

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ДИСТРОФІЧНИЙ БУЛЬОЗНИЙ ЕПІДЕРМОЛІЗ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ)

**Дитяча клінічна лікарня № 9 (м. Київ)

zsonata@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри стоматології дитячого віку Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика «Вивчення факторів ризику стоматологічних захворювань у дітей і осіб молодого віку та розробка профілактичних і лікувальних програм» (№ державної реєстрації – 0113U002211).

Вступ. З кожним роком загальносоматичні фактори ризику підсилюють свій вплив на формування стоматологічної патології, зокрема карієсу [1,2]. Спадковий бульозний епідермоліз – клінічно гетерогенний генодерматоз, що відноситься до орфанних захворювань, проявляється зниженням резистентності шкіри і слизових оболонок з утворенням спонтанних та травмоіндукованих пухирів [3]. В залежності від рівня дермально-епідермальних розшарувань в ділянці базальної мембрани виділяють 4 основні форми захворювання: просту, межеву, дистрофічну та синдром Кіндлер [3,4]. Кожна форма характеризується особливостями маніфестацій в порожнині рота [5,4,6,7]. Дистрофічний бульозний епідермоліз (ДБЕ) обумовлений генетичними дефектами колагену VII типу [3,8]. При ДБЕ відмічається часткова евакуація залишків їжі внаслідок зміни реологічних властивостей ротової рідини, наявності облітерації присінку порожнини рота та порушення мобільності язика, пов'язаної з анкілоглосією та втратою міодинамічної рівноваги [5,9,10,11]. Негативним прогностичним критерієм щодо виникнення і прогресування каріозного процесу є зміна фізико-хімічних параметрів та швидкості секреції ротової рідини у даного контингенту хворих [9,10]. Не виключений вплив генів, що піддаються мутаціям при даній групі захворювань, на порушення процесів морфогенезу зубів, результатом чого є гіпоплазія емалі [8,12,13]. Домінуючими індивідуальними характеристиками пацієнтів, що формують низький рівень мотивації до стоматологічного лікування, є тривожно-депресивні прояви та психічна ригідність [14].

Актуальність вивчення стану твердих тканин зубів у дітей та підлітків, хворих на ДБЕ, обумовлена необхідністю розробки програми надання стоматологічної допомоги, в тому числі профілактичної, пацієнтам з даною патологією.

Мета дослідження. Вивчення стану твердих тканин зубів у дітей та підлітків, хворих на дистрофічний бульозний епідермоліз.

Об'єкт і методи дослідження. Для оцінки стану твердих тканин зубів було обстежено 41 хворий на ДБЕ у віці від 2 до 18 років, що звернулись за консультацією в Дитячий міський центр лікування і профілактики захворювань слизової оболонки порожнини рота та пародонту Дитячої клінічної лікарні № 9 м.

Києва. Всі обстежені були розподілені на 3 групи за віком з урахуванням періоду прикусу. У I групу (від 2 до 5 років) увійшли 9 дітей, у II групу (від 6 до 12 років) – 12 дітей, у III групу (від 13 до 18 років) – 20 підлітків. Стоматологічне обстеження проводилось після підписання батьками пацієнтів та пацієнтами старше 14 років інформованої добровільної згоди згідно з принципами біоетики. Результати реєструвались в розроблені нами карти стоматологічного обстеження.

Вивчення стану твердих тканин зубів проводили на основі стоматологічного обстеження за методикою, рекомендованою ВООЗ (1998) за допомогою стоматологічного дзеркала і зонда з урахуванням принципу обережності. Складність обстеження пацієнтів із ДБЕ обумовлена підвищеною вразливістю слизової оболонки порожнини рота та зменшенням кута зору лікаря у зв'язку з наявністю мікростомії у більшості хворих. Для вивчення стану твердих тканин зубів проводили визначення таких показників: у I групі – розповсюдженість карієсу тимчасових зубів (%), інтенсивність карієсу тимчасових зубів та поверхонь за показниками кп та кпп; у II групі – розповсюдженість карієсу тимчасових і постійних зубів (%), інтенсивність карієсу тимчасових і постійних зубів та поверхонь за показниками кп+КПВ та кпп+КПВп; у III групі – розповсюдженість карієсу постійних зубів (%), інтенсивність карієсу постійних зубів та поверхонь за показниками КПВ і КПВп. При розрахунку індексів інтенсивності карієсу поверхонь в змінному та постійному прикусі, якщо постійний зуб видалений, його враховували за 5 поверхонь в бокових ділянках та за 4 поверхні у фронтальній ділянці зубного ряду. У структурі індексів інтенсивності карієсу зубів (кп, кп+КПВ, КПВ) аналізували співвідношення складових елементів для кожної вікової групи. Рівень інтенсивності каріозних уражень зубів оцінювали згідно з рекомендаціями ВООЗ. Активність каріозного процесу визначали за рекомендаціями Т.Ф. Виноградової (1978). У всіх вікових групах відзначали наявність ускладненого карієсу та некаріозних уражень. Для визначення стану гігієни порожнини рота використовували гігієнічний індекс (ГІ) Ю.А. Федорова та В.В. Володкіної (1971).

З метою виявлення комплаєнтної поведінки стосовно стоматологічного лікування проводилось опитування пацієнтів та їх батьків шляхом анкетування.

Статистична обробка отриманих результатів досліджень виконана за допомогою програми «Microsoft Excel». Враховували середню арифметичну (M), стандартну похибку середньої арифметичної (m), середнє квадратичне відхилення (σ), коефіцієнт кореляції Пірсона (r), достовірність різниці середніх значень за критерієм t Стьюдента. Відмінності вважали за статистично вірогідні при $t \geq 2$, що відповідає

імовірності безпомилкового прогнозу, яка дорівнює 95% ($p < 0,05$).

Результати досліджень та їх обговорення. У I групі розповсюдженість карієсу тимчасових зубів становила 56%. Середнє значення показника індексу інтенсивності карієсу тимчасових зубів кп дорівнювало $4,67 \pm 2,4$, що свідчить про високий рівень захворювання. При аналізі відсоткового співвідношення складових індексу кп виявилось, що елемент «к» становив 100% (тобто кількість зубів, що потребують лікування) зі значенням $4,67 \pm 2,4$, а елемент «п» складав 0%. Середнє значення індексу інтенсивності карієсу поверхонь кпп дорівнювало $5,2 \pm 2,66$, причому значення елементу «кп» складало $5,2 \pm 2,66$, а кількість пломбованих поверхонь зубів «пп» відповідало 0. У 85% пацієнтів зареєстрований гострий перебіг карієсу. У I групі компенсована форма активності каріозного процесу за Т.Ф. Виноградовою відмічена у 67% пацієнтів, субкомпенсована форма – у 11%, декомпенсована форма – у 22% хворих. Ускладнений карієс визначений у 33% хворих даної групи. Місцева гіпоплазія емалі спостерігалась у 11% пацієнтів. Діагностований випадок недосконалого амелогенезу.

У II групі розповсюдженість карієсу становила 100%. Середнє значення індексу КПВ+кп дорівнювало $6,08 \pm 1,08$. Аналіз структури індексу інтенсивності карієсу в період змінного прикусу виявив, що найбільший відсоток становив елемент «К» (58,88%), значення якого дорівнювало $3,58 \pm 1,1$. Елемент «к» склав 41,12% при значенні $2,5 \pm 0,9$. Значення елементів «П» та «п» відповідало 0. Видалених постійних зубів в II групі виявлено не було. У даній групі індекс інтенсивності карієсу поверхонь КПВ+кпп склав $9,5 \pm 2,1$. Значення елементу «Кп» дорівнювало $4,5 \pm 1,53$, елементу «кп» відповідало $5 \pm 1,9$. Елементи «П», «п» мали нульове значення. Переважав гострий перебіг каріозного процесу (80%). В II групі обстежених компенсована форма карієсу визначена у 42%, субкомпенсована форма – у 33%, декомпенсована форма – у 25% пацієнтів. Ускладнений карієс діагностований у 50% хворих даної вікової групи. Місцева гіпоплазія емалі зафіксована у 8% пацієнтів, системна гіпоплазія емалі – у 8% хворих.

У III групі розповсюдженість карієсу зубів становила 100%. Середнє значення індексу КПВ дорівнювало $9,85 \pm 1,63$. В структурі індексу КПВ превалював елемент «К», що склав 57,87%. Значення елементу «К» відповідало $5,7 \pm 1,1$. Значення елементу «П» дорівнювало $2,95 \pm 0,81$, що становило 29,95% аналізованого індексу. Показник кількості уражених зубів карієсом переважав над показником кількості пломбованих зубів. Їх співвідношення К/П становило $5,7 \pm 1,1 / 2,95 \pm 0,81$, що відображає несприятливий перебіг захворювання по кількості несанованих зубів та недостатній ефективність лікувальної роботи. Нааявність видалених постійних зубів внаслідок карієсу зафіксовано у 45% пацієнтів. Значення елементу «В» дорівнювало $1,2 \pm 0,37$, що становило 12,18% індексу КПВ. Спостерігається тенденція до ураження кількох поверхонь зубів. Середнє значення індексу КПВп складало $20,7 \pm 4,88$. При чому середня кількість уражених карієсом поверхонь (елемент «Кп») дорівнювала $11,25 \pm 3,22$. Значення елементу «Пп» відповідало $3,45 \pm 0,97$. Елемент «Вп» становив $6 \pm 1,85$. Значення індексу КПВп достовірно перевищувало

значення індексу КПВ при $t=2,11$ ($p > 0,05$). У переважній більшості пацієнтів діагностовано гострий перебіг карієсу (80%). У III групі компенсована форма каріозного процесу діагностована у 30%, субкомпенсована форма – у 25%, декомпенсована форма – у 45% пацієнтів. Ускладнений карієс діагностований у 20% хворих. Вогнищева демінералізація емалі в даній групі відмічена у 5% підлітків. Некаріозні ураження твердих тканин зубів представлені місцевою гіпоплазією у 15% хворих.

При аналізі локалізації каріозних уражень встановлено, що серед поверхонь зубів найчастіше уражуються: на молярах – ділянки фісур, на премолярах та різцях – апроксимальні поверхні.

Результати дослідження стану гігієни порожнини рота шляхом визначення індексу Федорова-Володкіної у I групі свідчать, що 45% пацієнтів мають задовільний, 11% – незадовільний, 11% – поганий, 33% – дуже поганий рівень гігієни порожнини рота. Середнє значення ГІ складало $2,98 \pm 0,41$ бали. При аналізі даних індексу гігієни за Федоровим-Володкіною у II групі виявлено, що рівень гігієни порожнини рота був задовільним у 25%, поганим – у 58%, дуже поганим – у 17% пацієнтів. Середнє значення ГІ дорівнювало $2,95 \pm 0,22$ бали. Обстеження з метою вивчення гігієнічного стану порожнини рота в III групі показало, що задовільний рівень гігієни зафіксований у 30%, незадовільний – у 15%, поганий – у 40%, дуже поганий – у 15% пацієнтів. Середнє значення ГІ становило $2,74 \pm 0,2$ бали.

Результати аналізу показника гігієнічного рівня порожнини рота в період змінного та постійного прикусу (II та III групи) свідчать, що у переважній більшості обстежених реєструвався стан гігієни, що відповідає критеріям «поганий». Аналіз залежності між індексом гігієни порожнини рота та рівнем інтенсивності карієсу виявив пряму середню кореляцію в I та II групі обстежених при коефіцієнті r , що дорівнював $0,44$ та $0,39$ відповідно.

Узагальнюючи результати дослідження, слід відмітити, що спостерігається тенденція суттєвого збільшення розповсюдженості карієсу на тлі його високої інтенсивності у пацієнтів II та III груп, які склали діти у віці старше 6 років та підлітки, в порівнянні з I групою. Вікова динаміка структури індексу інтенсивності карієсу представлена збільшенням долі елементу «В». Зважаючи на високе значення елементів «К» та «к» у структурі індексів інтенсивності карієсу, діти та підлітки, хворі на ДБЕ, потребують санації ротової порожнини. Рівень стоматологічної допомоги за визначенням елементів «п» та «П» є низьким.

За результатами опитування батьків пацієнтів, хворих на ДБЕ, серед причин некомплектної поведінки відмічається фобічна форма реагування та очікування болю перед стоматологічними маніпуляціями; пріоритетність терапії інших проявів ДБЕ та недооцінка важливості лікування стоматологічних захворювань; недостатній санітарно-культурний рівень; матеріальні витрати, пов'язані з лікуванням; відсутність диспансерного спостереження з боку дитячих стоматологів та недостатня їх обізнаність щодо особливостей стоматологічного статусу при ДБЕ; низька загально-особиста самооцінка хворих. Відвідування стоматолога носять спорадичний характер. Переважаючим мотивом звернення за стоматологіч-

ною допомогою є лікувальний за наявності зубного болю та втрати значного об'єму твердих тканин зубів.

Висновки. Визначено високу розповсюдженість карієсу при значній його інтенсивності серед хворих на ДБЕ в період змінного та постійного прикусу. З віком простежується негативна тенденція каріозного процесу до декомпенсації. Високі показники захворюваності твердих тканин зубів зумовлені порушенням процесів самоочищення в зв'язку з підвищеною вразливістю, рубцевими змінами слизової оболонки порожнини рота внаслідок загоєння елементів ураження; незадовільною гігієною порожнини рота, що свідомо обмежується пацієнтами, які мають низьку мотивацію, погану маневреність кистей рук через контрактури суглобів та наявність псевдосиндактилії, нерозвинену мілку моторику, відсутність сформованих навичок по догляду за порожниною рота. Високий відсоток неліквованих каріозних порожнин та наявність видалених постійних зубів внаслідок карієсу констатує недостатні рівні первинної профілактики та охоплення стоматологічною допомогою.

Результатом карієсу та його ускладнень є зниження ефективності жування, додаткове травмування стравоходу, який в більшості випадків має стриктури; дефекти зубних рядів; порушення естетичних параметрів; погана фонетична адаптація; ортодонтична патологія, зниження висоти прикусу, зміни в скронево-нижньощелепних суглобах. Корекція карієсогенної ситуації в порожнині рота є проблематичною через складність зміни харчових звичок у зв'язку із вживанням великої кількості легкоферментованих вуглеводів, в тому числі цукрози, для ліквідації дефіциту енергії з урахуванням підвищеної енергетичної потреби.

Практична реалізація санаційних заходів пов'язана з наявністю об'єктивних складностей при проведенні стоматологічних маніпуляцій. Зважаючи на знижену резистентність слизової оболонки порожнини рота, наявність вестибулярної облітерації,

мікростомії, лікування можливе не завжди та не в повному обсязі. В зв'язку з вищезазначеним та враховуючи обмеженість в можливості усунення впливу провідних етіологічних чинників карієсу підвищується необхідність своєчасної ефективної санації порожнини рота.

Аналізуючи дані дослідження та враховуючи специфічність предикторів ризику, слід відмітити доцільність раціональних адекватних превентивних заходів зі стратифікацією ризиків формування та прогресування стоматологічних захворювань. В залежності від інтенсивності карієсу та рівня гігієни порожнини рота повинна визначатись кратність відвідувань стоматолога та об'єм лікувально-профілактичних заходів з урахуванням ступеню комплаєнтності пацієнта. Низький рівень мотивації до звернення за стоматологічною допомогою є несприятливим фактором. Недостатня орієнтованість лікарів в принципах надання стоматологічних послуг пацієнтам, хворим на ДБЕ, знижує ефективність їх взаємодії з пацієнтами в процесі надання медичної допомоги. Існує необхідність формування медико-соціальної активності даного контингенту хворих та оптимізації стоматологічної мотивації через впровадження активних профілактичних заходів. Ураховуючи необхідність превенції передчасного виходу пацієнтів з терапевтичного процесу виникає потреба в нормалізації психоемоційного стану в умовах стоматологічного кабінету, високому ступеню кооперативності пацієнта та комунікативної компетентності лікаря, використання технологій корекції недостатньої прихильності до лікування та формування емоційної компоненти.

Перспективи подальших досліджень. Розробка, впровадження та вивчення ефективності схем оптимальної комплексної профілактики стоматологічних захворювань у дітей та підлітків, хворих на ДБЕ, заснованої на використанні методів диверсифікації ризиків на груповому та індивідуальному рівні.

Література

1. Savichuk NO, Trubka IA, Kornienko LV, Marchenko OA. Sovremennye podkhody preventivnoy terapii kariesa zubov. Dent Art. 2013;2:67-74. [in Russian].
2. Khomenko LO, redaktor. Terapevtychna stomatolohiia dytiachoho viku. T.1. Karies zubiv ta yogo uskladnennia. Kyiv: Knyga plius; 2014. 432 s. [in Ukrainian].
3. Fain J-D, Hinter H, redaktor. Bullyeznyy epidermoliz. Moskva: Praktika; 2014. s. 169-85. [in Russian].
4. Savychuk NO, Sorochenko NO. Proiavy spadkovoho bulloznoho epidermolizu v porozhnyni rota u ditei. Zbirnyk naukovykh prats spivrobotnykiv NMAPO imeni P.L. Shupyka. 2015;24(4):403-11. [in Ukrainian].
5. Savychuk NO, Derevianko LA, Sorochenko NO, Hedeon IV. Vypadok dystrofichnoho bulloznoho epidermolizu z urazhenniam slyzovoi obolonky porozhnyni rota. Sovremennaya stomatologiya. 2016;1:50-2. [in Ukrainian].
6. Parushetti AD, Agrawal JM, Nanjannawar LG, Agrawal MS. Oral manifestations of epidermolysis bullosa dystrophica: a rare genetic disease. BMJ case reports. [Internet] 2013 [cited 2013 Jan 23]; 2013: P. bcr2012007963. DOI: 10.1136/bcr-2012-007963
7. Wright JT. Oral manifestations in the epidermolysis bullosa spectrum. Dermatologic clinics. 2010;28(1):159-64. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.det.2009.10.022>
8. Umemoto H. Type VII collagen deficiency causes defective tooth enamel formation due to poor differentiation of ameloblasts. The American journal of pathology. 2012;181(5):1659-71. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2012.07.018>
9. Savychuk NO, Sorochenko NO, Piankova OV. Chinnyky ryzkyku rozvytku stomatolohichnykh zakhvoriuvan u ditei z dystrofichnym bulloznym epidermolizom. East European Scientific Journal. 2016;8(2):102-4. [in Ukrainian].
10. Sorochenko NO. Faktory ryzkyku rozvytku kariesu u ditei iz retsesyvnym dystrofichnym bulloznym epidermolizom. Khyst. 2016;18:528. [in Ukrainian].
11. Čolović A, Jovičić O, Stevanović R, Ivanović M. Oral health status in children with inherited dystrophic epidermolysis bullosa. Vojnosanitetski preglad. 2017;74(7):644-51.
12. Javed AP. Occurrence of epidermolysis bullosa along with Amelogenesis imperfecta in female patient of India. Dental research journal. 2013;10(6):813-6.
13. Nagarajan SK, Shetty P. Epidermolysis Bullosa associated with Enamel Hypoplasia, Multiple Missing Teeth and Mitral Regurgitation – A Case Review. International Journal of Health and Rehabilitation Sciences (IJHRS). 2013;2(3):165-72.
14. Chaplieva EM. Psikhofiziologicheskie osobennosti lits molodogo vozrasta s razlichnym urovnem motivatsii k stomatologicheskim lechebno-profilakticheskim meropriyatiyam [dysertatsiya]. Volgograd: Volgogradskiy gos. med. un-t; 2008. 26 s. [in Russian].

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ДИСТРОФІЧНИЙ БУЛЬОЗНИЙ ЕПІДЕРМОЛІЗ

Савичук Н. О., Сороченко Н. О., П'янкova О. В.

Резюме. Досліджено стан твердих тканин тимчасових і постійних зубів у 41 хворого на дистрофічний бульозний епідермоліз у віці від 2 до 18 років. Встановлено, що розповсюдженість карієсу у віці 2–5 років є середньою (56%), у віці 6–18 років – високою (100%). Показник індексу інтенсивності карієсу зубів в період молочного прикусу становить $4,67 \pm 2,4$, в період змінного прикусу складає $6,08 \pm 1,08$, в період постійного прикусу дорівнює $9,85 \pm 1,63$. Рівень карієсу у всіх вікових групах є високим. З віком простежується негативна тенденція каріозного процесу до декомпенсації. Більшість пацієнтів мають поганий гігієнічний стан порожнини рота. Ефективність надання стоматологічної допомоги хворим на дистрофічний бульозний епідермоліз є низькою. Даний контингент пацієнтів потребує диспансерного спостереження дитячого стоматолога та проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів з урахуванням обтяженого загальносоматичного анамнезу, специфічності предикторів ризику карієсу і низької комплаєнтності хворих.

Ключові слова: дистрофічний бульозний епідермоліз, розповсюдженість та інтенсивність карієсу, гігієна, слизова оболонка порожнини рота, індекс, профілактика.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Савичук Н. О., Сороченко Н. А., Пьянкova А. В.

Резюме. Исследовано состояние твердых тканей молочных и постоянных зубов у 41 больного с дистрофическим буллезным эпидермолизом в возрасте от 2 до 18 лет. Установлено, что распространенность кариеса в возрасте 2–5 лет является средней (56%), в возрасте 6–18 лет – высокой (100%). Показатель индекса интенсивности кариеса зубов в период молочного прикуса составляет $4,67 \pm 2,4$, в период сменного прикуса – $6,08 \pm 1,08$, в период постоянного прикуса – $9,85 \pm 1,63$. Уровень кариеса во всех возрастных группах является высоким. С возрастом прослеживается негативная тенденция карриозного процесса к декомпенсации. Большинство пациентов имеют плохое гигиеническое состояние полости рта. Эффективность оказания стоматологической помощи больным с дистрофическим буллезным эпидермолизом является низкой. Данный контингент пациентов нуждается в диспансерном наблюдении детского стоматолога и проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий с учетом отягощенного общесоматического анамнеза, специфичности предикторов риска кариеса, низкой комплаентности больных.

Ключевые слова: дистрофический буллезный эпидермолиз, распространенность и интенсивность кариеса, гигиена, слизистая оболочка полости рта, индекс, профилактика.

CLINICAL CHARACTERISTIC OF STATE OF HARD TISSUES OF TEETH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DYSTROPHIC EPIDERMOLYSIS BULLOSA

Savchuk N. O., Sorochenko N. O., Piankova O. V.

Abstract. The article describes results of the dental examination of 41 patients *from 2 to 18 years old with dystrophic epidermolysis bullosa (DEB) for studying the state of hard tissues of teeth.*

Object and methods of the research. To assess the state of hard tissues of teeth in 41 children and adolescents with DEB which applied for a consultation at the Children's City Center of the treatment and prevention of diseases of oral mucosa and periodontal of the Children's Clinical Hospital №9 in Kyiv. All patients were divided into 3 groups by age. The I group (from 2 to 5 years old) included 9 children, the II group (from 6 to 12 years old) included 12 children, the III group (from 13 to 18 years old) included 20 adolescents. Study and assessment of hard tissues of teeth were conducted according to WHO recommendations (1998). In the I group the study included determination of the prevalence of dental caries of deciduous teeth (in %), intensity of caries of deciduous teeth according to the DFT index and the DFS index. In the II group the study included determination of the prevalence of dental caries of deciduous and permanent teeth (in %), intensity of caries of deciduous teeth according to the DFT index and the DFS index and intensity of caries of permanent teeth according to the DMFT index and DMFS index. In the III group the study included determination of the prevalence of dental caries of permanent teeth (in %), intensity of caries of permanent teeth according to the DMFT index and the DMFS index. Activity of caries process was evaluated according to the recommendations of T.F. Vinogradova (1978). To determine the state of oral hygiene was used hygienic index Fedorov-Volodkina (1971). The survey of patients and their parents was conducted to identify compliant behavior in relation to dental treatment.

Results of the research. In the I group of patients the prevalence of caries was 56%. The intensity of caries of deciduous teeth according to the DFT index was $4,67 \pm 2,4$, which corresponded to the high level. The intensity of caries surfaces according to the DFS index was $5,2 \pm 2,66$. There were filled teeth not registered. Compensated form of caries prevails and was diagnosed in 67%. Decompensated form of caries was registered in 22%. Subcompensated form of caries was diagnosed in 11%. Complicated caries was registered in 33%. A case of imperfect amelogenesis was diagnosed. Enamel hypoplasia was registered in 11%. In the II group of patients the prevalence of caries was 100%. The intensity of caries of deciduous and permanent teeth according to the DFT+DMFT index was $6,08 \pm 1,08$, which corresponded to the high level. The intensity of caries surfaces according to the DFS+DMFS index was $9,5 \pm 2,1$. We haven't revealed filled teeth and extracted permanent teeth in the II group of patients. Compensated form of caries was diagnosed in 42%. Decompensated form of caries was registered in 25%. Subcompensated form of caries was diagnosed in 33%. Complicated caries was registered in 50%. Enamel hypoplasia was diagnosed in 16%. In the III group of patients the prevalence of caries was 100%. The intensity of caries according to the DMFT index was

9,85±1,63, which corresponded to the high level. The intensity of caries of surfaces according to the DMFS index was 20,7±4,88. Number of extracted permanent teeth was 1,2±0,37. Decompensated form of caries was diagnosed in 45%. Compensated form of caries was registered in 30%. Subcompensated form of caries was diagnosed in 25%. Complicated caries in permanent teeth was registered in 20%. Enamel hypoplasia was diagnosed in 15%.

Results of the study of the state of oral hygiene in the I group show that the level of oral hygiene was satisfactory in 45%, was unsatisfactory in 11%, was poor in 11%, was very poor in 33% of patients. The average index of Fedorov-Volodkina was 2.98±0.41 points. In the II group the level of oral hygiene was satisfactory in 25%, was poor in 58%, was very poor in 17% of patients. The average index of Fedorov-Volodkina was 2.95±0.22 points. The examination for the purpose of studying of oral hygiene in the III group showed that satisfactory level of hygiene was fixed in 30%, unsatisfactory level was fixed in 15%, poor level was fixed in 40%, very poor level was fixed in 15% of patients. The average index of Fedorov-Volodkina was 2.74±0.2 points. Patients *with DEB* have low compliance to dental treatment and low motivation for oral hygiene.

Conclusions. Data of dental examination of children *with DEB* indicates that prevalence of dental caries in the period of temporary occlusion is medium, in the period of the replaceable and permanent occlusion is high. Intensity of dental caries is high in all periods of occlusion. The negative tendency of the carious process to decompensate is traced. Most of patients have poor oral hygiene. The efficiency of dental care to patients with *DEB* is low. This contingent of patients needs of dispensary observation of a pediatric dentist and a complex of therapeutic and preventive measures considering the general anamnesis, specificity of predictors of caries and low compliance of patients to dental treatment.

Key words: dystrophic epidermolysis bullosa, caries intensity, prevalence of caries, oral hygiene, oral mucosa, index, prevention.

Рецензент – проф. Каськова Л. Ф.
Стаття надійшла 11.10.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-2-147-348-352

УДК 616.311.2+616.314.17+616.314.19)-002-06:616.36-002.17]-02:616.31-008.87

Січкоріз Х. А.

ЗМІНИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

sitchkoriz@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дане дослідження є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Захворювання пародонта, їх зв'язок з патологією внутрішніх органів та станом довкілля» (№ державної реєстрації – 0110U002155), «Екологія та пародонт. Взаємозв'язок захворювань пародонта та загальносоматичної патології. Дисфункції скронево-нижньощелепового суглобу» (№ державної реєстрації – 0114U000112).

Вступ. Бактеріальна флора зубних бляшок, ясенних борозен та пародонтальних кишень вважається одним із первинних факторів, що викликає запалення тканин пародонта, особливо у хворих із порушенням функцій печінки на тлі хронічного гепатиту С (ХГС) [1,2]. Наявність захворювань печінки створює умови для негативних дій на пародонт як ендогенних пародонтопатогенних чинників, так і мікрофлори порожнини рота. На фоні ХГС формуються стійкі зміни мікробіоценозу, що часто є відображенням змін імунного статусу організму та формування вторинного імунodefіциту [3,4,5]. Суттєві зміни резидентної флори (аеробної, факультативно-анаеробної та анаеробної) на фоні ХГС можуть стати пусковим механізмом розвитку захворювань пародонта (ЗП) або ускладнювати їх перебіг [6].

У хворих із ХГС розвиток місцевої запальної реакції пов'язаний, в тому числі, із збільшенням інфекційного навантаження вірусно-мікробними асоціаціями, що зростає по мірі прогресування ЗП. Персистуюча

у ротовій порожнині умовно-патогенна мікрофлора (УПМ) сприяє розвитку хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) та генералізованого пародонтиту (ГП) на фоні ХГС та рецидивам хронічного вірусного гепатиту. Спектр ідентифікованих мікроорганізмів та сумарне інфекційне навантаження вище у пацієнтів із ХГС, що зумовлює більш частіші загострення ЗП серед цих осіб і потребує особливої уваги при проведенні диспансеризації та лікуванні.

Тому **метою** нашої **роботи** стало вивчити частоту висівання мікроорганізмів із ясенних борозен та пародонтальних кишень у хворих із ЗП на тлі ХГС, а також вивчити характеристику досліджуваного мікробіоценозу в залежності від діагностованої пародонтологічної патології.

Об'єкт і методи дослідження. Нами проведено вивчення частоти висівання мікроорганізмів із ясенних борозен та пародонтальних кишень у 68 хворих із ЗП на тлі ХГС, що склали основну групу дослідження. До групи контролю увійшли 27 пацієнтів із ЗП без супутньої патології в анамнезі. Для встановлення мікробного статусу ясенних борозен та пародонтальних кишень у хворих із ХГС в залежності від пародонтологічного діагнозу частоту висівання мікроорганізмів визначали у 20 осіб із діагностованим ХКГ та у 48 осіб із ГП (початкового-I та II ступенів). Мікробіологічні дослідження при ЗП у групах дослідження проводилися разом з працівниками мікробіологічного сектору ЦНДЛ та лабораторії промислової токсикології.

Матеріалом для дослідження був вміст ясенних борозен та пародонтальних кишень, який отримую-