

Доброскок В.О., Митченко М.П.

## СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА І СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Сучасні новітні стоматологічні технології дозволяють значно покращити результати лікування карієсу та його ускладнених форм, однак частка одонтогенної інфекції в розвитку гострих і хронічних запальних процесів, особливо в дітей, залишається досить великою. За наявності в порожнині рота великої кількості уражених зубів значно погіршується гігієнічний стан порожнини рота, що може певною мірою впливати на перебіг одонтогенної інфекції та потребувати додаткових заходів, спрямованих на зниження ступеня мікробної забрудненості порожнини рота і зниження вірулентних властивостей вегетуючих штамів.

**Метою нашого дослідження** стало вивчення стану гігієни порожнини рота і стоматологічного статусу дітей із гострими запальними процесами щелепно-лицевої ділянки.

Обстеження проводили за допомогою загальноприйнятих методів (ВООЗ, 1989) у 25 хворих на гострий гнійний лімфаденіт і у 20 - на гострий одонтогенний остеомієліт щелепних кісток. Вивчено гігієнічний індекс (J.C. Green, I.R. Vermillion, 1964) та ураженість зубів карієсом, визначали пробу Шіллера-Гісарєва (1962), ПМА в модифікації Parma (1960).

Перед стоматологічним обстеженням ми опитали дітей та їхніх рідних про регулярність чищення зубів. Установлено, що тільки 17,5% хворих дотримуються правил гігієни і регулярно чистять зуби, нерегулярно чистять 56,4% та зовсім не чистять 32,1%. У більшості виявили незадовільний стан гігієни порожнини рота, особливо відсутні зміни були в дітей з одонтогенним остеомієлітом. При вивченні інтенсивності та поширеності карієсу встановлено,

що ці показники значно перевищують контрольні величини (у 2,5-3 рази). Оцінка стану тканин пародонта вказувала на відсутність запального процесу в слизовій оболонці ясен у 72,3% хворих, адже індекс РМА в них не перевищував нульової позначки. У 27,7% спостережень проба Шіллера-Гісарєва була позитивною, а запалення поширювалося на сосочки та маргінальний край ясен. Індекс РМА при цьому становив  $32,73 \pm 3,83\%$ .

Отже, незадовільний стан гігієни, велика кількість зубів із каріозним процесом, наявність його ускладнених форм і гірший стан тканин пародонта в дітей із гострими запальними процесами щелепно-лицевої ділянки можуть впливати на якісний і кількісний склад мікроорганізмів порожнини рота, призводячи до активації їхніх агресивних властивостей.

Дорошенко С.І., Саранчук О.В., Саранчук О.В.

## СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТА В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ НА ТЛІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Київський медичний університет УАНМ

### Актуальність теми

Запальні процеси в пародонті привертають підвищену увагу дослідників і лікарів-стоматологів. Виникаючи в дитячому віці, вони призводять до розвитку тяжких

захворювань організму (Виноградова Т.Ф., 1983; Белоклицька Г.Ф., 1996; Деньга О.В., 1998). Більшість із них розвиваються під впливом різних факторів, як місцевих, так і загальних. Важливим місцевим

чинником є зубощелепні аномалії та деформації. До загальних належить таке ендокринне захворювання як цукровий діабет I типу (Годованец Л.В., 1990; Касаткина Э.П., 1990; Rosenthal I.M. et

al., 1988; Савичук Н.О., 2002). За даними Виноградової Т.Ф. (1980), ураження пародонта спостерігається в 51,2% дітей, які хворіють на цукровий діабет.

При цьому захворюванні зміни в пародонті обтяжуються наявністю зубощелепних аномалій і деформацій, ортодонтичне лікування яких має свої особливості та труднощі. Наявність у порожнині рота апарата погіршує її гігієнічний стан, який і без того порушений. З одного боку, за рахунок запальних процесів у пародонті, особливо при ендокринопатіях (цукровий діабет I типу), а з іншого – наявністю зубощелепних аномалій та деформацій, що може викликати різні ускладнення при проведенні ортодонтичного лікування (Грудянов А.И., 2002; Дорошенко С.І., 2009). Тому ортодонтичне лікування слід проводити комплексно, тобто з залученням насамперед відповідних терапевтичних засобів (Грудянов А.И., 2000; Добрыгина Ю.В., 2004; Деньга О.В., 2007).

**Мета дослідження** - вивчити зміни мікробіоценозу порожнини рота в дітей із зубощелепними аномаліями та деформаціями, які мають перебіг на тлі захворювань тканин пародонта і цукрового діабету I типу в процесі ортодонтичного лікування, а також із застосуванням лікувально-профілактичного комплексу.

**Матеріал і методика дослідження**

Ми дослідили ротову рідину 47 пацієнтів віком від 6 до 16 років,

які були розподілені на 3 клінічні групи. Першу (I) контрольну групу склали 12 дітей без ортодонтичної патології, до другої ввійшли 15 дітей із захворюванням тканин пародонта (ЗТП) і зубощелепними аномаліями (ЗЩА) без супутньої патології, в третю - 20 хворих на ЗЩА та ЗТП з наявністю цукрового діабету I типу (ЦД-I).

Пацієнтам II групи проводили стандартне базове терапевтичне лікування і після досягнення ремісії - ортодонтичне, при якому 1 раз за місяць здійснювали професійну гігієну порожнини рота.

Хворим III групи, окрім ортодонтичного лікування, застосовували запропонований лікувально-профілактичний комплекс, до якого входили кверцетин, кальцикор і зубний еліксир «Грей-пфрутовий».

Стан мікробіоценозу в порожнині рота пацієнтів оцінювали за активністю уреаз (фермент, який продукує патогенна і умовно патогенна мікрофлора) та за вмістом основного антимікробного чинника – лізоциму. Крім того, в ротовій рідині визначали показники, що характеризують стан антиоксидантно-прооксидантної системи: активність одного з основних ферментів антиоксидантного захисту – каталази і вміст продукту перекисного окислення ліпідів малонового діальдегіду МДА.

**Висновки**

Проведені перед початком лікування клініко-лабораторні дослідження в дітей із зубоще-

лепними аномаліями та захворюваннями тканин пародонта і з цукрового діабетом I типу дозволили встановити в них відповідні відхилення в показниках мікробіоценозу порожнини рота в порівнянні з контрольною групою: підвищений рівень активності уреаз, що свідчить про збільшення мікробного обмінення ротової порожнини; суттєво знижену активність лізоциму, який є маркером рівня неспецифічного імунітету; перевищення норми в 4,5-4,8 разів ступеня дизбіозу порожнини рота у хворих III групи; збільшення у 2-3 рази МДА і еластази, які є маркерами запалення; суттєве ( $p < 0,001$ ) зниження активності антиоксидантного ферменту каталази.

Після проведеного лікування ми виявили позитивні зміни в III групі пацієнтів (із застосуванням ЛПК) в порівнянні з II (зниження рівня активності уреаз; суттєве підвищення активності лізоциму; зниження ступеня дисбіозу порожнини рота у хворих II і III груп; зниження концентрації МДА й еластази; підвищення активності антиоксидантного ферменту каталази).

Отже, ці дані дають підставу стверджувати про ефективність застосування запропонованого лікувально-профілактичного комплексу і рекомендувати його в комплексному лікуванні дітей із зубощелепними аномаліями та деформаціями, ускладненими захворюваннями тканин пародонта, особливо на тлі цукрового діабету I типу.