

СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

УДК: 616.314-007:616-071.3]-053.2:613.1

**Е. В. Безвушко, д. мед. н., Н. Л. Чухрай, к. мед. н.,
Ахмад Хатем Джасер**Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ФІЗИЧНИМ
РОЗВИТКОМ І ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ
АНОМАЛІЯМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ
НА ЗАБРУДНЕНІЙ ТЕРИТОРІЇ**

Представлені результати обстеження 503 дітей шкільного віку з регіону з підвищеним вмістом фтору у питній воді. Встановлено, що у дітей, які проживають на території із підвищеним вмістом фтору, найбільший приріст зросту (21,90 см) та маси тіла (15,64 кг) спостерігається з 9 до 12 років – у період інтенсивного формування постійного прикусу. У цей період розповсюдженість зубощелепних аномалій зростає із 70,00±7,61 до 74,20±6,52 %. Виявлено, що діти без ЗЩА є вищими у порівнянні із дітьми без ЗЩА у всіх вікових групах. Отримані дані свідчать, що показники зросту і маси тіла у дітей, які проживають на території із підвищеним вмістом фтору, перевищують аналогічні у дітей м. Львова (знижений вміст фтору).

Ключові слова: фізичний розвиток, зубощелепні аномалії, діти.

Э. В. Безвушко, Н. Л. Чухрай, Ахмад Хатем ДжасерЛьвовский национальный медицинский университет им.
Данила Галицкого**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФИЗИЧЕСКИМ
РАЗВИТИЕМ И ЗУБОЩЕЛЮСТНЫМИ
АНОМАЛИЯМИ У ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ
ПРОЖИВАЮТ НА ЗАГРЯЗНЕННОЙ
ТЕРРИТОРИИ**

Представлены результаты обследования 503 детей школьного возраста из региона с повышенным содержанием фтора в воде. Установлено, что у детей, проживающих на территории с повышенным содержанием фтора, наблюдается самый большой прирост роста (21,90 см) и массы тела (15,64 кг) с 9 до 12 лет – в период интенсивного формирования постоянного прикуса. В этот период распространенность зубочелюстных аномалий возрастает с 70,00±7,61% до 74,20±6,52%. Выведено, что дети без ЗЧА выше ростом в сравнении с детьми без ЗЧА во всех возрастных группах. Полученные данные свидетельствуют, что показатели роста и массы тела у детей, которые проживают на территории с повышенным содержанием фтора, превышают аналогичные у детей г. Львова (сниженное содержание фтора).

Ключевые слова: физическое развитие, зубочелюстные аномалии, дети.

**E. V. Bezvushko, N. L. Chukhray,
Ahmad Khatem Dzhaser**

Danylo Galytskyi Lviv National Medical University

**RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICAL
DEVELOPMENT AND MALOCCLUSIONS
IN CHILDREN FROM POLLUTED REGIONS****ABSTRACT**

The aim of our investigation was to estimate physical development of children living in the regions with increased content of fluoride in drinking water and relationship with malocclusions.

Material and methods of research. There were examined 503 children of 7, 9, 12 and 15 years old from the regions with increased content fluoride in drinking water. Control group consist of 175 children of the same age groups from Lviv (deficit of fluoride in drinking water). During stomatological examination it were estimated hard dental tissues state, periodontal state, state of the oral mucosa and malocclusions. Malocclusions were diagnosed using D.A. Kalvelis classification. For estimation of physical development of children there were determined the mail anthropometric indices: weight and growth of the body.

Result of the research. It was carried out examination of 503 schoolchildren from the region with high content of fluoride in drinking water. It was found that from 9 to 12 years (a period of permanent dentition formation) it is noticed a very large increase in growth (21.90 cm) and weight (15.64 kg) in children living in areas with a high content of fluoride. During this period, the prevalence of malocclusions increases from 70, 00 ± 7, 61% to 74,20 ± 6,52%. It was revealed that children with malocclusions were taller comparing with children without malocclusions in all age groups. The findings suggest that indices of the growth and weight in children who live in areas with high fluoride content are higher than in children of Lviv (region of reduced fluorine content).

Conclusions. According to received data it could be confirmed that it were revealed some peculiarities of growth and weight indices in children from regions with increased content of fluoride in drinking water. That's it make us for the further studying of all factors that provoked malocclusions formation. But these results approved by our investigations only after 11 years in children of both sex that can be connected with some changes in child's organism during growth, development and as a result of immature immune system and adaptive capacity of organism.

Key words: physical development, malocclusions, children.

Здоров'я дитячого організму в сучасній медицині розглядається як інтегральний показник, що формується внаслідок дії складного комплексу взаємопов'язаних і взаємозалежних внутрішніх чинників та зовнішніх впливів. Найважливішими його параметрами та адекватними індикаторами соціального благополуччя, на думку багатьох авторів [7], є показники фізичного розвитку дитини. В силу незавершеності процесів росту і розвитку організм дитини шкільного віку є дуже чутливим до впливу змін, які відбуваються в оточуючому середовищі [2, 8].

Багаточисленними дослідженнями відзначено вплив забрудненого зовнішнього середовища на виникнення стоматологічної патології у дітей [1, 9]. Так, дія на організм дитини в той чи інший період формування та росту його організму несприятливих екологічних чинників може спровокувати формування ортодонтичної патології. Тому, особливу зацікавленість в цьому сенсі представляє вивчення фізичного розвитку та стан зубощелепної системи дітей, які проживають на території з підвищеним вмістом фтору у питній воді. Оскільки відомо, що фтор є мікроелементом, який безпосередньо впливає на структуру зубів та кісток, тому може відігравати певну роль як у порушеннях фізичного розвитку дітей, так і у патогенезі виникнення зубощелепних аномалій, зокрема аномалій зубних рядів.

Мета. Оцінка фізичного розвитку дітей, які проживають в регіоні з підвищеним вмістом фтору у питній воді та взаємозв'язку із розповсюдженістю зубощелепних аномалій.

Матеріал та методи. Обстежено 503 дитини 7-ми, 9-ти, 12-ти та 15-ти річного віку, які проживають в регіоні з підвищеним рівнем фтору у питній воді (смт. Соснівка, м.Доброутвір, м.Червоноград). Контрольну групу склали 175 дітей аналогічних вікових груп м. Львова (дефіцит фтору в питній воді). При стоматологічному обстеженні оцінювали стан твердих тка-

нин, пародонту, слизової оболонки порожнини рота та зубощелепні аномалії [3]. Отримані клінічні дані заносились в карту обстеження стоматологічного хворого. Зубощелепні аномалії діагностували згідно класифікації Д.А. Калвеліса.

Для оцінки фізичного розвитку дітей визначали основні антропометричні показники: масу та зріст тіла за загальноприйнятою методикою [4,5]. Вміст фтору у питній воді в обстежених населених пунктах коливався від 1,3-3,5 мг/л. Результати опрацьовані статистично з використанням критерію Стьюдента [6].

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами проведеного дослідження встановлено, що середні показники зросту та маси тіла у дітей, які проживають на території з підвищеним вмістом фтору становлять $144,34 \pm 1,27$ см та $39,20 \pm 1,77$ кг, а в групі порівняння відповідно $142,98 \pm 1,50$ см та $34,83 \pm 1,43$ кг. З віком вони зростають від $123,87 \pm 2,06$ і $24,41 \pm 0,80$ кг у 7-ми річних дітей до $167,10 \pm 2,29$ см та $58,00 \pm 2,95$ кг у 15-річних дітей. При чому середній приріст росту з 7-ми до 15-ти років становить 43,23 см, а середній приріст маси тіла – 33,59. Найбільший приріст зросту у дітей спостерігається з 9 до 12 років (21,90 см) та маси тіла (15,64 кг) – це період інтенсивного формування постійного прикусу, а з 12-ти до 15-ти років складають, відповідно, 12,22 см та 11,47кг (рис. 1, 2).

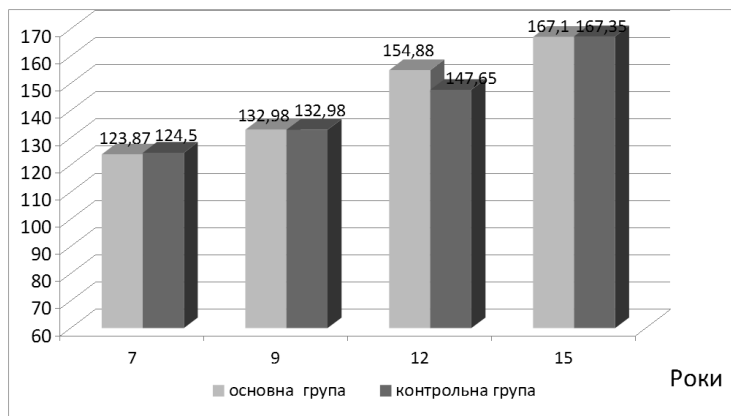


Рис. 1. Середні показники зросту в залежності від віку

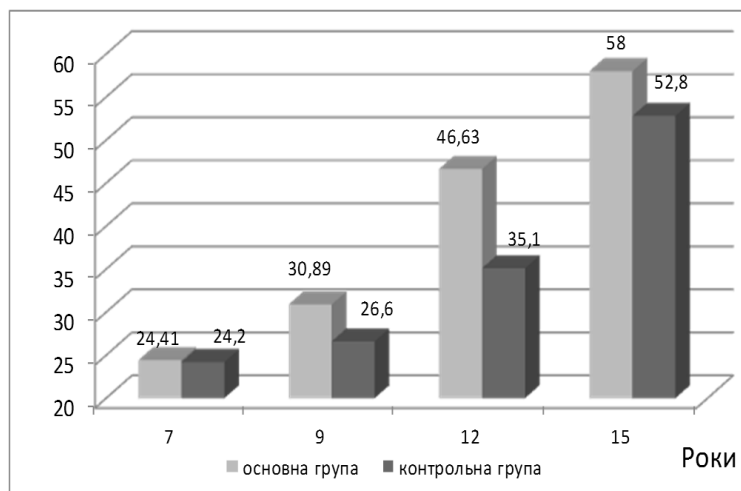


Рис. 2. Середні показники маси тіла в залежності від віку.

Аналіз проведених досліджень показав, що з віком розповсюдженість ЗЩА зростає із $65,64 \pm 7,16\%$ у дітей 7-ми річного віку до $70,00 \pm 7,61\%$ в 9-років в період змінного прикусу (рис. 3). У подальшому відмічена тенденція до зростання розповсюдженості зубощелепних аномалій у дітей 12-ти та 15-ти років у період постійного прикусу до $74,20 \pm 6,52\%$ та $73,64 \pm 6,89\%$, відповідно.

Отже, з 7-ми до 12-ти років довжина тіла дітей, в середньому, збільшується на 31,01 см, а маса тіла на 22,12 кг, при цьому розповсюдженість зубощелепних аномалій зростає на 8,56%.

При порівнянні показника зросту у дітей із ЗЩА

та без ЗЩА було встановлено у перших нижче його значення, в середньому, на 1,74 см. При аналогічному аналізі зросту в залежності від віку подібна тенденція визначена у всіх вікових групах, проте найбільша різниця була виявлена у 9-ти річних дітей і склала 4,8 см (табл. 1).

Аналіз проведених вимірів показав, що, в середньому, маса тіла дітей без ЗЩА становить $40,71 \pm 2,33$ кг, а у дітей із ЗЩА - $39,20 \pm 1,20$ кг. У всіх вікових групах, крім 7-ми річних дітей, маса тіла була встановлена вищою у дітей без ЗЩА у порівнянні із дітьми без ЗЩА (табл. 2).

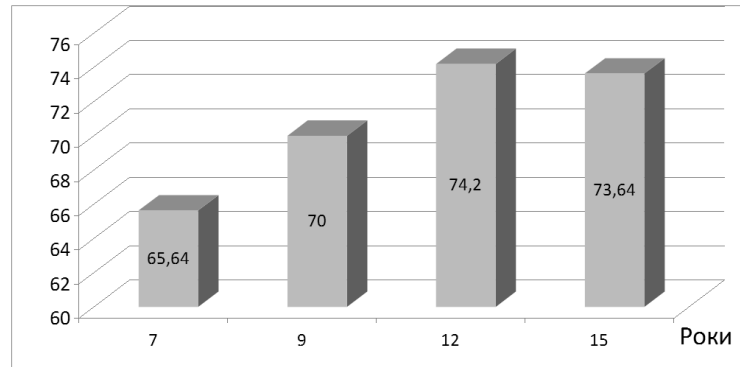


Рис. 3. Розповсюдженість ЗЩА у дітей в залежності від віку.

Таблиця 1

Середні показники зросту у обстежених дітей (у см)

Вік (у роках)	Зріст у дітей із ЗЩА		Зріст у дітей без ЗЩА		Середні показники зросту	
	кількість дітей	абс. знач.	кількість дітей	абс. знач.	кількість дітей	абс. знач.
7	87	$123,68 \pm 2,40$	44	$124,06 \pm 1,22$	131	$123,87 \pm 2,06$
9	80	$130,58 \pm 2,12$	35	$135,38 \pm 1,15$	115	$132,98 \pm 1,64$
12	101	$154,16 \pm 1,08$	35	$155,60 \pm 2,62$	136	$154,88 \pm 1,85$
15	91	$166,92 \pm 1,56$	30	$167,27 \pm 3,02$	121	$167,10 \pm 2,29$
Загалом	359	$143,84 \pm 1,43$	144	$145,58 \pm 2,00$	503	$144,34 \pm 1,27$

Таблиця 2

Середні показники маси тіла у обстежених дітей (у кг)

Вік (у роках)	Маса тіла у дітей із ЗЩА		Маса у дітей без ЗЩА		Маса у середньому у дітей	
	кількість дітей	абс. знач.	кількість дітей	абс. знач.	кількість дітей	абс. знач.
7	87	$25,23 \pm 0,54$	44	$23,59 \pm 0,97$	131	$24,41 \pm 0,80$
9	80	$29,53 \pm 0,81$	35	$32,24 \pm 1,69$	115	$30,89 \pm 1,25$
12	101	$44,64 \pm 1,56$	35	$48,42 \pm 2,67$	136	$46,53 \pm 2,12$
15	91	$57,41 \pm 1,89$	30	$58,59 \pm 4,00$	121	$58,00 \pm 2,95$
Загалом	359	$39,20 \pm 1,20$	144	$40,71 \pm 2,33$	503	$39,96 \pm 1,77$

Оцінюючи особливості зросту обстежених дітей в залежності від місця проживання, виявлено, що діти які мешкають в м. Соснівці та м. Червонограді є вищими ($145,07 \pm 1,08$ см та $146,53 \pm 1,86$ см) у порівнянні із дітьми м. Добровора ($141,34 \pm 0,86$ см) (рис. 4). Поряд з тим при аналізі розповсюдженості ЗЩА в залежності від місця проживання школярів виявлено, що частіше ЗЩА діагностовано у дітей м. Соснівки ($73,69 \pm 3,20$ %) у порівнянні з дітьми з м. Червоногра-

да ($69,04 \pm 3,71$ %), ($p \geq 0,05$) та м. Добровора, ($70,89 \pm 3,61$ %), ($p \geq 0,05$).

Встановлено, що діти із ЗЩА є вищими від дітей без ЗЩА м. Соснівки на 2,11 см, натомість у дітей м. Червонограда та м. Добровора без ЗЩА показники росту виявились вищими у порівнянні із дітьми із ЗЩА ($148,30 \pm 2,13$ см та $144,87 \pm 2,31$ см та $140,11 \pm 0,77$ см, $p_1 \geq 0,05$, $p_2 \geq 0,05$). Найвищі діти були виявлені в місті Червонограді (без ЗЩА та із ЗЩА).

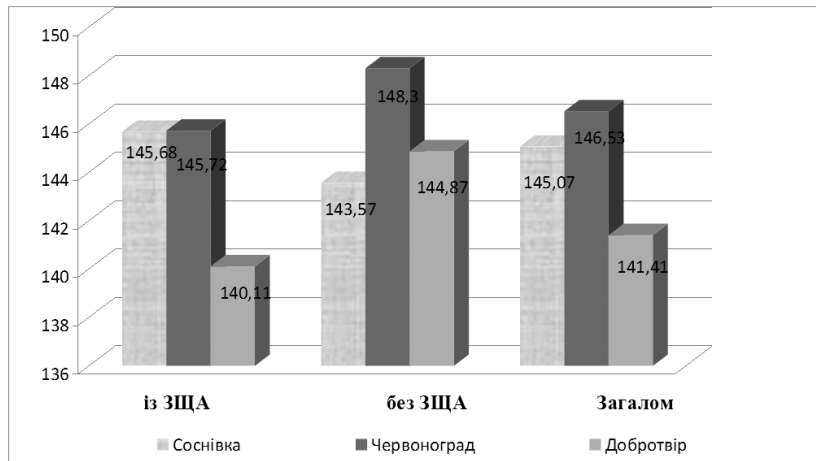


Рис. 4 Середні показники зросту у дітей в залежності від місця проживання

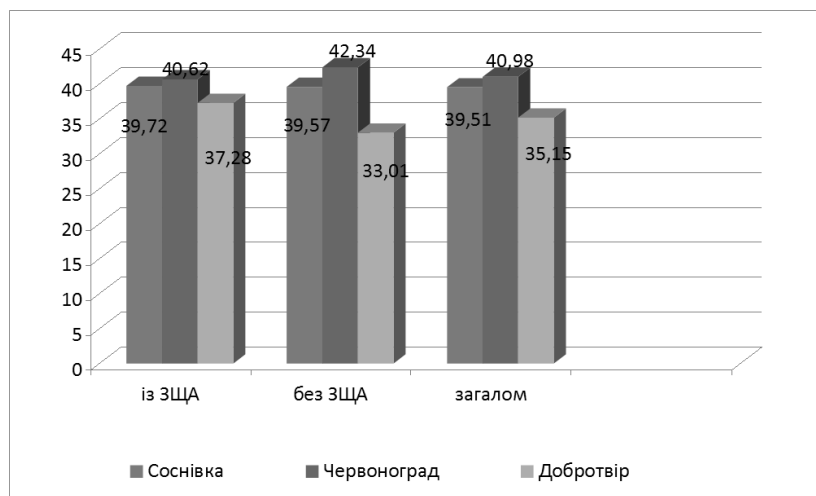


Рис. 5 Середні показники маси тіла у дітей в залежності від місця проживання.

Визначаючи особливості маси тіла обстежених дітей в залежності від місця проживання, виявлено, що діти які мешкають в м.Соснівці та м. Червонограді мають більшу масу тіла (39,51±2,19 кг та 40,98±1,10 кг) у порівнянні із дітьми м. Доброутвора (35,15±1,88 кг) (рис. 5).

Виявлено деякі відмінності в розповсюдженості ЗЩА та середніх показників зросту у дітей з віком в залежності від місця проживання (табл. 3). У дітей 7-ми річного віку вища розповсюдженість встановлена у дітей м.Соснівки (73,34±6,59 %) при показнику зросту 123,80±0,99 см та ваги 23,84±5,53 кг у порівнянні із дітьми м. Червонограда (68,00±6,60 %), при показнику зросту 128,20± 1,23 см та ваги – 27,25±0,51 кг ($p \geq 0,05$), а особливо м.Доброутвора (55,56±8,28%) при середньому показнику зросту 119,59±0,23 см та ваги 22,61±0,58 кг, ($p \geq 0,05$). У дітей м.Доброутвора та м.Соснівки розповсюдженість ЗЩА збільшується і в 15 років становить відповідно 83,34±5,75% (зріст – 162,21±1,55 см, вага – 59,55±1,69 кг), ($p < 0,01$) та 77,56±5,96 % (зріст – 169,08±1,39 см, вага – 59,44±1,91 кг), ($p \geq 0,05$). На відміну від них у дітей м. Червонограда з 7-ми до 12-ти років розповсюдженість ЗЩА збільшується з 68,00±6,60 % до 74,00±7,06 %, тоді як довжина тіла збільшується на 26,86 см, а маса ті-

ла зростає на 18,83 кг ($p \geq 0,05$), а в 15 років знижується до 60,00±8,94 % (приріст росту при цьому складає 40,13 см, а приріст маси тіла – 29,78 кг). У дітей 15-ти річного віку значно частіше ЗЩА встановлені в м. Доброутворі.

Встановлено (табл. 4), що у дітей, які проживають у м. Доброутворі спостерігається достовірний ($p < 0,05$) сильний прямий кореляційний зв'язок поміж поширеністю ЗЩА та показниками віку ($r = +0,95$), зросту ($r = +0,85$) і маси тіла ($r = +0,89$). Тобто із зростанням віку зростає поширеність ЗЩА, аналогічні залежності прослідковуються і щодо маси та зросту дітей. Водночас у дітей, які проживають у м. Соснівка, встановлені тенденції ($p > 0,05$) щодо даних взаємозв'язків.

Розповсюдженість ЗЩА у 15-річних дітей м. Червоноград (60,00±8,94%), яка є найменшою з-поміж усіх вікових груп даного міста, обумовила наявність зворотних кореляційних зв'язків ($p > 0,05$) поміж поширеністю ЗЩА та показниками віку ($r = -0,52$), зросту ($r = -0,50$) і маси тіла ($r = -0,52$). Тобто із зростанням віку дітей у м. Червоноград існує тенденція до зменшення поширеності ЗЩА, аналогічні залежності прослідковуються і щодо маси та зросту дітей.

Таблиця 3

Розповсюдженість зубоцеліпних аномалій та середні показники зросту та маси тіла в залежності від віку та місця проживання

Населений пункт		Вік обстежених дітей (у роках)			
		7	9	12	15
Соснівка	розповсюдж. ЗЩА (у %)	73,34±6,59	68,00±6,60	76,09±6,29	77,56±5,96
	показник зросту (у см)	123,80±0,99	134,22±0,84	151,40±1,10	169,08±1,39
	показник маси тіла (в кг)	23,84±4,53	30,24±0,83	44,51±1,47	59,44±1,91
Червоноград	розповсюдж. ЗЩА (у %)	68,00±6,60	72,00±8,98	74,00±6,20	60,00±8,94
	показник зросту (у см)	128,20±1,23	134,52±3,85	155,06±1,06	168,33±1,29
	показник маси тіла (в кг)	27,25±0,51	33,56±1,19	46,08±1,36	57,03±1,33
Добротвір	розповсюдж. ЗЩА (у %)	55,56±8,28	70,00±7,25	72,50±7,06	83,34±5,75
	показник зросту (у см)	119,59±0,23	126,10±0,63	157,73±1,04	162,21±1,55
	показник маси тіла (в кг)	22,61±0,58	27,08±3,53	45,70±1,22	55,55±1,69
Всього	розповсюдж. ЗЩА (у %)	65,64±7,16	70,00±7,61	74,20±6,52	73,64±6,89
	показник зросту (у см)	123,87±2,06	132,98±1,64	154,88±1,85	167,10±2,29
	показник маси тіла (в кг)	24,41±0,80	30,89±1,25	46,53±2,12	58,00±2,95
p1		≥0,05	≥0,05	≥0,05	≥0,05
p2		≥0,05	≥0,05	≥0,05	≥0,05

Таблиця 4

Значення коефіцієнтів парної кореляції поміж поширеністю ЗЩА та показниками віку, зросту і маси тіла в залежності від місця проживання

	Розповсюдженість ЗЩА (у %)		
	Соснівка	Червоноград	Добротвір
Вік, роки	0,69	-0,52	0,95*
Зріст, см	0,71	-0,50	0,85*
Маса тіла, кг	0,74	-0,52	0,89*

Примітка : * - коефіцієнт кореляції достовірний (p<0,05).

Висновки. 1. Встановлено, у дітей, які проживають на території із підвищеним вмістом фтору, найбільший приріст зросту (21,90 см) та маси тіла (15,64 кг) спостерігається з 9 до 12 років – у період інтенсивного формування постійного прикусу. У цей період розповсюдженість зубоцеліпних аномалій зростає із 70,00±7,61 до 74,20±6,52 %.

2. Виявлено, що діти без ЗЩА є вищими у порівнянні із дітьми без ЗЩА у всіх вікових групах. У всіх вікових групах, крім 7-ми річних дітей, маса тіла була встановлена вищою у дітей без ЗЩА у порівнянні із дітьми без ЗЩА.

3. Отримані дані свідчать, що показники зросту і маси тіла у дітей, які проживають на території із підвищеним вмістом фтору, перевищують аналогічні у дітей м. Львова (знижений вміст фтору). Це спонукає

до подальшого вивчення усіх факторів виникнення зубоцеліпних аномалій у дітей, які мешкають на території із підвищеним вмістом фтору.

Список літератури

1. **Безвушко Е.В.** Вплив забруднення навколишнього середовища на стоматологічну захворюваність дітей / Е. В. Безвушко // Довкілля та здоров'я. – 2008. - №1. – С.65 – 68.
2. **Безвушко Е. В.** Комплексна оцінка стоматологічного здоров'я та фізичного розвитку дітей, що проживають в регіоні з комбінованим впливом забруднення довкілля та дефіциту фтору і йоду / Е. В. Безвушко // Environment and Health. – 2010 – №1. – С.45-47.
3. **Бюллетень ВОЗ** «Стоматологическое обследование, основные методы». 3-е изд. Женева, 1989. – С.21.
4. **Воронцов И. М.** Закономерности физического развития детей и методы его оценки / И. М.Воронцов. – Л.:ЛПМИ, 1986. – 55с.
5. **Майданник В. Г.** Фізичний і психічний розвиток дітей / В. Г.Майданник, М. А. Дадакіна. – К.:УДМУ, 1993. – 104с.

6. **Методичні рекомендації по статистичній обробці** / [уклад. Смоляр Н.І., Федорів Я.М., Завойко Л.М. та ін]. Львів, 1995. – 17с.
7. **Няньковський С. Л.** Стан здоров'я школярів в Україні / С. Л. Няньковський, М. С. Яцула, М. І. Чикайло, І. В. Пасечнюк // Здоров'я ребенка. – 2012. - №5(40). – С.109-114.
8. **Поляков В. К.** Анализ антропометрических показателей физического развития детей 5-7 лет в условиях промышленного города / Е. Н. Котышева, Н. А. Дзюндзя, М. Ю. Болотская // Педиатрия. – 2008. – Т.87, №2. – С.140 – 143.
9. **Стоматологічний статус дитячого населення, що проживає в умовах дії малих доз радіації** / Л. О. Хоменко, В. П. Неспрядько, О. Ф. Кононович [та ін.] // Вісник стоматології. – 1995. - № 3(4). – С. 223-227.

REFERENCES

1. **Bezvushko E.V.** Influence of polluted environment on the stomatological diseases in children. *Dovkillya i zdorovya*. 2008; 1:65-68.
2. **Bezvushko E.V.** Complex estimation of the stomatological health and physical development of children living in the regions of combined influence polluted environment and fluoride and iodine deficit. *Environment and Health*. 2010;1:45-47.
3. *Stomatologicheskoe obsledovanie. Osnovnye metody, 4-e izdanie, -VOOZ* [Stomatological examination. Main methods, 4th edition - WHO] Zheneva, 1997: 76.
4. **Vorontsov I.M.** *Zakonomernosti fizicheskogo razvitiya detey i metody ego otsenki* [Conformities of physical development of children and methods of its estimation]. L., LPMI; 1986: 55.
5. **Maydannuk V.G., Dadakina M.A.** *Fizichnyi i psichologichnyi rozvutok ditey* [Physical and psychological development of children]. K.:UDMU; 1993: 104.
6. **Smolyar N.I., Fedoriv Ya.M., Zavoyko L.M.** *Metodychni rekomendatsii po statystychni obrobtsi* [Methodical recommendation on statistics]. Lviv, 1995:17.
7. **Nyankovskiy S.L., Yatsula M.S., Chukaylo M.I., Pasechnyuk I.V.** State of general health of children in Ukraine. *Zdorov'e rebenka*. 2012;5(40):109-114.
8. **Polyakov V.K., Kotusheva T.N., Dzyundzya M.Yu., Bolotska M.Yu.** Analysis of antropometric indicis of physical development of 5-7 year-old children in the condition of industrial city. *Pediatriya*. 2008;2(87):140-143.
9. **Chomenko L.O., Nespryadko V.P., Kononovuch O.F.** Stomatological status of children living in the conditions of little doses of radiation. *Visnik stomatologii*. 1995;3(4):223-227.

Надійшла 04.07.13



УДК: 616.31-002-02:616.2-022.6]-02:616.248-053.2

Н. О. Гевкалюк, О. Я. Видойник

Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського

УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ОСТРИХ РЕСПИРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Мета нашого дослідження полягала у вивченні особливостей клінічних проявів та неспецифічного імунітету слизової оболонки порожнини рота при гострих респіраторних вірусних інфекціях у дітей, хворих на бронхіальну астму. Було проведено клініко-лабораторне дослідження 96 дітей з використанням реакції адсорбції мікроорганізмів. Методом зіскобу брали мазок із поверхні слизової оболонки, забарвлювали за Романовським і вивчали співвідношення мікро-

флори і клітин епітелію СОПР. Розрахунок проводили на 100 епітеліальних клітинах, підраховували кількість мікроорганізмів, адсорбованих на поверхні епітеліальних клітин. При мікроскопії в кожному мазку визначали відсоток клітин з позитивною та негативною РАМ, і за їх співвідношенням визначали захисні властивості організму.

Клінічні прояви ГРВІ у дітей, хворих на бронхіальну астму, характеризуються особливостями перебігу патологічного процесу на слизовій порожнини рота. Ними встановлено, що в разі гострої респіраторної вірусної інфекції у дітей, хворих на бронхіальну астму, при всіх формах перебігу захворювання уражалась слизова оболонка порожнини рота та червона кайма губ, однак ці зміни не мали строго специфічного характеру, вираженість їх визначалась важкістю протікання захворювання. Клінічні прояви захворювання співпадають із змінами у функціонуванні неспецифічного імунітету слизових оболонок, які можна оцінити за станом колонізаційної резистентності СОПР та реакцією адсорбції мікроорганізмів. Співвідношення між ступенем колонізації бактеріальної флори та реактивністю організму дитини безпосередньо відображаються на характері клінічного перебігу ГРВІ у дітей, хворих на бронхіальну астму.

Ключові слова: слизова порожнини рота, гострі респіраторні вірусні інфекції, бронхіальна астма, адгезивно-адсорбційна здатність епітелію.

Н. А. Гевкалюк, О. Я. Видойник

Тернопольский государственный медицинский университет
им. И.Я.Горбачевского

ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Цель исследования состояла в изучении особенностей клинических проявлений и неспецифического иммунитета слизистой оболочки полости рта при острых респираторных вирусных инфекциях у детей, больных бронхиальной астмой. Было проведено клинико-лабораторное исследование 96 детей с использованием реакции адсорбции микроорганизмов. Методом соскоба брали мазок с поверхности слизистой оболочки, окрашивали по Романовскому и изучали соотношение микрофлоры и клеток эпителия СОПР. Подсчет производили на 100 эпителиальных клетках, подсчитывали количество микроорганизмов, адсорбированных на поверхности эпителиальных клеток. При микроскопии в каждом мазке определяли процент клеток с положительной и отрицательной РАМ, и за их соотношением определяли защитные свойства организма.

Клинические проявления ОРВИ у детей, больных бронхиальной астмой, характеризуются особенностями течения патологического процесса на слизистой полости рта. Ними установлено, что в разгар острой респираторной вирусной инфекции у детей, больных бронхиальной астмой, при всех формах течения заболевания поражалась слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ, однако эти изменения не имели строго специфического характера, выраженность их определялась тяжестью течения заболевания. Клинические проявления заболевания совпадают с изменениями в функционировании неспецифического иммунитета слизистых оболочек, которые можно оценить за состоянием колонизационной резистентности СОПР и реакцией адсорбции микроорганизмов. Соотношения между степенью колонизации бактериальной флоры и реактивностью организма ребенка непосредственно отражаются на характере клинического течения ОРВИ у детей, больных бронхиальной астмой.

© Гевкалюк Н. О., Видойник О. Я., 2013.