували те, десь нам відстав спостеріжених про зменшенні концентрації фосфор-іонів. Тому відомо є використання в інших дослідженнях для антикариєвої терапії. Зокрема, активності ферменту душкої фосфатази (ДФ) та кислотності середовища (рН).

Таблиця 2

Рівень іонів кальцію, фосфор-іонів, рН та активності душкої фосфатази у ротовій рідині дітей груп спостеріжених

Показник	Контроль	ДІІЗ Ia	ДІІЗ Ib	ДІІЗ II
Рівень іонів кальцію, ммоль/л	1,21±0,03	1,23±0,09	1,18±0,11	1,05±0,06
Рівень фосфор-іонів, ммоль/л	3,08±0,17	3,82±0,08	3,57±0,15	3,24±0,02

Активність душкої фосфатази, ммоль/(с·л) рН	6,5	5,8	5,6	5,0*
	4,81±0,15	3,52±0,23	3,41±0,17	2,78±0,10*

Примітка: * - порівняння відмінності показників контролю та II, III, IV груп, p<0,05.

ДФ є абсолютно необхідною складовою процесу мінералізації тканин, окислення карбонату кальцію урвненого фосфор-іонів, фермент є асептичною, кофактором якого виступають іони цинку. Нестачу активності душкої фосфатази в сльозі групи спостеріжених вказує на групи - 3,41±0,09 ммоль/(с·л) проти контролю - 4,81±0,12 ммоль/(с·л). Активність ферменту була диференціальна у дітей IV групи - 2,78±0,02 ммоль/(с·л). Прокремюється питання до зменшення показників в дослідженнях ситуації тяжкості сучасного карієрозоння.

Отримані значення рН ротової рідини для мінералізації твердих тканин зубів є 6,5-7,5. Зниження кислотності середовища є необхідним, зумовлено критичною значущістю рвничу іонів кальцію та фосфатів, а отже і перший необхідний процес в сльозі. Значення показників рН ротової слини середньомірно зменшені дітьми склали 6,5. При підвищенні кислотності середовища, зниження палого показника, що корелювало із зменшенням активності ферменту I групи - 5,8; II група - 5,6; III група - 5,0.

Дослідження рівня кальцію та фосфору, активності душкої фосфатази, кислотності ротової рідини дітей, у чергову чергу, дає нам можливість оцінити процес мінералізації емалі зубів. Однак, не слід повірити тільки на іонфосфорність, дані показники щодо процесів мінералізації інших твердих тканин зуба та пародонта. Ажте, не важливо на принципово рівні джерела надходження мінеральних компонентів, процес утворення гідроксидів іонфосфорно-іонфосфорних. Тому важливо нам біохімічні показники до певної міри можуть повторити і про стан кісткової тканини зубодесниного суклетта. Підтвердженням цього стали результати вивчення рівня іонів кальцію та

фосфатів сироватки крові дітей. Встановлено суттєва кореляційна залежність між рівнями показниками ротової рідини та крові дітей у всіх групах (найпомітніше в I групі $r = 0,65$, $p < 0,05$; II групі $r = 0,44$, $p < 0,05$; III групі $r = -0,54$, $p < 0,05$; IV групі $r = 0,74$, $p < 0,05$).

Таким чином, проаналізувавши результати біохімічних досліджень, можна зробити висновок про те, що за умов ДПЗ у дітей рівень основних мінеральних компонентів, необхідних для формування гідроксипатитів, знижується в межах норми, однак спостерігається зниження активності ДФ - каталізатору ферменту мінералізації. Одним із можливих механізмів інвазивної етиології може бути інтенсивна середовища як наслідок метаболічних змін в організмі дитини при субклінічному гіперпаратирозі. Однак це виключаємо можливість впливу на фермент дефіциту цинку, що може супроводжувати преродовий гіпокальціємізм. Незалежно від причин інвазивної ДФ, констатуємо непомітності процесу мінералізації твердих тканин зубів у дітей, хворих ДПЗ.

Виявляючи різні мікрорелективні у твердих тканинах зубів та умови суттєвої патології патологічної язви в дітей показаво такі результати (таблиця 3).

Таблиця 3

Рівень мікрорелективності у твердих тканинах зубів за умов суттєвої патології патологічної язви в дітей

Показник	Контроль	ДПЗ Ia	ДПЗ Ib	ДПЗ II
Zn, мкг/г сухої речовини	9,73±0,59	14,89±0,98*	5,19±0,24*	6,31±0,35*
Cu, мкг/г сухої речовини	0,44±0,17	0,35±0,08	0,33±0,15	0,24±0,02*
Fe, мкг/г сухої речовини	59,81±4,15	52,83±4,23	25,41±2,17*	16,07±1,19*

Примітка. * - вірогідна відмінність показників контролю та I, II, III, IV груп, $p < 0,05$.

Число спостерігається тенденція до дефіциту основних есенціальних мікрорелективні у дітей, що хворіють на дифузійні непокривні хві, яка пов'язана з необхідним ступенем тяжкості соціальної патології.

Слід зауважити, що рівень мікрорелективні у біологічних субстратах не завжди відображає потребу організму в них. Це видно при недостатності мікроелементів спостерігається підвищення його рівня в таких біологічних субстратах як волосся, пітні тощо. Механізм такої кумуляції пов'язан в утворенні комплексів мікрорелективні з білками металопротейнами та їх накопиченні у тканинах із переважним рівнем метаболізму. Дані комплекси не підлягають на тканинах, однак знано зніжують швидкість обміну мікрорелективні та роблять його малодоступним для швидкого виведення в мікрорелективні функції організму. Крім того у таких випадках може спостерігатися мікрорелективні [9, 11].

Організм людини не синтезує мікроелементів, а також не має механізмів їх депонування на тривалій час, тому вони повинні постійно надходити із харчуванням у достатній кількості та бути вільнодоступними відносно до фізіологічних, вікових, а також і генетичних особливостей дітей та підлітків. Завдячуючи необхідна саморегуляція мікрорелективні.

Діагностика карієсу зубів у дітей із дифузійним непокривним зубом

Обстеження дітей із дифузійним непокривним зубом показало зниження рівня основних мінералізаторних компонентів ротової рідини: іонів кальцію, фосфат-іонів та інвазивного ферменту дужкої фосфатази, що вказує на порушення процесу мінералізації емалі. При патології патологічної язви встановлено недостатність мікрорелективні, зокрема цинку, міді, марганцю, що патологічно пов'язано процесу демініралізації та кінтино приводить до декомпенсаційних форм карієсу та його ускладнення. Це обумовлює необхідність встановлення превентива макро- та мікрорелективні для

пориваній надій обмінних протестів в смачні як на дитячому ринку, так і на ринку всього організму.

Запропонований нами спосіб лікування ґрунтується на комплексному патогенетичному підході з урахуванням результатів бактеріологічного кореляційного аналізу вищого рівня флорині на розвиток патології твердих тканин зубів в дітей із суцільною патологією пародонтоїдній тканин.

Несезонне встановлення дітячому промовлять за допомогою спеціальні (шукання зубів, етиологічне лікування тощо) та профілактичні (навчання підлоги ротової порожнини, термізації фізур, покриття зубів фторлаком) заходів. Підтримний догляд за ротовою порожниною здійснюють з використанням паст "R.O.C.S. Telesn", до складу яких входять амінофторид та ксиліт. Також для догляду та ротовою порожниною використовують ополіскувачі "R.O.C.S. Telesn", що містять скварт даялірні, ксиліт, і лінепродифекат калційо та хлорид маганю.

Задане лікування входить комплексні вітамінно-мінеральні препарати до складу якого входять кальцій та основні есенціальні мікроелементи-препарат калію йодиду.

Як вітамінно-мінеральний препарат застосовується "Кальцекспі асчане". (Склад препарату: калційо цитрат 217 мг, калційо карбонат - 1312 мг, що відповідає 500 мг іонізованого калційо, вітамін D₃ (соксемінациферол) - 200 МО, магній (у вигляді оксиду маганю) - 40 мг, цинк (у вигляді оксиду цинку) - 7,5 мг, мідь (у вигляді оксиду міді) - 1 мг, марганець (у вигляді марганцю сульфату) - 1,8 мг, бор (у вигляді натрію борату) - 250 мг, допоміжні речовини. Дозування препарату: по 1 таблетці 1 раз на добу під час прийому їжі протягом 1 місяця 2 рази на рік. При запальному дефіциті макро- та мікроелементів в організмі дитини, що підтверджується лабораторними дослідженнями, збільшується доза препарату відповідно 1 таблетці 2 рази на добу під час прийому їжі протягом 1 місяця 2 рази на рік.

Препарат калію йодиду при дифузному нетоксичному зобі призначається етиологічного. Дозування препарату залежно від віку дитини: 6-12 років - по

100 мг на добу; 12-15 років - по 150 мг на добу; з 15 років - по 200 мг на добу в 1 прийом. Застосовується поетапно поетапно під моніторингом дисфункційного та по місяцям зняття данноу. У подальшому дитина переводиться на профілактичні дози калію йодиду: до 6 років - по 50 мг на добу; 6-12 років - по 100 мг на добу; підлітками з 15 років - по 150 мг на добу.

З метою оцінки ефективності нового методу лікування від наших естетическим протягом двох років знаходиться для групи дітей: група естетическим, яка одержувала вище запропоноване лікування та група порівняння, якій здійснювали за допомогою заходу по лікуванню карієсу зубів та його усунюванні. Результати моніторингу представлені в таблицях 4 та 5.

Таблиця 4

Результати клінічного спостереження та дані про динаміку лікування

Діагностика	Інтенсивність карієсу		Кількість усунюваних карієсу	Інтенсивність карієсу
	1 група	2 група		
До лікування	4,21 ± 0,37 (n 12)	4,01 ± 0,28 (n 12)	50,00% (n 12)	50,00% (n 12)
Через рік лікування	4,11 ± 0,35 (n 12)	4,31 ± 0,26 (n 12)	41,7% (n 12)	58,3% (n 12)
Через рік після лікування	4,21 ± 0,37 (n 12)	4,71 ± 0,31 (n 12)	41,7% (n 12)	58,3% (n 12)
Через рік після лікування	4,21 ± 0,37 (n 12)	5,21 ± 0,49*** (n 12)	41,7% (n 12)	66,7%*** (n 12)

Примітки: * - порівняння інтенсивності показників до лікування та після лікування, р<0,05; ** - порівняння показників порівняння групи спостереження та контролю, р<0,05.

Інтенсивність карієсу зубів у дітей ті дифузний нетоксичний зобом на момент початку лікування була в межах 4,0-4,2 і мала кореляційну залежність

від ступеня важкості соматичного захворювання. Випромож двох років не спостерідалося зростаючі показники інтенсивності карієсу зубів у групі дослідження, натомість у групі порівняння неспостерідалося чітка динаміка до підвищення показників інтенсивності карієсу зубів у дітей із збільшенням їх віку.

У подальшому обстеження до лікування ретестувалися ті чи інші порогові форми пульпиту та нервової пульпи постійних зубів. У всіх дітей неспостерідалися хронічні форми запалення пульпи та нервової пульпи запропонованої нами медикаментозної корекції скорочилися кількості помірних ускладнень, що вказує на зростаючі карієспревалентності твердих тканинних зубів у дітей. Підтвердженням цього були й підвищення рівня кальцію та активності JФФ у ротовій рідині дітей групи спостереження протягом усього періоду в порівнянні з групою контролю.

Таблиця 5

Результати параклінічного спостереження за дітьми в динаміці лікування

	Рівень іонів кальцію, моль/л		Активність JФФ, пмоль/л/с	
	1 група спостереження (n=12)	1 група контролю (n=12)	1 група спостереження (n=12)	1 група контролю (n=12)
до лікування	1,20±0,19	1,19±0,28	3,40±0,23	3,56±0,27
Після лікування	2,15±0,17***	1,23±0,14	5,34±0,86***	3,87±0,31
Через рік після року лікування	1,98±0,12***	1,25±0,11	4,88±0,59***	3,41±0,17
Через 1 рік після лікування	1,75±0,16*	1,21±0,09	4,97±0,25***	2,97±0,24
Через 2 роки після лікування	1,82±0,12***	1,22±0,11	4,95±0,32***	3,24±0,27

Примітки: * - вірогідна відмінність показників до лікування та після лікування, p<0,05; ** - вірогідна відмінність показників групи спостереження та контролю, p<0,05.

Таким чином, застосування препаратів макроелементів та мікроелементів на фоні базової неокотренту в дітей із дифузним деструктивним зобом дозволяє стабілізувати показники інтенсивності карієсу зубів, підвищити рівень стоматологічного зморю в та запобігти розвитку можливих ускладнень з боку зубочелюстної системи й організму дитини в цілому.

ВИСНОВКИ

1. Діти, хворі на дифузний целюлітарний зоб, потребують більшого кількості стоматологічних оглядів у зв'язку із більшою ризиком виникнення та інтенсивністю карієсу зубів та його ускладнень.
2. Врахування вищезгаданих мінерально-зубної функції змінної сани дітєв із суворою патологією щитовидної залози, а також зменшення ризиків виникнення есенціальних мікроелементів, хочаби у випадку алергічних захворювань прерадіат захворів та мікроелементів на фоні обсягів зобов'язаної йодотерапії.
3. Постійно діючий фактор дефіциту ряду життєво важливих мікроелементів в організмі дитини зумовлює необхідність тривалої доцільної терапії, починаючи з моменту формування дитячого організму в підлому та емалі зубів ажрека. Критичні пропусчення курсів 1-2 разів на рік знижують від ступеня тяжкості стоматологічної та системної патології.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Брайков Ю.А. Зубочелюстна система при дифузних зобових захворюваннях / Ю.А. Брайков.- М.: Медицина, 1983.- 208 с.
2. Біліченко П.В. Особливості клініки, профілактики та лікування карієсу і гіперплазії у дітей з дифузним еутиреоїдним зобом: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / П.В. Біліченко.-Київ, 1997.-18с.
3. Горюв П.І. Екологічні аспекти карієсу зубів та шкідливих пародонту / П.І. Горюв, А.М. Поташук.-Житомир:ІВАТ «Інвест», 1998. - 225с.
4. Зелінська П.В. Стан палящих спеціалізованої допомоги дітям з ендемічним нетирозинемією в Україні у 2012 році та перспективи її вирішення / П.В. Зелінська, А.В. Терещенко, А.І. Русачко // Український журнал дитячої стоматології. - 2013. - № 3. - С. 31-39.
5. Колесник К.А. Особливості хвороби метаболічна у дітей з ендемічним зобом / К.А. Колесник. П.І. Канарке. О.В. Делета // Неоперативна зобова / К.А. Колесник. П.І. Канарке. О.В. Делета // Вісник стоматології. - 2013. - № 2. - С. 74-80.
6. Маченко М.С. Йодний дефіцит та його функційні захворювання (лекція) / М.С. Маченко // Периодичний науковий журнал.-2013.-№6(53).-С.97-105.
7. Менделевичева Людмила / Е.П. Аманжол, А.А. Жапаровичев, М.А. Рамадіс / С. Тривковал.- М.: Медицина, 1991. - 496 с.
8. Полюгін А.М. Ендокринологія: особливості розвитку хвороб пародонту і їх профілактика в умовах біологічного дефіциту фтору та йоду: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А.М. Полюгін.-Київ, 1996.-50с.
9. Оберіне Д. Високотирозинемія: роль макро- та мікроелементів у розвитку захворювання / Д. Оберіне, І. Харлаш, А. Сквандий.- С.ІІб.: Павла, 2008.- 544 с.

10. Панажкі В.І. Захворюваність дитячою гіпоїодією / В.І. Панажкі, - Чернівці: БДМА, 2003. - 258с.
11. Скальній А.В. Високеміємія в медичаніє / А.В. Скальній, И.А. Рудков. - М.: ОЛІКС '21 век, 2004. - 272с.
12. Учасність мікроелементів та вітамінів у розвитку дифузного неоксечного зоба у підлітків, які мешкають в умовах легкого йододіфіцитності / О.І. Пасюха, Д.А. Капкаца, С.І. Турчина, Ю.В. Волкова // Ендокринологія. - 2014. - №4. - С.335-336.
13. WHO, UNICEF, and ICCIDD. Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination. Third edition.- Geneva:WHO, 2007.-98p.

Підписано до друку 2 листопада 2015 року.
Формат 60x84/16. Гарнітура Times.
Друк офсетний. Папір офсетний.
Умовн. друк. арк. 1,16. Обл. вид. арк. 0,63.
Тираж 150.

Видавничо-інформаційний центр «Місто»
Україна, 58022 м. Чернівці, вул. Гоголя, 173А,
тел. (0372) 58 53 11, 58 53 12