

ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

**Матеріали науково-практичної конференції
«Інноваційні технології
в стоматології»**

(23 вересня 2016 року)

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2016

Інноваційні технології в стоматології : матеріали наук.-практ. конф., 23 верес.
2016 р. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 124 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

©ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського, 2016

Ознаки пародонтиту встановлено лише у 2 % дітей IV групи. Встановлено, що індекс РМА у II та III групах був майже однаковий і склав близько 35 %. Зі збільшенням ступеня тяжкості тиреопатології він зростає до 42,8 %, проти контрольного показника 20,3 %. Підсумовуючи, результати індексу РМА, слід сказати, що у дітей з ДНЗ переважав гінгівіт середнього ступеня тяжкості, тоді як у контрольній групі – легкого.

Отримані результати свідчать про вірогідне збільшення всіх пародонтальних індексів та проб, що вказує на погіршення стану тканин пародонта в дітей, які мають супутню патологію щитоподібної залози.

Гігієна ротової порожнини за даними індекса ОНІ-S знаходиться на незадовільному рівні в усіх групах спостереження та контролю, що може стати пусковим механізмом формування дифузного запального процесу в яснах.

Висновок. Результатами досліджень встановлено, що у дітей, хворих на ДНЗ, спостерігається більший відсоток ураження тканин пародонта, що вказує на необхідність подальшого параклінічного вивчення стоматологічного статусу за умов супутньої патології щитоподібної залози для встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

УДК 616.311-008.87-053.6:616.33/.34

Денисова О.Г., Соколова І.І.

Харківський національний медичний університет

МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Однією з актуальних проблем дитячої гастроентерології є гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). В останні роки відзначається чітка тенденція до збільшення частоти цього захворювання в світі. До теперішнього часу немає однозначної інформації щодо поширеності ГЕРХ у дітей. За даними вітчизняних авторів, її діапазон становить 18-25% (Приворотскій В. Ф. і співав., 2011), 11-13% (Макаров А. В. і співав., 2003), 8-25% (Шадрін О. Г. і співав., 2010). За даними зарубіжних авторів, популяційна частота ГЕРХ серед дітей у віці до 5 років становить 0,9 на 1000 дітей на рік і не відрізняється в залежності від статі. За даними Лярской Н.В. (2007), у дітей у віці до 15 років, які пройшли обстеження із застосуванням езофагогастроудоденоскопії, рефлюкс-езофагіт виявлено в 23% випадків. При цьому

в доступній літературі практично не реєструють прояви ГЕРХ в порожнині рота, а саме ознаки ГЕРХ, які розвиваються поза стравоводом, можуть бути як діагностичними, так і прогностичними критеріями цієї проблеми. Тяжкість цих станів, їх різноманітність визначається мікробним пейзажем і ступенем дисбіозу порожнини рота.

Метою роботи було визначення видової приналежності й ступеня дисбіозу порожнини рота у дітей з ГЕРХ.

Методи дослідження. Обстежено 16 дітей, які перебували на диспансерному обліку у гастроентеролога з приводу ГЕРХ (діагноз був поставлений згідно класифікації рефлюкс-езофагіту, Лос-Анджелес, 1998), у віці від 10 до 15 років.

У всіх пацієнтів проводилося мікробіологічне дослідження зубного нальоту, отриманого шляхом забору з поверхні зуба, вранці натщесерце, перед гігієнічними процедурами, але до початку лікувальних заходів. Дослідження проводили в лабораторії інституту мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України. Ступінь дисбіозу визначали за методикою В.В. Хазанової і співав. (1996). При цьому дисбактеріоз I-II ступеня (компенсований) характеризувався виявленням 1-3-х патогенних видів бактерій на тлі нормального вмісту або деякого зменшення титру нормальної мікрофлори. Виявлення патогенної монокультури в значній кількості на тлі різкого зменшення чисельності або повної відсутності фізіологічної мікрофлори розглядався як дисбактеріоз III ступеню (субкомпенсований). Наявність асоціацій патогенних видів бактерій з дріжджоподібними грибами оцінювався як дисбактеріоз IV ступеня (декомпенсований).

Результати. У всіх обстежених дітей в якості патогена були присутні мікроорганізми групи *Streptococcus* spp. ($5,4 \lg \text{ КУО/см}^2$) і *Peptostreptococcus* spp. ($6,3 \lg \text{ КУО/см}^2$). У 9 дітей були виявлені бактерії роду *Staphylococcus* (*S. aureus* - $4,4 \lg \text{ КУО/см}^2$), у 6 - сімейства *Enterobacteriaceae* ($6,4 \lg \text{ КУО/см}^2$). У всіх дітей було знижено вміст *Lactobacillus* spp. ($2,3 \lg \text{ КУО/см}^2$). Крім того, у 8 дітей були присутні умовно-патогенні гриби роду *Candida* ($4,2 \lg \text{ КУО/см}^2$). З 16 пацієнтів дисбіотичні зрушення спостерігалися тільки у 5 дітей з ГЕРХ ступеня тяжкості А, при цьому в якості патогена був присутній *Staphylococcus aureus*. У решти дітей спостерігався дисбактеріоз I-II ступеня, з присутністю *Enterobacteriaceae*, *S. aureus* і *C.a albicans*.

Висновки. Представлені дані мікрофлори порожнини рота у дітей з ГЕРХ визначають диференційований підхід до вибору як ополіскувачів для індивідуальної гігієни, оральних антисептиків при призначенні місцевих лікувальних маніпуляцій, так і повинні враховуватися гастроентерологом при проведенні антибактеріальної терапії на загальному рівні.

<i>Денисова О. Г., Соколова І. І.</i> МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	65
<i>Годованець О. І., Котельбан А. В., Бурденюк І. П.</i> ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ДІТЕЙ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	67
<i>Годованець О. І., Котельбан А. В., Попеску Д. Г.</i> АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ	68
<i>Дутко Г. З., Гонта З. М.</i> ВИВЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОЛІГОФРЕНІЮ	69
<i>Костура В. Л., Безвушко Е. В.</i> РІВНІ ІЛ-1 β ТА TNF- α В РОТОВІЙ РІДІНІ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ ТА НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА	70
<i>Кривенко Л. С.</i> ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНЮ ЗАПАЛЕННЯ ЯСЕН У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ МЕТОДОМ РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ....	72
<i>Крупей В. Я.</i> ПОШИРЕНІСТЬ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	73
<i>Лагода Л. С</i> ОСОБЛИВОСТІ КАРІЄСОГЕННОЇ СИТУАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ДІТЕЙ м. ЛУЦЬКА.....	74
<i>Лебідь О. І., Черкашин С. І., Мачоган В. Р., Дуда К. М., Лучинський В. М.</i> ВПЛИВ РАЦІОНУ ХАРЧУВАННЯ НА СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТАРШОКЛАСНИКІВ	76
<i>Лісецька І. С., Рожко М. М., Куцик Р. В.</i> АКТИВНІСТЬ БАКТЕРІЙ-ПРОДУЦЕНТІВ ПЕРОКСИДУ ВОДНЮ ВИДІЛЕНИХ З ПОВЕРХНІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЯСЕН У ПІДЛІТКІВ З КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ ТА ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ.....	77
<i>Лучинська Ю. І., Лучинський В. М., Щерба В. В.</i> СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИСМЕТАБОЛІЧНУ НЕФРОПАТІЮ.....	78
<i>Лучинський В. М., Лучинський М.А., Федірко Г.В., Болюх Ю.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ АНТРОПОГЕННИХ УМОВАХ.....	79