

УДК 612.33.1/.8-053.2/.6:616-089+616.316[-007,+616.31-08-039.71]

Л.Б. Коган, А.Г. Гулюк

## Динамика свойств ротовой жидкости у детей, ранее прооперированных по поводу врожденных расщелин под влиянием лечебно-профилактических мероприятий

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

**Цель исследования** – изучение вязкости ротовой жидкости и скорости ее отделения у детей с ХКГ, ранее прооперированных по поводу врожденных расщелин, в динамике лечения.

**Материал и методы исследования.** Проведены клинические исследования 97 детей в возрасте 7–15 лет, которые были разделены на две группы: основную и сравнения (первая возрастная группа – 7–11 лет и вторая – 12–15 лет). Все дети из группы сравнения использовали гигиенический зубной эликсир «Санодент». Дети основной группы были разделены на две подгруппы и получали два варианта комплексного лечения. Первый вариант лечения заключался в применении зубного эликсира «Лизомукоид», аппликаций антимикробного препарата «Сангвиритрин» и пробиотика «Хилак форте». Вторым вариантом лечения предусматривалось кроме применения вышеперечисленных препаратов использование еще одного пробиотика «Био Гая продентис» и аппликаций мукозального геля «Флавогель» (в индивидуальной капле).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ полученных результатов показал, что у детей, ранее прооперированных по поводу врожденных пороков развития ЧЛО, установлено явление гипосаливации в обеих возрастных группах. При сопоставлении средних величин скорости слюноотделения у детей обеих возрастных групп, прооперированных по поводу врожденных расщелин ЧЛО, установлено, что скорость слюнообразования и слюноотделения у пациентов с оперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба ниже, чем в группе детей с прооперированной изолированной расщелиной мягкого неба.

**Выводы.** Повышенная вязкость ротовой жидкости на фоне сниженного слюноотделения у детей, имеющих в анамнезе операции по поводу врожденных расщелин челюстно-лицевой области, способны значительно ухудшить ее минерализующую, защитную и очищающую функции, что может привести, в свою очередь, к повышению риска поражения твердых тканей зубов и тканей пародонта. Курсовое применение предложенных ЛПК, включающих в себя зубной эликсир «Лизомукоид», аппликации антибактериального препарата «Сангвиритрин», пробиотика «Хилак форте» и «Био Гая продентис» и мукозальный гель «Флавогель» в индивидуальной капле, стимулируют функциональную активность слюнных желез, значительно улучшая ее минерализующую, защитную и очищающую функции и обеспечивает равновесие физиологических процессов в полости рта.

**Ключевые слова:** ротовая жидкость, дети, расщелины, антисептик, пробиотик, мукозальный фитогель, зубной эликсир.

Ротовая жидкость – это многокомпонентная система, на которую оказывают влияние как внешние, так и внутренние факторы. Поэтому изучение интегральных показателей ротовой жидкости, изменение которых отражает общие изменения в ее составе в норме и патологии, представляют особый интерес для исследователей [1, 2]. К основным интегральным показателям ротовой жидкости относятся ее вязкость и скорость слюноотделения. Целесообразность использования ротовой жидкости у детей, ранее прооперированных по поводу врожденных расщелин губы и неба, в качестве объекта исследования объясняется не только ее важной физиологической ролью, но и доступностью получения диагностического материала [3, 4, 5].

Изучение интегральных показателей ротовой жидкости у детей, ранее прооперированных по поводу врожденных расщелин, помогает лучше понять механизмы реминерализации эмали и развития кариозного процесса с целью их использования при прогнозировании стоматологической патологии. Кроме того, ротовая жидкость, ее состав и свойства имеют важное значение для обеспечения нормального состояния тканей пародонта. Поэтому своевременное выявление качественных изменений в ротовой жидкости, особенно у детей, имеющих врожденные расщелины ЧЛО, позволяет вовремя определить и устранить эти изменения, что дает возможность найти новые пути решения этой проблемы для стабилизации

основных показателей ротовой жидкости. Исходя из этого, логично было изучить скорость слюноотделения и ее вязкость у детей с прооперированными врожденными расщелинами ЧЛО.

**Целью** исследования стало изучение вязкости ротовой жидкости и скорости ее отделения у детей с ХКГ, ранее прооперированных по поводу врожденных расщелин, в динамике лечения.

### Материалы и методы исследования

Были проведены клинические исследования 97-и детей в возрасте 7–15 лет, которые были разделены на две группы: основную и сравнения (первая возрастная группа – 7–11 лет и вторая – 12–15 лет). Все дети группы сравнения использовали гигиенический зубной эликсир «Санодент». Дети основной группы были разделены на две подгруппы и получали два варианта комплексного лечения. Первый вариант лечения заключался в применении зубного эликсира «Лизомукоид», аппликаций антимикробного препарата «Сангвиритрин» и пробиотика «Хилак форте». Вторым вариантом лечения предусматривалось кроме применения вышеперечисленных препаратов использование еще одного пробиотика «Био Гая продентис» и аппликаций мукозального геля «Флавогель» (в индивидуальной капле). Полная оценка эффективности комплексного применения разработанных методов лечения была изучена в течение всего периода наблюдения.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ полученных результатов показал, что у детей с прооперированными врожденными пороками развития ЧЛЮ установлено явление гипосаливации в обеих возрастных группах.

При сопоставлении средних величин скорости слюноотделения у детей обеих возрастных групп, прооперированных по поводу врожденных расщелин ЧЛЮ, установлено, что скорость слюнообразования и слюноотделения у пациентов с прооперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба ниже, чем в группе детей с прооперированной изолированной расщелиной мягкого неба.

Так, исходное значение скорости слюноотделения в группе детей с прооперированной изолированной расщелиной мягкого неба у пациентов 7 обеих возрастных групп 11 лет в среднем составило  $0,35 \pm 0,018$  мл/мин, у 12 обеих возрастных групп 15-летних детей этот показатель был равен  $0,33 \pm 0,017$  мл/мин (рис. 1–2).

При использовании только зубного эликсира «Санодент» скорость слювации увеличивалась на  $0,04$  обеих возрастных групп  $0,05$  мл/мин через месяц после лечения, а через год была равна исходным данным, что говорит о кратковременной эффективности зубного ополаскивателя, который использовали в группе сравнения.

После лечения первым методом, в состав которого входили помимо гигиены полости рта зубной эликсир «Лизомукоид», аппликации антимикробного препарата «Сангвиритрин» и пробиотик «Хилак форте», она повышалась в  $1,2$  раза через шесть месяцев наблюдения в обеих возрастных группах детей с прооперированной изолированной расщелиной мягкого неба. Однако в конце иссле-

дования разница скорости слювации была не достоверна по сравнению с исходными данными ( $p > 0,05$ ). После применения второго метода лечения, который отличался от первого дополнительным использованием пробиотика «Био Гая прорентис» и аппликаций мукозального геля «Флавогель» в индивидуальной капе, изучаемый показатель повышался в  $1,6$  раза через три месяца после лечения, а в конце исследования составил  $0,53 \pm 0,027$  мл/мин в группе детей 7–11 лет и  $0,51 \pm 0,026$  мл/мин – 12–15 лет, что достоверно отличалось от исходных данных скорости слюноотделения в начале исследования (рис. 1–2).

Результаты исследований скорости слюноотделения при проведении лечебно-профилактических мероприятий у детей с прооперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба представлены на рисунках 3–4. Приведенные данные свидетельствуют о том, что у детей обеих возрастных групп при первичном обследовании установлено явление гипосаливации. Цифровые значения исходных данных скорости слюноотделения в среднем составили  $0,32 \pm 0,016$  мл/мин у детей 7–11 лет и  $0,30 \pm 0,015$  мл/мин у детей 12–15-ти лет (рис. 3–4).

Местное применение гигиенического эликсира «Санодент» и проведение профессиональной гигиены полости рта в группах сравнения привело к незначительному повышению слюноотделения у детей с прооперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба. Так, у 7–11-летних детей через три месяца после лечения он составил  $0,35 \pm 0,018$  мл/мин, а у 12–15-летних –  $0,34 \pm 0,017$  мл/мин.

Скорость слювации у детей, которые ранее были прооперированы по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, после применения

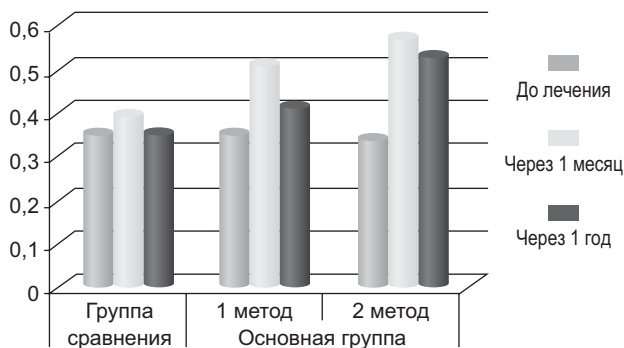


Рис. 1. Динамика изменения скорости слювации у детей 7–11-ти лет, прооперированных ранее по поводу изолированной расщелины мягкого неба.

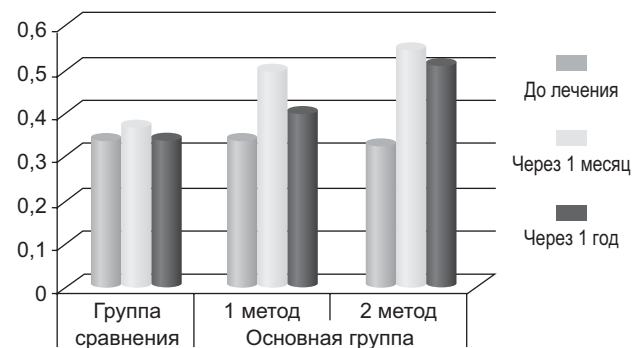


Рис. 2. Динамика изменения скорости слювации у детей 12–15-ти лет, прооперированных ранее по поводу изолированной расщелины мягкого неба.

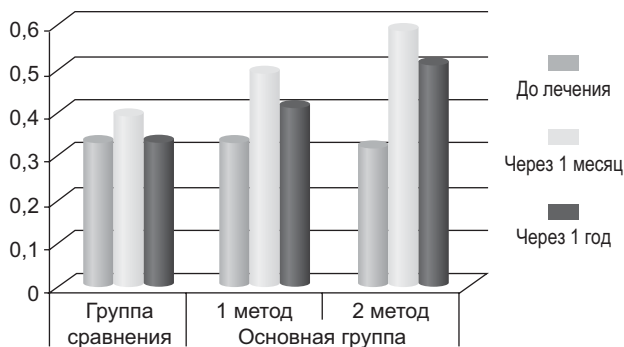


Рис. 3. Динамика изменения скорости слювации у детей 7–11-ти лет, прооперированных ранее по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба.

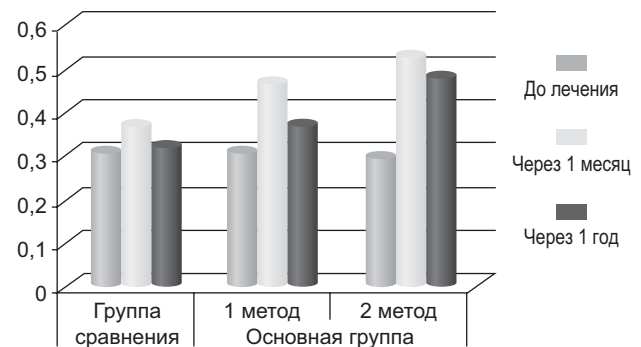


Рис. 4. Динамика изменения скорости слювации у детей 12–15-ти лет, прооперированных ранее по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба.

первого метода лечения (зубной эликсир «Лизомукоид» + антимикробный препарат «Сангвиритрин» + пробиотик «Хилак форте») увеличивалась в 1,3 раза через полгода, а в конце исследования разница данного показателя по сравнению с исходными данными была недостоверной ( $p > 0,05$ ) в обеих возрастных группах (рис. 3–4).

Более существенное повышение скорости слюноотделения у детей с прооперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба наблюдалось под влиянием разработанного нами ЛПК, состоящего из аппликаций антимикробного препарата «Сангвиритрин», пробиотиков «Хилак форте» и «Био Гая продентис» и мукозального геля «Флавогель». Так, в основных группах наблюдения уровень секреции повысился через три месяца в 1,7 раза у детей 7–11 лет. Такая же тенденция изменения скорости слюноотделения была установлена и у детей 12–15-ти лет, где значение этого показателя увеличилось в 1,6 раза после лечения. Несмотря на снижение скорости слюноотделения в основных группах наблюдения в конце исследования, значение этого показателя соответствовали оптимальному уровню секреции и достоверно превышали такие в группах сравнения на всех этапах исследования ( $p < 0,05$ ).

Анализ данных исследования показал, что скорость слюноотделения у детей с прооперированными врожденными пороками ЧЛЮ основных групп наблюдения и сравнения находится в обратной зависимости от тяжести патологии врожденной расщелины ЧЛЮ и возраста детей. Так, у детей, прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, скорость слюноотделения ниже. Согласно полученным данным следует, что у детей 7–11-ти лет с прооперированной изолированной расщелиной мягкого неба скорость слюноотделения была более высокой, а наименьшей она наблюдалась у детей с оперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба в возрасте 12–15 лет.

При этом следует отметить, что скорость слюноотделения в пределах нормальных значений на протяжении всего периода наблюдения удерживалась только в основной группе, где применялся комплексный подход, тогда как у детей, которым назначался только гигиенический эликсир, явления гипосаливации появлялись уже через шесть месяцев, а через год цифровые данные изучаемого показателя не отличались от исходных данных ( $p > 0,05$ ).

При анализе цифровых данных вязкости ротовой жидкости у детей, прооперированных по поводу врожденных расщелин губы и неба, было установлено, что они значительно повышены. Однако наибольшие цифровые значения этого показателя ротовой жидкости установлены у детей с прооперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба. Так, в

начале наблюдения у детей с прооперированной изолированной расщелиной мягкого неба показатель вязкости составил  $2,48 \pm 0,13$  СП у детей 7–11 лет и  $2,52 \pm 0,14$  СП у детей 12–15-ти лет, а у детей, ранее прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, он составлял  $2,53 \pm 0,13$  и  $2,56 \pm 0,14$  СП соответственно.

После лечения первым способом, который предусматривал кроме местного применения гигиенического эликсира использование антимикробного препарата «Сангвиритрин» и пробиотика «Хилак форте», вязкость ротовой жидкости у детей 7–11-ти лет с прооперированной изолированной расщелиной мягкого неба была равна  $1,96 \pm 0,10$  СП. После лечения вторым способом, который отличался от первого дополнительным приемом пробиотика «Био Гая продентис» и мукозального геля «Флавогель» в индивидуальной капле, показатель вязкости через месяц исследования составил  $1,91 \pm 0,10$  СП, а в конце наблюдения вязкость ротовой жидкости в исследуемой группе детей снизилась в 1,2 раза (рис. 5).

Подобная тенденция была установлена у детей 12–15 лет с прооперированной изолированной расщелиной мягкого неба. При этом снижение показателя вязкости было установлено в зависимости от способа лечения и составляло 1,2–1,3 раза. Однако только во второй подгруппе основной группы в конце наблюдений полученные результаты были достоверно ниже по сравнению с исходными данными ( $p < 0,05$ ). Вместе с тем в группе сравнения также было установлено снижение показателей вязкости ротовой жидкости, но оно было незначительным в течение всего срока исследования (рис. 6).

Цифровые данные вязкости ротовой жидкости в основных группах 7–11-летних детей, прооперированных по поводу врожденной комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, до лечения составляли  $2,53 \pm 0,13$  и  $2,54 \pm 0,13$  СП. После использования первого способа лечения, в состав которого входили гигиенический эликсир «Лизомукоид», аппликации антимикробного препарата «Сангвиритрин» и пробиотика «Хилак форте», изучаемый показатель стал равен  $2,38 \pm 0,12$  СП в конце исследования. После лечения разработанным ЛПК, состоящим из мукозального геля в индивидуальной капле и комбинации пробиотиков «Хилак форте» и «Био Гая продентис», вязкость ротовой жидкости в исследуемой группе детей уменьшилась в 1,2 раза в конце наблюдения (рис. 7).

Такие же изменения наблюдались у детей 12–15-ти лет с оперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба. Снижение изучаемого показателя в зависимости от способа лечения было в 1,1–1,2 раза. Положительная динамика изменения вязкости ротовой жидкости была установлена на протяжении всего периода наблюдения у детей, применявших мукозальный

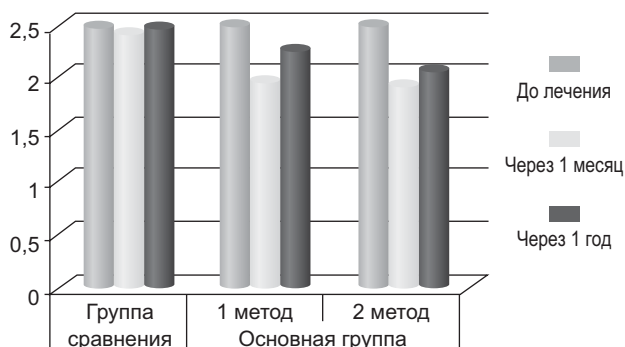


Рис. 5. Динамика изменения вязкости ротовой жидкости у детей 7–11-ти лет, прооперированных ранее по поводу изолированной расщелины мягкого неба.

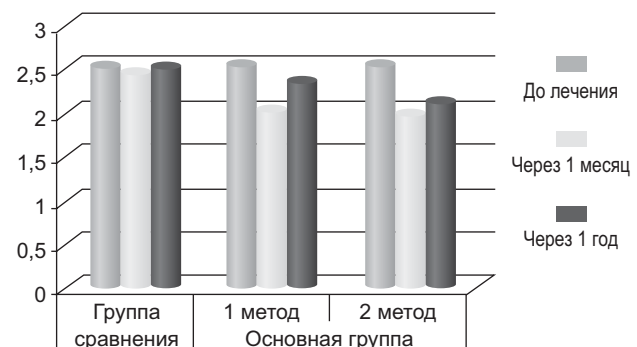


Рис. 6. Динамика изменения вязкости ротовой жидкости у детей 12–15-ти лет, прооперированных ранее по поводу изолированной расщелины мягкого неба.

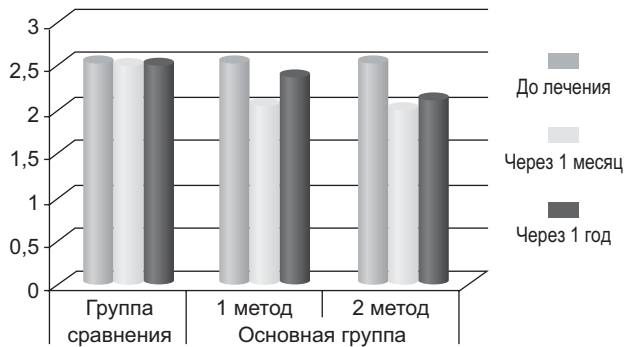


Рис. 7. Динамика изменения вязкости ротовой жидкости у детей 7–11-ти лет, прооперированных ранее по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба.

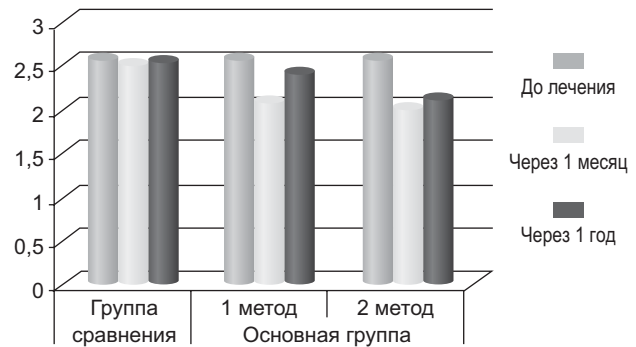


Рис. 8. Динамика изменения вязкости ротовой жидкости у детей 12–15-ти лет, прооперированных ранее по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба.

гель в индивидуальной капле в комплексе с пробиотиками «Хилак форте» и «Био Гая проредентис». Через год данный показатель у детей 12–15-ти лет с прооперированной комбинированной расщелиной верхней губы, мягкого и твердого неба составил  $2,10 \pm 0,11$  СП, что достоверно ниже исходных данных и данных в группе сравнения (рис. 8).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что все же у детей с прооперированными врожденными расщелинами челюстно-лицевой области показатель вязкости ротовой жидкости остается на достаточно высоком уровне и логично предположить, что это может быть существенным фактором, провоцирующим возникновение воспаления в тканях пародонта. В то же время у детей групп сравнения вязкость ротовой жидкости после коррекции местными средствами несколько снизилась. Однако цифровые значения этого показателя оставались достаточно высокими в обеих возрастных группах независимо от порока развития ЧЛЮ в анамнезе.

Таким образом, после анализа полученных результатов есть основания полагать, что повышенная вязкость ротовой жидкости на фоне сниженного слюноотделения у детей, имеющих в анамнезе операции по поводу врожденных расщелин челюстно-лицевой области, способны значительно ухудшить ее минерализующую, защитную и очищающую функции, что может привести, в свою очередь, к увеличению риска поражения твердых тканей зубов и тканей пародонта. В то же время можно предположить, что курсовое применение предложенных ЛПК, включающих в себя зубной эликсир «Лизомукоид», аппликации антибактериального препарата «Сангвиритрин», пробиотики «Хилак форте» и «Био Гая проредентис» и мукозальный гель «Флавогель» в индивидуальной капле, стимулируют функциональную активность слюнных желез, значительно улучшая ее минерализующую, защитную и очищающую функции и обеспечивает равновесие физиологических процессов в полости рта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Левицкий А.П. Саливация у здоровых лиц раннего возраста и у стоматологических больных / А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, Л.Н. Россаханова // Вісник стоматології. – 2005. – № 2. – С. 68–69.
2. Сулиева Э.Т. Роль слюны в гомеостазе минеральных компонентов полости рта // Проблемы стоматологии. – Алматы. – 2002. – № 3. – С. 5–7.
3. Кошелева Е.А. Влияние профессиональной гигиены на состав и свойства ротовой жидкости у детей с хроническим катаральным гингивитом // Стоматология

нового тысячелетия. Материалы форума. – Москва. – 2002. – С. 161–162.

4. Коробейникова Э.Н. Количественное определение содержания белка и лизоцима (гликопротеинов) в слюне / Э.Н. Коробейникова, Е.И. Ильных // Клинич. лаб. диагностика. – 2001. – № 8. – С. 34–35.
5. Сторожук П.Г., Сафарова И.В., Еричев В.В. Определение активности лизоцима слюны // Клинич. лаб. диагностика. – 2000. – № 6. – С. 13–15.

## Динаміка властивостей ротової рідини в дітей, раніше прооперованих із приводу вроджених розщілин, під впливом лікувально-профілактичних заходів

Л.Б. Коган, А.Г. Гулюк

**Метою** даного дослідження в'язкості ротової рідини та швидкості її виділення в дітей з ХГ, раніше прооперованих із приводу вродженої розщілини в динаміці лікування.

**Матеріал і методи.** Проведено клінічне дослідження 97 дітей у віці 7–15 років, які були розділені на дві групи: основну та порівняння (перша вікова група – 7–11 років, друга – 12–15 років). Усі діти групи порівняння використовували гігієнічний ополіскувач для порожнини рота «Санодент». Діти основної групи були розділені на дві підгрупи й отримували два варіанти комплексного лікування. Перший варіант лікування полягав у застосуванні зубного еліксиру «Лізоумкоід», аплікацій антимікробного препарату «Сангвіритрин» і пробіотику «Хілак форте». Другий варіант лікування передбачав окрім використання вищеперерахованих препаратів застосування ще одного пробіотику «Біо Гая проредентіс» та аплікацій мукозального гелю «Флавогель» (в індивідуальній капі).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз отриманих результатів показав, що в дітей, раніше прооперованих із приводу вроджених вад розвитку ШЛД, встановлено явище гіпосаливації в обох вікових групах.

При співставленні середніх величин швидкості слиновиділення в дітей обох вікових груп, прооперованих із приводу вроджених розщілин ШЛД, встановлено, що швидкість слиноутворення та слиновиділення в пацієнтів із прооперованою комбінованою розщілиною верхньої губи, м'якого і твердого піднебіння нижче, ніж у групі дітей із прооперованою ізольованою розщілиною м'якого піднебіння.



**Висновки.** Підвищена в'язкість ротової рідини на тлі зниженого слиновиділення в дітей, які мають в анамнезі операції із приводу вроджених розщілин щелепно-лицьової ділянки, здатні значно погіршити її мінералізуючу, захисну та очищувальну функції, що може призвести, у свою чергу, до збільшення ризику ураження твердих тканин зубів і тканин пародонту. Курсове застосування запропонованих ЛПК, що включають у себе зубний еліксир «Лізомукоїд», аплікації антибактеріального препарату «Сангвіритрин», пробіотики «Хілак форте» й «Біо Гая проредентіс» і мукозальний гель «Флавогель» в індивідуальній капі, стимулюють функціональну активність слинних залоз, значно покращуючи її мінералізуючу, захисну й очищувальну функції та забезпечує рівновагу фізіологічних процесів у порожнині рота.

**Ключові слова:** ротова рідина, діти, розщілина, антисептик, пробіотик, мукозальний фітогель, зубний еліксир.

## Dynamics properties of oral fluid in children previously operated for congenital clefts under the influence of therapeutic and preventive measures

L. Kogan, A. Gulyuk

**The purpose** of this study the viscosity of the oral fluid and the speed of its branches in children with chronic catarrhal gingivitis, previously operated on for congenital clefts, in dynamics of treatment.

**Material and methods.** The clinical study of 97 children aged 7–15 years, who were divided into two groups: primary and comparison (the first age group – 7–11 years and the second – 12–15 years). All the children in the comparison group used hygienic mouthwash "Sanodent". The children in the study group was divided into 2 groups and received 2 options for comprehensive treatment. The first treatment option was to use a dental elixir «Lisomuroid», applications of antimicrobial drug – «Sangviritrin» and probiotic «Hilak forte». The second treatment option included in addition to the use of these agents is the use of another probiotic «Bio Gaya prodentis» and applications, mucosal gel «Flavogel» (in the individual kappa).

**The results of the study and their discussion.** Analysis of the results showed that in children operated previously for congenital defects of the oral and maxillofacial region established phenomenon of hyposalivation in both age groups.

When comparing mean values of salivary flow rate in children operated for congenital clefts of the oral and maxillofacial region, both age groups showed that the speed of salivation in patients with operated combined cleft lip, soft and hard palate lower than in the group of children with operated isolated cleft of the soft palate.

**Conclusions.** Increased viscosity of the oral fluid due to impaired salivation in children with a history of surgery for congenital clefts of the maxillofacial region can significantly impair its mineralizing, protective and cleaning functions that may lead, in turn, increase the risk of defeat of hard tissues of teeth and periodontal tissues. Course application of the proposed treatment-and-prophylactic complex, including mouthwash "Lisomuroid", application of an antibacterial drug "Sangviritrin" probiotics "Hilak Forte" and "Bio guya prodentis" and mucosal gel "Flavogel" in the individual kappa, stimulate the functional activity of the salivary glands, significantly improving its mineralizing, protective and cleansing functions and provides a balance of physiological processes in the oral cavity.

**Key words:** oral fluid, children, cleft, antiseptic, probiotic, mucosal fitogeli, mouthwash.

*Коган Любовь Борисовна – аспирант кафедры хирургической стоматологии Одесского национального медицинского университета.*

*Адрес: ул. Ришельевская, 11, г. Одесса, 65026. Тел.: (048) 711-75-22. E-mail: liebel@ukr.net.*

*Гулюк Анатолий Георгиевич – д-р мед. наук, профессор,*

*зав.кафедрой хирургической стоматологии Одесского национального медицинского университета.*

*Адрес: ул. Ришельевская, 11, г. Одесса, 65026. Тел.: (048) 711-75-22.*

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

## ДЕНТАФОБИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ПО НАСЛЕДСТВУ

Психологи из университета западной Вирджинии пришли к выводу, что боязнь лечения зубов может передаваться генетически.

Исследователи Камерон Рэндэлл и Дэниел Макнил утверждают, что страх и тревожное состояние перед посещением стоматолога обусловлены в том числе наследственностью. Подобная работа о влиянии генетических факторов на развитие дентафобии (помимо факторов окружения человека) была проведена впервые.

Результаты работы также свидетельствуют о наследственной природе страха испытать боль, которая также часто сопровождает пациентов. Были обнаружены гены, ответственные за усиление страха перед болью, которые, вероятно, также вызывают дентафобию. Таким образом, ученые привели новые доказательства взаимосвязи боязни испытать боль и страха перед посещением стоматолога.

Аспирант факультета психологии К. Рэндэлл говорит, что в самой работе концепт дентафобии описан более детально. Понимание причин этого страха в будущем может улучшить здоровье многих людей.

«Главный вывод авторов заключается в том, что некоторые гены обуславливают предрасположенность человека к развитию дентафобии, которая, вероятнее всего, развивается на фоне боязни испытать физическую боль во время процедуры», – утверждает автор.

Чтобы изучить наследственные факторы дентафобии, ученые применили новый подход, рассмотрев метаданные большого количества пациентов. Для этого была проанализирована информация из Центра исследований здоровья полости рта в г. Аппалачча, образованного при поддержке Национальных институтов здравоохранения США. Работа проводилась совместно с лабораторией по исследованию тревожных состояний, психофизиологии и боли при Колледже наук и искусств Элберли.

Боязнь лечения зубов является распространенным симптомом. При тяжелой форме фобии человек может регулярно пропускать или вовсе избегать визитов к стоматологу, что приводит к запущенным болезням зубов и организма в целом. Оценив масштаб проблемы, авторы решили разобраться в причинах фобии и найти варианты терапии.

«Результаты нашей работы, а также других исследований о психологических факторах и факторах окружения, влияющих на развитие дентафобии, вероятно, позволят нам разработать новую методику лечения этого страха», – говорит К. Рэндэлл.

[www.dentalexpert.com.ua](http://www.dentalexpert.com.ua)