

Мікробіологічна оцінка впливу грудного молока на формування мікробіоценозів ротової порожнини новонароджених дітей віком до трьох місяців здійснена при бактеріологічному обстеженні 43 пар мати – дитина. Взято під спостереження 23 дитини, що отримували в якості основного харчування материнське молоко, інфіковане різними мікроорганізмами. Групу порівняння склали 20 дітей, що отримують повноцінне грудне вигодовування. Діти обох груп знаходились тільки на природному вигодовуванні.

Бактеріолактія зареєстрована у 139 жінок (28,14 %). Аналіз мікрофлори грудного молока показав, що у 128 матерів висівалася грампозитивна флора (*S. aureus* – 20,65%, *S. epidermidis* – 5,26 %), у 11 – грамнегативна (*E. Coli* – 2,23 %).

При аналізі мікрофлори порожнини рота дітей виявлено, що у дітей, що харчуються контамінованим молоком *Lactobacillus* spp. із ротової рідини висівалась у 100% обстежених, *S. aureus* висівався у 56,5% дітей, *Candida* spp. – у 47,8% дітей до 3-х місяців. У дітей групи порівняння *Lactobacillus* spp. із ротової рідини висівалась в 29% випадків.

Таким чином, бактеріолактія – розповсюджене серед годуючих жінок явище. Із грудного молока найбільш часто виділялися грампозитивні коки, серед яких достатньо висока колонізація виявлена у *S. aureus*.

Отримані дані свідчать, що у дітей, що знаходяться на вигодовуванні контамінованим молоком, спостерігається дисбактеріоз порожнини рота з перших місяців життя, що потребує подальшого вивчення мікробіологічного складу ротової рідини та його впливу на формування органів порожнини рота у дітей перших років життя. Це дасть можливість розробити комплекс профілактичних заходів, направлених на підвищення резистентності твердих тканин зубів, тканин пародонта та слизової оболонки порожнини рота, застосування яких знизить поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань у дітей молодшого віку.



УДК 616.314-002.4-053.2/6

*Г. В. Кіндрат, к. мед. н., З. Б. Попович, к. мед. н.*

Івано-Франківський національний медичний університет

### **ОЦІНКА КАРІСОГЕННОЇ СИТУАЦІЇ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ТРЕТІМ СТУПЕНЕМ АКТИВНОСТІ КАРІЕСУ ЗУБІВ**

Стан гігієни ротової порожнини є провідним чинником у розвитку і профілактиці стоматологічних захворювань. Низький рівень гігієнічного догляду створює передумови для формування карієсогенної ситуації в ротовій порожнині, яка сприяє прогресуванню каріозного процесу (Кисельникова Л.П.).

Значну роль у формуванні карієсу зубів відіграє ротова рідина. Особливе значення мають біофізичні властивості слини – кислотність, в'язкість, поверхневий натяг, тобто біофізичний тест карієсогенності слини (Мельник А.І.). Дослідження проводили у 120 дітей 6-15 років із множинним карієсом зубів і в 60 дітей зі здоровими зубами. Одержані результати вказують на низькі біофізичні показники у хворих дітей, що сприяють розвитку карієсогенної ситуації і вищі в дітей з інтактними зубами. Більше ці відмінності виражені серед 6-ти і 12-ти річних школярів -  $10,00 \pm 0,41$  мм/2хв у дітей із карієсом зубів проти  $12,83 \pm 0,09$  мм/2хв у дітей вільних від даної патології ( $p < 0,05$ ).

Перспективним тестом у донозологічній діагностиці карієсу зубів може бути карієсогенність зубного налету (КГЗН). КГЗН визначали в 74-х дітей 6-15 років із карієсом зубів III ступеня активності за допомогою індикатора місць накопичення зубного налету (Plaque Indicator Kit) компанії GC. Тестування полягало у визначенні здатності мікроорганізмів зубного налету до кислотоутворення. Зразок зубного налету поміщали у відповідний розчин на 1 сек. Через 5 хвилин фіксували його колір, який може знаходитися в діапазоні зеленого – жовтого – червоного, що вказує відповідно на низьку, середню і високу карієсогенність налету. Паралельно проводили дослідження в 60-ти дітей цього ж віку зі здоровою ротовою порожниною.

Результати проведення якісної реакції зубного налету на рівень кислотоутворення показав, що у 58,11 % дітей із множинними каріозними ураженнями переважала висока карієсогенність зубного налету. Доцільно відмітити, що вона більш характерна в ділянках вогнищевої демінералізації емалі. У дітей з не ураженими зубами 65,0 % випадків зубний наліт набував зеленого кольору. Характеризуючи одержані результати у віковому аспекті, нами встановлена висока карієсогенність зубного налету

у 6-ти і 12-ти річних дітей – 70,0 % і 66,67 % випадків відповідно. Серед школярів, вільних від карієсу зубів, у 80,0 % 12-ти річних підлітків домінувала низька КГЗН.

Аналізуючи одержані дані відповідно до стану соматичного здоров'я, нами виявлена пряма залежність між групами здоров'я і КГЗН. Висока карієсогенність зустрічалася в 55,41 % дітей III групи здоров'я і низький рівень був притаманний для дітей I групи здоров'я – 6,76 % випадків.

Таким чином, результати проведеного дослідження засвідчують високу карієсогенність слини і зубного налету в дітей із III ступенем активності карієсу зубів зі зниженою резистентністю організму. Актуальним є віковий період дітей - 6 і 12 років, у яких нами встановлена виражена карієсогенна ситуація в ротовій порожнині. Це необхідно враховувати при проведенні лікувально-профілактичних заходів на місцевому і загальному рівнях.



УДК 616.316-008.811:616.594.1.171.2+616.311

*К. Н. Косенко, д. мед. н., Т. П. Терешина, д. мед. н., Е. Л. Заградская*

## УРОВЕНЬ СЛЮНОВЫДЕЛЕНИЯ ПРИ РАЗНЫХ СТЕПЕНЯХ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»  
Одесский государственный медицинский университет

В настоящее время выявлен ряд факторов, предрасполагающих к возникновению орального кандидоза у взрослых людей, среди которых снижение функциональной активности слюнных желез разного генеза (Латышева С.В., 2007; Паненко И. А., 2006; Chen Q., Samaranyake L.P., 2000). При этом образуется замкнутый круг: снижение слюноотделения – увеличенный рост грибов – симптомы грибкового стоматита – разрастание колоний грибов в выводном протоке слюнной железы – еще меньшее количество выделяемой слюны (Chen Q., Samaranyake L.P., 2000)

**Цель настоящей работы.** Изучение количества выделяемой слюны при нарастании грибковой инвазии слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Было выделено 3 группы лиц с хроническим кандидозом СОПР, отличающиеся степенью обсемененности грибами рода Кандида и выраженности клинической симптоматики

**Начальная степень**, свидетельствующая о возможном присутствии грибковой инфекции - клинические проявления не четко выражены. Незначительная гиперемия и васкуляризация. При этом количество КОЕ на соскоб составляет от 600 до 1000 тыс. ед.

**1-я степень** – жалобы на жжение, визуально хорошо определяется гиперемия определенных участков СОПР с гладкой и блестящей поверхностью. Количество КОЕ Candida на соскоб составляет от 1000 до 3000 тыс. ед.

**2-я тяжесть** – жалобы на жжение, визуально яркая гиперемия определенных участков СОПР с гладкой и блестящей поверхностью без нарушения целостности. Количество КОЕ Candida на соскоб составляет от 3000 до 5000 тыс. ед.

Всего приняло участие в исследованиях 36 человек (8, 15 и 13 лиц соответственно в группах). У всех пациентов изучали скорость саливации. При этом за норму был принят уровень слюноотделения 0,5 мл/мин.

Результаты исследований были следующие: при начальной степени кандидоза скорость саливации была в среднем  $0,41 \pm 0,05$  мл/мин., при первой степени –  $0,36 \pm 0,04$  мл/мин, при 2-й степени –  $0,30 \pm 0,04$  мл/мин.

На основании этих результатов был сделан вывод, что с нарастанием кандидозной колонизации СОПР изменяется уровень саливации в сторону уменьшения. Исходя из анализа индивидуальных