

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

УЛАСЕВИЧ ЛАРИСА ПАВЛІВНА

УДК [616. 314. 9-002. 4:616. 323]-053. 4-071-08-084

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ
КАРІЄСУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ
З ГІПЕРТРОФІЄЮ АДЕНОЇДІВ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Полтава – 2017

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Каськова Людмила Федорівна**,
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава, кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань, завідувачка.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Назарян Розана Степанівна**,
Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології, завідувачка.

- доктор медичних наук, професор **Ковач Ілона Василівна**,
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра дитячої стоматології, завідувачка.

Захист відбудеться « » _____ 2017 року о ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України за адресою: 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України (м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

Автореферат розісланий « » _____ 2017 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

О.В. Гуржій

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Останніми роками спостерігається невпинне підвищення частоти каріозного ураження твердих тканин зубів у дітей і збільшення кількості його ускладнень (Смоляр Н.І., 2015; Ковач І.В., 2016; Хоменко Л.О., 2016). За сучасними даними різних авторів, поширеність карієсу в період тимчасового прикусу в окремих регіонах сягає 90% з інтенсивністю 3,9 зуба (Біденко Н.В., 2015; Каськова Л.Ф., 2016). Підвищення цих показників зумовлено багатьма факторами, а саме: недостатністю системної профілактики (Удод О.А., 2014; Cianetti S., 2017); низьким рівнем гігієни порожнини рота дітей (Ярошенко Е.Г., 2014; Мельник В.С., 2017); порушенням режиму харчування з перевагою в раціоні простих вуглеводів (Brodeur J.M., 2006; Безвушко Е.В., 2015); погіршенням екологічної ситуації, наслідком якої стає послаблення загальної резистентності організму дитини (Савичук О.В., 2012; Деньга О.В., 2014; Клітинська О.В., 2015; Остапко О.І., 2015); наявністю супутньої соматичної патології, особливо хронічних форм (Якубова І.І., 2012; Назарян Р.С., 2016), серед яких перше місце займають хвороби органів дихання (близько 60%) (Дудіна О.О., 2014; Рейзвих О.Е., 2014; Квіташвілі О., 2015).

Причиною рецидивуючих захворювань респіраторного тракту нерідко стає патологія ЛОР-органів, серед якої в дітей дошкільного віку переважає гіпертрофія аденоїдів – 45,2% (Гарюк Г.І., 2011, Косаковський А.Л., 2014). Така ситуація пояснюється особливістю будови і функціонуванням цього анатомічного утвору в дітей раннього віку. Лімфоїдне кільце глотки Вальдейєра, утворене 6 мигдаликами, є своєрідним фільтром для мікробів, але при частих запальних процесах у них може формуватися осередок хронічної інфекції, що призводить до розвитку загальної інтоксикації та сенсibiliзації організму. Знешкодження інфекційних агентів, які проникли в мигдалик, супроводжується імунобіологічною перебудовою організму, формуванням активного імунітету і призводить до гіперплазії цих утворів, а в дітей раннього віку досить часто формуються аденоїдні вегетації (Пухлик С.М., 2008).

Шкідлива дія цієї патології на зубощелепний апарат організму дитини проявляється в сприянні розвитку карієсогенної ситуації: виникає сухість слизової оболонки порожнини рота, погіршується її гігієна, знижується мукозальний імунітет, підвищується рівень умовно патогенної флори й уможливується поява патогенної, порушуються процеси ремінералізації твердих тканин зубів.

Отже, вивчення стоматологічного статусу дітей із гіпертрофією аденоїдів і визначення шляхів корекції наявних порушень є досить актуальними.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику» (УДК 616.314-002:572.77, номер держреєстрації теми № 0111U006760, термін виконання 2011-2016р.р.).

Авторка є безпосереднім виконавцем фрагмента зазначеної науково-дослідної теми.

Мета дослідження: підвищити карієсрезистентність твердих тканин тимчасових зубів у дітей із гіпертрофією аденоїдів шляхом удосконалення лікувально-профілактичного комплексу на основі вивчення клініко-лабораторних показників стану ротової порожнини.

Завдання дослідження:

1. Вивчити показники ураженості карієсом тимчасових зубів у дітей 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів.
2. Дослідити клініко-лабораторні показники стану порожнини рота (гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною, водневий показник, в'язкість, мінералізуючий потенціал ротової рідини, швидкість слиновиділення, тест емалевої резистентності) в дітей дошкільного віку з гіпертрофією аденоїдів.
3. Проаналізувати кореляційну залежність між станом тимчасових зубів дітей із гіпертрофією аденоїдів і досліджуваними факторами ризику виникнення карієсу.
4. Проаналізувати результати біохімічного дослідження ротової рідини (вміст Са, Р, ТБК-реактивів, активність каталази, антиоксидантно-прооксидантний індекс, активність лізоциму й уреаз, ступінь дисбіозу) дітей віком 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів.
5. Розробити, апробувати, впровадити і вивчити ефективність лікувально-профілактичного комплексу для підвищення резистентності твердих тканин тимчасових зубів у дітей дошкільного віку з гіпертрофією аденоїдів.

Об'єкт дослідження: стан твердих тканин тимчасових зубів у дітей із гіпертрофією аденоїдів.

Предмет дослідження: ефективність профілактики карієсу за рахунок підвищення карієсрезистентності тимчасових зубів у дітей із гіпертрофією аденоїдів.

Методи дослідження: епідеміологічний – для вивчення стану стоматологічного здоров'я дітей дошкільного віку; клініко-лабораторні (стоматологічне обстеження дітей, визначення стану гігієни порожнини рота, показників швидкості слиновиділення, в'язкості, рН, мікрокристалізації ротової рідини, тесту емалевої резистентності); біохімічний (визначення вмісту кальцію і неорганічного фосфору, активності лізоциму, уреаз, каталази і вмісту ТБК-реактивів ротової рідини, ступеня дисбіозу) для оцінки стоматологічного статусу і загального соматичного здоров'я дітей, вивчення стану твердих тканин тимчасових зубів, ротової рідини й оцінки ефективності запропонованого лікувально-профілактичного комплексу; статистичний метод.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше вивчений стан твердих тканин тимчасових зубів у дітей 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів. Установлено, що поширеність карієсу і його інтенсивність за показниками кпв зубів вірогідно вищі в обстежених з аденоїдними вегетаціями, ніж у практично здорових ($48,91 \pm 5,24\%$ проти $35,8 \pm 3,78\%$ і $1,83 \pm 0,23$ зуба проти $0,85 \pm 0,11$ зуба відповідно). За

показниками кпв поверхонь ситуація ідентична ($2,48 \pm 0,31$ проти $1,15 \pm 0,16$ відповідно). Виявлена залежність показників карієсу від тривалості перебігу супутньої патології, а діти, які хворіють більше року, мають перевагу поширеності у 2 рази й інтенсивності в 3,5 рази.

Уперше виявлено, що розвитку карієсу в дітей 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів сприяє низка чинників: гірший стан гігієни порожнини рота ($2,40 \pm 0,07$ бала проти $1,83 \pm 0,05$ бала за індексом гігієни Федорова-Володкіної); зниження структурно-функціональної кислотостійкості емалі тимчасових зубів ($3,89 \pm 0,08$ бала проти $3,28 \pm 0,05$ бала за показником ТЕРі), швидкості слиновиділення ($0,29 \pm 0,01$ мл/хв проти $0,40 \pm 0,01$ мл/хв), водневого показника ротової рідини ($6,4 \pm 0,02$ од. проти $6,6 \pm 0,02$ од.); підвищення в'язкості ротової рідини ($3,67 \pm 0,06$ відн. од. проти $2,15 \pm 0,04$ відн. од.), погіршення її мінералізуючого потенціалу ($2,01 \pm 0,04$ бала проти $2,59 \pm 0,04$ бала) ($p \leq 0,05$) у порівнянні з дітьми без аденоїдних вегетацій.

На підставі статистичної значимості встановлено, що наявні кореляційні зв'язки підтверджують вплив вивчених показників на розвиток карієсу тимчасових зубів із різною силою і напрямком (пряма слабка кореляційна залежність відносно віку, наявності гіпертрофії аденоїдів; помірна – зі станом гігієни порожнини рота, ТЕРі; середня зворотна – з рН, МППР, швидкістю слиновиділення; середня пряма – із в'язкістю ротової рідини). Відповідно до коефіцієнтів кореляції Пірсона, Спірмена і Кендалла вплив гіпертрофії аденоїдів має місце як патологія, яка сприяє розвитку і посиленню дії карієсогенних факторів щодо виникнення карієсу в дошкільнят.

Уперше вивчені показники кальцію і фосфору ротової рідини, досліджений стан прооксидантно-антиоксидантного балансу, антибактеріального захисту порожнини рота залежно від наявності в дітей 3-5 років гіпертрофії аденоїдів. У цій групі виявлено зниження вмісту кальцію ($0,43 \pm 0,013$ ммоль/л проти $0,55 \pm 0,019$ ммоль/л у дітей без аденоїдних вегетацій) і фосфору ($2,64 \pm 0,068$ ммоль/л проти $3,04 \pm 0,095$ ммоль/л), накопичення ТБК-реактивів ($0,25 \pm 0,01$ ммоль/л проти $0,18 \pm 0,01$ ммоль/л) на фоні зниження активності каталази ($0,06 \pm 0,01$ мкат/л проти $0,14 \pm 0,03$ мкат/л), ферменту антиоксидантної дії. Також підтверджено підвищення активності уреаз ($0,178 \pm 0,01$ мк-кат/л проти $0,09 \pm 0,01$ мк-кат/л), показника високого рівня бактеріального обсіменіння умовно-патогенною флорою ротової порожнини та незначну активність лізоциму ($0,03 \pm 0,003$ мкат/л проти $0,09 \pm 0,007$ мкат/л) як ферменту неспецифічного захисту, що засвідчує наявність клінічної декомпенсованої стадії дисбіозу.

Обґрунтовано й апробовано в клініці комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на підвищення резистентності твердих тканин тимчасових зубів у дітей дошкільного віку з гіпертрофією аденоїдів. Ефективність застосування комплексу підтверджено покращенням стану гігієни порожнини рота, підвищенням кислотостійкості емалі тимчасових зубів, швидкості слиновиділення, мінералізуючого потенціалу і рН ротової рідини; зниженням її в'язкості, нормалізацією антиоксидантного й антибактеріального захисту. Результати завжди були кращими в порівнянні з іншими групами дітей із гіпертрофією аденоїдів ($p \leq 0,05$) і максимально наближалися до практично здорових обстежених.

Показником коригуючого впливу на гомеостаз порожнини рота є редукція приросту карієсу тимчасових зубів у дітей із гіпертрофією аденоїдів на рівні 63,6%.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені клінічні та лабораторні дослідження мають теоретичне і практичне значення в галузях медицини: стоматології, педіатрії, біохімії та імунології.

Обґрунтована необхідність вивчення клініко-лабораторних, біохімічних, імунологічних показників ротової рідини в дітей дошкільного віку з гіпертрофією аденоїдів для діагностики, лікування і профілактики карієсу тимчасових зубів та його ускладнень.

Розроблений спосіб, який охоплює застосування гелевої зубної пасти «President clinical kids 3-6 зі смаком полуниці, без фтору» для чищення зубів уранці та ввечері; зубного еліксиру «Лізомукоїд» у розбавленні 1 чайна ложка на $\frac{1}{4}$ склянки води для полоскання ротової порожнини 3-5 разів за день після вживання їжі; препарату «Кальциум-Д» по 2,5 мл 3 рази за день перед їдою або після; пробіотику «БіоГая Продентіс» у вигляді пастилок для розсмоктування по 1 пастильці 2 рази за добу після чищення зубів, виконання комплексу вправ для відновлення носового дихання, що забезпечує профілактику карієсу тимчасових зубів на первинному і вторинному рівнях, сприяє підвищенню карієсрезистентності твердих тканин зубів, нормалізації клініко-лабораторних і біохімічних показників порожнини рота, а отже, підвищенню її захисних властивостей, унаслідок чого знижуються поширеність та інтенсивність каріозного процесу в цієї групи дитячого населення.

Запропонований профілактичний комплекс (патент на корисну модель № 111450 «Спосіб профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей з гіпертрофією аденоїдів», опубл. 10.11.16, Бюл. 21) упроваджено в навчальний процес кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»; кафедри стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології Харківського національного медичного університету; кафедри дитячої стоматології та кафедри стоматології дитячого віку Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет»; у лікувально-профілактичну роботу міської дитячої клінічної стоматологічної поліклініки м. Полтави, Університетського стоматологічного центру Харківського національного медичного університету, ТзОВ «Університетська стоматологічна поліклініка» м. Ужгорода.

Особистий внесок здобувача. Дисертантка особисто провела інформаційно-патентний пошук, проаналізувала наукову літературу з обраної теми. Разом із науковим керівником визначені мета і завдання дослідження, сформульовані висновки і практичні рекомендації. Клінічні спостереження, аналіз отриманих результатів, їх статистичну обробку, наукове обґрунтування й інтерпретацію результатів дослідження дисертантка виконала самостійно. Клініко-лабораторні дослідження і лікування проведені на базі кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» при

дитячій міській клінічній стоматологічній поліклініці, в дитячому поліклінічному відділенні № 1 дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави і в дитячих садках м. Полтави. Біохімічні дослідження виконані на базі біохімічної лабораторії ДУ «Інститут стоматології Національної академії медичних наук України», м. Одеса (зав. лабораторії – к. б. н., с. н. с. Макаренко О. А).

Особистий внесок здобувача в опублікованих працях разом зі співавторами складає рівномірну частку участі кожного.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідалися й обговорювалися на: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Міждисциплінарний підхід в лікуванні ортодонтичних пацієнтів» (Полтава, 2015); міській науково-практичній конференції «Актуальні питання сучасної дитячої стоматології» (Полтава, 2015); науково-практичній конференції «Сучасні проблеми терапевтичної та дитячої стоматології» (Полтава, 2015); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Досягнення та перспективи розвитку стоматології дитячого віку» (Полтава, 2016); обласній науково-практичній конференції «Сучасні методи профілактики та лікування в дитячій стоматології» (Полтава, 2017).

Публікації. За темою дисертаційної роботи опубліковано 11 наукових праць, із них 5 у фахових наукових журналах, ліцензованих МОН України, 2 статті в зарубіжних журналах, 3 тез у збірках матеріалів конференцій; отримано патент України на корисну модель «Спосіб профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей з гіпертрофією аденоїдів».

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена українською мовою на 190 сторінках і складається з анотації українською й англійською мовами, вступу, огляду літератури, опису об'єктів і методів досліджень, 3 розділів власних досліджень, обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, до якого ввійшло 231 вітчизняне і 41 іноземне джерело, і 3 додатків. Фактичні дані наведені у 28 таблицях, ілюстровані 3 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Об'єкти і методи досліджень. Для визначення поширеності гіпертрофії аденоїдів було опрацьовано медичні картки 208 дітей віком 3-5 років з організованих дитячих колективів. Для вивчення стоматологічного статусу проведено епідеміологічне обстеження 254 дітей того ж віку. Усі обстежені проживали в м. Полтаві від народження у відносно однакових соціально-побутових умовах, відвідували організовані дитячі колективи. Із них 92 дитини мали хвороби ЛОР-органів - гіпертрофію аденоїдів (J.35.2) різних ступенів тяжкості (основна група). Решту склали практично здорові 162 дитини (контрольна група), інформацію щодо стану їхнього здоров'я було отримано з медичних карток дитячих садків і даних опитування батьків.

Для вивчення ефективності лікувально-профілактичних заходів щодо розвитку карієсу серед обстежених залежно від наявності гіпертрофії аденоїдів було виділено 4 групи спостереження:

1 група – практично здорові діти, яким призначали лише гігієнічні заходи для догляду за порожниною рота (40 осіб);

2 група – діти з гіпертрофією аденоїдів, яким призначали лише гігієнічні заходи для догляду за порожниною рота (20 осіб);

3 група – діти з гіпертрофією аденоїдів, яким призначали профілактичний комплекс Шепелі А.В. (застосування зубної пасти без фтору «Новий жемчуг Кальцій» (виробник ООО «Невская Косметика», м. Санкт-Петербург), зубний еліксир «Санодент» (виробник «Одеська біотехнологія», Україна), полівітамінно-мінеральні дитячі жуйні таблетки «Мульти-табс Малюк Максі» (виробник "Ferrosan A/S", Данія), без урахування наявності захворювання ЛОР-органів (20 осіб);

4 група – діти з гіпертрофією аденоїдів, яким рекомендували запропонований нами профілактичний комплекс, що охоплює застосування гелевої зубної пасти «President clinical kids 3-6 зі смаком полуниці, без фтору» (виробник «BETA FARMA S. p. A.», Італія, еліксиру «Лізомукоїд» (виробник «Одеська біотехнологія», Україна), препарату «Кальциум-Д» (виробник «Індоко Ремедіс Лімітед», Індія), пробіотику «БіоГая Продентіс» (виробник «BioGaia AB», Швеція) у вигляді пастилок для розсмоктування; виконання комплексу вправ для відновлення носового дихання (20 осіб).

Лікувально-профілактичний комплекс призначали два рази за рік, у осінньо-весняний період. Тривалість курсу - 1 місяць.

З метою оцінювання результатів, отриманих унаслідок застосування лікувально-профілактичних заходів, півтора року обстежували дітей дошкільного віку (6 обстежень). Перше обстеження проводили до призначення лікувально-профілактичних заходів, друге – через місяць від початку застосування лікувально-профілактичного комплексу, третє – через 3 місяці, четверте – через 6 місяців, п'яте – через 12 місяців, шосте – через 18 місяців.

Усім особам було проведено контрольоване чищення зубів із подальшою корекцією гігієнічних навичок, за необхідності – санацію ротової порожнини з урахуванням стоматологічного статусу і психоемоційного стану дитини; проведені бесіди з дітьми і їхніми батьками щодо особливостей профілактики карієсу зубів. Усі обстежені з гіпертрофією аденоїдів перебували на динамічному диспансерному нагляді та підлягали лікуванню ЛОР-патології відповідно до призначень оториноларинголога.

Стоматологічний статус дітей оцінювали відповідно до загальноприйнятих критеріїв, рекомендованих ВООЗ (1989). Для вивчення захворюваності на карієс у дітей дошкільного віку визначали поширеність (%) та інтенсивність карієсу зубів (за індексами $k_{пв_3}$ і $k_{пв_п}$). Клінічну ефективність розробленого лікувально-профілактичного комплексу вивчали за Є.Б. Сахаровою (1984) на підставі показників приросту інтенсивності карієсу і редукції річного приросту карієсу (%).

Стан гігієни порожнини рота визначали за методикою Федорова-Володкіної (1971), кислотостійкості емалі тимчасових зубів – за допомогою експрес-методики тесту емалевої резистентності за В.Р. Окушко, Л.О. Авдусенко (1986).

Для вимірювання водневого показника ротової рідини (рН) використовували лакмусовий папір із градуйованою колірною шкалою рН 5,6 – 8,0 із комплекту фармакологічного препарату «Уралит» («Madaus», Німеччина).

Мінералізуючий потенціал ротової рідини (МППР) (П.А. Леус) визначали за її мікрокристалізацією (Х.М. Сайфуліна, Л.Р. Поздеев, 1994).

Швидкість нестимульованого слиновиділення визначали вранці натщесерце, ротову рідину збирали протягом 5 хв у градуйовані центрифужні пробірки.

В'язкість ротової рідини визначали за методикою Т.Л. Рединової (1994).

Уміст іонізованого кальцію в ротовій рідині обстежених дітей визначали фотометричним способом за допомогою набору «CalciumCr-Dac.» («LqDAC-SpectroMeds. r. 1.», Молдова).

Уміст неорганічного фосфору в ротовій рідині визначали фотометричним УФ-способом за допомогою набору «Phosph-Dac.» («LqDAC-SpectroMeds. r. 1.», Молдова).

Уміст вторинного продукту перекисного окиснення ліпідів, ТБК-реактивів у ротовій рідині визначали за методикою І.Д. Стальної, Т.Г. Гарішвілі (1977).

Активність каталази, ферменту антиоксидантного захисту визначали за модифікацією С.В. Гіріна (1999); антиоксидантно-прооксидантний індекс - за А.П. Левицьким (2010).

Активність уреазы визначали методом Л. М. Гаврилова, І. Т. Сегень (1996).

Активність лізоциму визначали бактеріологічним методом А.Г. Горіна за модифікацією А.П. Левицького (1974); ступінь дисбіозу порожнини рота - за А.П. Левицьким (2006).

Отримані дані обробляли методом варіаційної статистики. Вірогідність між середніми арифметичними оцінювали за критерієм Ст'юдента – Фішера, Уїлкоксона. Відмінність уважали за вірогідну при $p \leq 0,05$. Вивчали кореляційну залежність за наявністю, направленістю, силою зв'язку на основі лінійного коефіцієнта Пірсона. Додатково визначали рангові коефіцієнти кореляції Спірмена, Кендалла. Результати інтерпретували, використовуючи таблицю Чеддока (Ю.В. Вороненко, 2000).

Статистичну обробку результатів клінічних досліджень проводили з використанням програмного забезпечення «Microsoft Office Excel 2010» на РС.

Результати досліджень та їх обговорення. Згідно з аналізом медичної документації дітей 3-5 років поширеність гіпертрофії аденоїдів склала $22,1 \pm 2,9\%$, було виявлене підвищення частоти захворювання з віком.

Проведене стоматологічне обстеження дітей віком 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів виявило в них вищі показники карієсу тимчасових зубів у порівнянні з практично здоровими обстеженими. Так, дошкільнята з ЛОР-патологією мали поширеність каріозного процесу на рівні $48,91 \pm 5,24\%$ проти $35,8 \pm 3,78\%$ у контрольній групі ($p \leq 0,05$). Інтенсивність карієсу за показниками кпв₃ у дітей

дошкільного віку основної групи в 2,15 раза вища, ніж у соматично здорових ($1,83 \pm 0,23$ зуба і $0,85 \pm 0,11$ зуба відповідно); за показниками кпв поверхонь ситуація ідентична ($2,48 \pm 0,31$ і $1,15 \pm 0,16$ відповідно) ($p \leq 0,05$). Показники карієсу зростають із кожним роком відносно 3-річного віку, особливо в період від 3 до 4 років, але завжди гірші значення спостерігали в дітей із фоною патологією.

Виявлено залежність поширеності та інтенсивності карієсу зубів у дітей 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів від тривалості перебігу супутньої патології. Обстежені, які хворіють більше року, мають перевагу поширеності у 2 рази ($69,4 \pm 7,8\%$ проти $35,7 \pm 6,5\%$ відповідно) та інтенсивності в 3,5 раза ($3,2 \pm 0,39$ зуба проти $0,92 \pm 0,21$ зуба).

Індекс гігієни за Федоровим-Володкіною в основній групі був незадовільний - $2,40 \pm 0,07$ бала, а в обстежених контрольної групи – задовільний ($1,83 \pm 0,05$ бала). Порівняння результатів стану гігієни порожнини рота виявило гірші значення в дітей із карієсом, ніж без нього, як у основній, так і в контрольній групі, але гірша гігієна була завжди в дітей із гіпертрофією аденоїдів ($p \leq 0,05$).

Аналіз показників швидкості слиновиділення обстежених дітей основної та контрольної груп показав, що середнє їхнє значення лежить у межах норми або ж на рівні нижньої межі. Але було виявлене вірогідне зниження швидкості саливації в дітей із гіпертрофією аденоїдів у порівнянні з практично здоровими. Середнє значення в'язкості ротової рідини вище в дітей із патологією ЛОР-органів, ніж у обстежених контрольної групи ($p \leq 0,05$). Характерно, що значення швидкості слиновиділення і в'язкості ротової рідини різко погіршуються за наявності каріозного процесу.

Аналіз водневого показника в змішаній слині обстежених дітей основної та контрольної груп показав, що його середнє значення знаходиться на рівні норми чи в межах нижньої позначки. Під час дослідження виявлено нижче значення рН ротової рідини в дітей із аденоїдними вегетаціями, ніж у практично здорових ($p \leq 0,05$), яке погіршувалося за наявності каріозного процесу. Найкращі результати були в 3-річних, найгірші - в 4-річних дітей.

Значення ТЕРі в дітей із гіпертрофією аденоїдів відповідають низькій кислотостійкості емалі, в практично здорових дітей спостерігається середня СФКЕ, показники різняться в 1,2 раза ($p \leq 0,05$). Виявлено погіршення карієсрезистентності емалі за наявності карієсу, особливо в дітей із гіпертрофією аденоїдів. Така ситуація характерна для всіх вікових груп.

За допомогою біохімічного дослідження ротової рідини в дітей із гіпертрофією аденоїдів було виявлено зниження вмісту кальцію в 1,3 раза і в 1,2 раза - вмісту неорганічного фосфору в порівнянні з практично здоровими обстеженими ($p \leq 0,05$).

За результатами дослідження, середні показники мінералізуючого потенціалу ротової рідини в дітей із гіпертрофією аденоїдів розцінювалися як низькі ($2,01 \pm 0,04$ бала), в обстежених без соматичної патології – задовільні ($2,59 \pm 0,04$ бала). Серед обстежених основної групи діти з карієсом мали значення низького рівня ($1,67 \pm 0,04$ бала), без стоматологічної патології - задовільного ($2,32 \pm 0,04$ бала). У

контрольній групі показники були в межах задовільних значень, але діти з карієсом мали нижчий рівень потенціалу, ніж без нього ($2,19 \pm 0,07$ бала проти $2,82 \pm 0,03$ бала) ($p \leq 0,05$). У всіх вікових групах виявлено зниження рівня мінералізуючого потенціалу ротової рідини в дітей із гіпертрофією аденоїдів ($p \leq 0,05$). Також спостерігається вірогідна різниця між показниками в основній і контрольній групах залежно від наявності карієсу, але діти з гіпертрофією аденоїдів мали гірші значення ($p \leq 0,05$). Обстежені 3 років мають кращий рівень МППР, ніж 4 і 5 років, але завжди гірший у дітей із супутньою патологією.

Наявні кореляційні зв'язки підтверджують вплив вивчених показників на розвиток карієсу тимчасових зубів із різною силою і напрямком (слабка кореляційна залежність відносно віку, наявності гіпертрофії аденоїдів; пряма помірна – зі станом гігієни порожнини рота, ТЕРі; середня зворотна – з рН, МППР, швидкістю слиновиділення; середня пряма – із в'язкістю ротової рідини). Відповідно до коефіцієнтів кореляції Пірсона, Спірмена і Кендалла вплив гіпертрофії аденоїдів має місце як патологія, яка сприяє розвитку і посиленню дії карієсогенних факторів щодо виникнення карієсу в дошкільнят.

Виявлено вірогідне зниження в 3 рази рівня активності лізоциму ротової рідини в обстежених із гіпертрофією аденоїдів. Ця ситуація може бути причиною збільшення кількості умовно-патогенної флори порожнини рота, показником якого є підвищення рівня активності уреаз в основній групі спостереження до $0,178 \pm 0,01$ мк-кат/л проти $0,09 \pm 0,01$ – показника контрольної групи дітей ($p \leq 0,05$).

На основі даних показників у пацієнтів із гіпертрофією аденоїдів було обчислено ступінь дисбіозу, який дорівнював 5,9 од. і характеризувався як клінічна субкомпенсована форма. У нормі він має бути в межах 1. Виникла ситуація слугує показником наявності метаболічних та імунологічних порушень обстеженого контингенту.

Результати обстеження вказують на підвищення рівня ТБК-реагуючих продуктів у 1,4 раза в ротовій рідині дітей основної групи спостереження відносно контрольної, що характеризує наявність високого рівня процесів перекисного окиснення ліпідів у порожнині рота обстежених із гіпертрофією аденоїдів ($p \leq 0,05$). Своєю чергою, ця ситуація погіршується за рахунок зниження антиперекисної активності ферменту каталази: в дітей основної групи цей показник становив $0,06 \pm 0,01$ мкат/л проти $0,14 \pm 0,03$ у контрольній групі спостереження ($p \leq 0,05$).

На основі отриманих результатів обстеження дітей віком 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів були визначені провідні напрями первинної та вторинної профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей цієї групи. Для підвищення карієсрезистентності в дітей із гіпертрофією аденоїдів розроблений і впроваджений лікувально-профілактичний комплекс, який застосовували два рази за рік, у осінньо-весняний період, тривалістю 1 місяць, упродовж півтора року.

Початкові дані стану гігієни порожнини рота в дітей без соматичної патології відповідали задовільному рівню ($1,7 \pm 0,1$ бала), з гіпертрофією аденоїдів – незадовільному (від $2,27 \pm 0,15$ бала до $2,58 \pm 0,16$). Через 1 місяць було виявлене покращення результатів у всіх обстежених ($p \leq 0,05$). На III обстеженні виявили дещо

гірші результати в усіх групах, але суттєвої різниці в порівнянні з II не було ($p \leq 0,05$). Через 6 місяців стан гігієни в 1 групі повернувся до задовільного, а в 2 і 3 - до незадовільного, але в порівнянні з цифровими значеннями індексу до проведення профілактики залишався дещо кращим. Натомість у 4 групі стабільно утримувався на рівні задовільного, показники ІГ максимально наближалися до практично здорових дітей. Через 1 рік ситуація була на рівні II обстеження, 4 група мала найкращий індекс гігієни серед дітей із гіпертрофією аденоїдів, що було підтверджено непараметричним критерієм Уїлкоксона ($p_y \leq 0,05$).

Початкові значення рН ротової рідини в групах дітей із гіпертрофією аденоїдів у порівнянні з показниками практично здорових дітей були нижчими за 6,4 од. Через 1 місяць значення водневого показника змішаної слини в 4 групі покращилося майже до рівня 1 групи ($6,77 \pm 0,04$ і $6,8 \pm 0,04$ од. відповідно). Дані між 2 і 3 групами статистичної різниці не мали і були вірогідно нижчими, ніж у 1 і 4 групах. На III і IV обстеженнях виявили, що результати погіршилися в усіх групах спостереження, але суттєвої різниці не було. На V обстеженні ситуація покращилася в усіх, але у 2 і 3 групах вірогідної різниці водневого показника в порівнянні з I обстеженням не виявили; в 4 групі результати утримувалися на найкращому рівні, як відносно початкових даних ($p \leq 0,05$), так і в зіставленні з цифровими значеннями практично здорових ($6,75 \pm 0,04$ і $6,79 \pm 0,04$ од. відповідно), що було підтверджено непараметричним критерієм Уїлкоксона ($p_y \leq 0,05$).

Результати визначення швидкості слиновиділення були в межах норми в усіх обстежених, але діти з гіпертрофією аденоїдів мали зниження цифрових значень у 1,4 раза відносно практично здорових дошкільнят. Через 1, 3, 6 місяців та 1 рік ситуація значно покращилася й утримувалася на рівні практично здорових обстежених лише в групі із запропонованим нами комплексом профілактики ($p \leq 0,05$). За непараметричним критерієм Уїлкоксона швидкість слиновиділення через рік вірогідно покращилася в усіх групах спостереження, але найкращою була в 4 групі.

Отримані результати щодо в'язкості ротової рідини в дітей із гіпертрофією аденоїдів були на рівні нижньої позначки норми або трохи виходили за її межі та в 1,7 раза вищими, ніж у практично здорових обстежених. Через місяць спостерігалось покращення значень вивченого показника в усіх обстежених із гіпертрофією аденоїдів, але вірогідна різниця була лише в 4 групі. Через 3, 6 місяців у 2 і 3 групах були виявлені коливання значень в'язкості змішаної слини. Лише в групі, в якій застосовували запропонований нами комплекс, показник був статистично кращим відносно першого дослідження. Через рік найпозитивніша динаміка була в 4 групі, рівень в'язкості поступово знижувався і став нижчим за I, II і III відвідування ($p \leq 0,05$), хоча і зберіг вірогідну різницю в порівнянні з практично здоровими обстеженими. За непараметричним критерієм Уїлкоксона в'язкість ротової рідини в дітей із гіпертрофією аденоїдів через рік вірогідно знизилася в усіх групах спостереження, та все ж найкращою була в 4 групі.

На I обстеженні в дітей із гіпертрофією аденоїдів було виявлене зниження МПРР у 1,5 раза відносно практично здорових дошкільнят, значення відповідали

низькому рівню. Через місяць результати покращилися в усіх групах до задовільного МПРР, але найкращими були в групі, в якій застосовували запропонований нами комплекс. Через 3, 6 місяців і 1 рік відбувалися незначні коливання показника, але ситуація залишалася на рівні II обстеження, мінералізуючий потенціал ротової рідини був найкращим у 4 групі спостереження. Оцінюючи результати обстеження за критерієм Уілкоксона, виявили, що рівень мінералізуючого потенціалу ротової рідини через рік вірогідно зріс у обстежених 1, 3 і 4 груп спостереження, в 2 групі теж дещо покращився, але статистично значимої різниці не було. Порівнявши остаточні показники, виявили найкращий результат у групі із запропонованим нами способом профілактики.

За даними I обстеження, рівень кислотостійкості емалі в дошкільнят 1 групи відповідав середньому, а 2, 3 і 4 груп – низькому. За результатами спостереження протягом року, найвищу ефективність продемонстрував запропонований нами спосіб, показник ТЕРі в 4 групі піднявся до рівня здорових обстежених. Провівши статистичну обробку за критерієм Уілкоксона, виявили вірогідне покращення значень ТЕРі в усіх групах спостереження через рік від початку застосування комплексів профілактики, а результатами останнього обстеження було підтверджено найвищу ефективність запропонованого нами комплексу.

Нами встановлено стійке зростання вмісту кальцію в ротовій рідині дітей 4 групи спостереження, яке було вірогідно вищим на всіх етапах відносно I обстеження, найбільше значення було через рік від початку проведення лікувально-профілактичних заходів. Результати обстеження показали вірогідне зростання вмісту неорганічного фосфору в ротовій рідині дітей 4 групи й утримання його на високому рівні протягом року. Отримані результати підтвержені статистичними даними за критерієм Уілкоксона.

Захисні властивості ротової рідини за показником рівня активності лізоциму значно покращилися в 4 групі обстеження й утримувалися на рівні показників практично здорових дітей протягом року. У 2 і 3 групах результати хоч і змінювалися, але тривалого позитивного зрушення не спостерігалось, рівень активності лізоциму через рік повернувся до початкових значень.

Розроблений нами лікувально-профілактичний комплекс помітно вплинув на умовно-патогенну мікрофлору порожнини рота, про що свідчить значне зниження рівня активності уреазі ротової рідини в дітей 4 групи.

Відповідно до проведених профілактичних заходів змінювався ступінь дисбіозу порожнини рота. Так, найкращі результати за рік застосування комплексів профілактики виявили в обстежених 4 групи, де СД знизився до рівня здорових і утримувався на цій позначці протягом усього періоду дослідження.

На I обстеженні було виявлено вірогідне зниження рівня активності каталази, ферменту антиоксидантного захисту в дітей із гіпертрофією аденоїдів у 2,2 раза в порівнянні з практично здоровими особами. Через 1 рік активність каталази в 2 групі повернулася до початкових даних, у 3 і 4 групах зросла ($p \leq 0,05$), але тільки в дітей із запропонованим нами способом показник не мав значних коливань протягом року після проведених заходів і відповідав найвищому цифровому значенню, навіть

дещо кращому, ніж у практично здорових обстежених, про що свідчать результати дослідження за критерієм Уілкоксона.

На I обстеженні, на фоні зниження активності каталази, було виявлено зростання вмісту в ротовій рідині ТБК-реактивних, вторинного продукту ПОЛ у дітей із гіпертрофією аденоїдів у 1,5 разів відносно даних практично здорових обстежених. Через 1 рік рівень ТБК-реагуючих продуктів ротової рідини в групі із запропонованим нами способом залишився найнижчим ($0,158 \pm 0,016$ ммоль/л), найвище значення було в дітей, яким призначали лише гігієну порожнини рота ($0,362 \pm 0,031$ ммоль/л). За критерієм Уілкоксона показник умісту ТБК-реактивних у ротовій рідині дітей із гіпертрофією аденоїдів вірогідно знизився в порівнянні з I обстеженням лише в 4 групі.

На основі значень активності каталази і концентрації ТБК-реагуючих продуктів було обчислено антиоксидантно-прооксидантний індекс, який у практично здорових дітей становив 78%, а в обстежених із гіпертрофією аденоїдів - лише 24%. Така ситуація свідчить про значне зниження антиоксидантного захисту в порожнині рота дітей із супутньою патологією на фоні посилення процесів вільнорадикального окиснення ліпідів. Через місяць результати покращилися в усіх учасників спостереження, проте лише в 4 групі індекс піднявся до показників практично здорових дітей. В обстежених, яким застосовували запропонований нами спосіб, відбулося стійке покращення результатів: рівень АПІ через рік у 4 групі становив 120%, що на 42% краще за показники практично здорових обстежених.

Для підтвердження клінічної ефективності лікувально-профілактичних заходів щодо виникнення і розвитку каріозного процесу в тимчасових зубах дітей 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів досліджували поширеність, інтенсивність і приріст інтенсивності карієсу. Визначення проводили кожні 6 місяців протягом 1,5 року. За цей період було призначено 4 курси профілактичних заходів. До призначення лікувально-профілактичного комплексу поширеність карієсу тимчасових зубів у 1 групі була на рівні 50%, у 2, 3 і 4 групах була однаковою - 55%. Через 1,5 року цей показник у дітей без соматичної патології зріс до 57,5%, а в обстежених з аденоїдними вегетаціями змінювався залежно від призначеного способу профілактики. Так, найгірший стан виявили в дітей із гіпертрофією аденоїдів, яким було рекомендовано тільки гігієну порожнини рота, - поширеність карієсу тимчасових зубів зросла на 25%; у 3 групі результат був дещо кращим - на 15%. Найкращі показники були в осіб, яким застосовували запропонований нами спосіб, - лише на 5%, що підтверджує високий карієспрофілактичний ефект нашого комплексу.

Через 1,5 року було виявлено зростання інтенсивності карієсу тимчасових зубів у всіх групах спостереження. Найвиразніші зміни відбулися в дітей із гіпертрофією аденоїдів, яким призначали лише гігієну порожнини рота, - приріст інтенсивності за період обстеження склав 1,1 зуба. Дещо кращі результати були в осіб з аденоїдними вегетаціями 3 групи: приріст інтенсивності карієсу - 0,75 зуба. Проте найкращі значення серед обстежених із супутньою патологією було

зафіксовано в 4 групі, де приріст інтенсивності карієсу становив лише 0,4 зуба, що майже відповідає рівню практично здорових дітей (0,3 зуба).

Через 1,5 року був визначений карієспрофілактичний ефект застосованих лікувально-профілактичних заходів у дітей із гіпертрофією аденоїдів, який становив 63,6%.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення і вирішення актуального завдання дитячої стоматології – підвищення резистентності твердих тканин тимчасових зубів у дітей із гіпертрофією аденоїдів шляхом розробки лікувально-профілактичних заходів на основі клініко-лабораторного дослідження патогенетичних механізмів розвитку карієсу.

1. Установлено, що в дітей 3-5 річного віку з гіпертрофією аденоїдів спостерігаються висока поширеність ($48,91 \pm 5,24\%$ проти $35,8 \pm 3,78\%$ відповідно) й інтенсивність ($1,83 \pm 0,23$ проти $0,85 \pm 0,11$) карієсу тимчасових зубів у порівнянні з практично здоровими обстеженими ($p \leq 0,05$). З віком інтенсивність карієсу в обох групах спостереження зростає, але значення залишається вищим у дітей із гіпертрофією аденоїдів ($p \leq 0,05$). В осіб, які хворіють на гіпертрофію аденоїдів терміном до року, поширеність карієсу становить $35,7 \pm 6,5\%$, що вірогідно менше, ніж у тих, які перебувають під наглядом більше року, – $69,4 \pm 7,8\%$. Характерною особливістю перебігу карієсу є зміна його інтенсивності залежно від тривалості супутньої патології ($0,92 \pm 0,21$ проти $3,2 \pm 0,39$ відповідно ($p \leq 0,05$), а найбільше зростання відбувається в період від 3 до 4 років.

2. Результати дослідження показали, що перебіг карієсу тимчасових зубів у дітей із гіпертрофією аденоїдів відбувається на фоні незадовільної гігієни порожнини рота, зниження швидкості слиновиділення ($0,29 \pm 0,01$ мл/хв), зсуву в кислий бік водневого показника ($6,4 \pm 0,02$ од.), підвищення в'язкості ($3,67 \pm 0,06$ відн. од.), зниження мінералізуючого потенціалу ротової рідини ($2,01 \pm 0,04$ бала) і кислотостійкості емалі за зростання показника тесту емалевої резистентності ($3,89 \pm 0,08$ бала) ($p \leq 0,05$).

3. Установлено статистично значимі кореляційні зв'язки вивчених показників із розвитком карієсу тимчасових зубів (пряма слабка кореляційна залежність відносно віку, наявності гіпертрофії аденоїдів; помірна – зі станом гігієни порожнини рота, тесту емалевої резистентності; середня зворотна – з водневим показником, мінералізуючим потенціалом ротової рідини, швидкістю слиновиділення; середня пряма – з в'язкістю ротової рідини). Відповідно до коефіцієнтів кореляції Пірсона, Спірмена і Кендалла гіпертрофія аденоїдів сприяє виникненню і посиленню дії карієсогенних факторів у дошкільнят.

4. Виявлено, що у дітей віком 3-5 років з гіпертрофією аденоїдів спостерігається зниження в ротовій рідині вмісту кальцію ($0,43 \pm 0,013$ ммоль/л) та неорганічного фосфору ($2,64 \pm 0,068$ ммоль/л), активності лізоциму ($0,03 \pm 0,003$ мкат/л) та підвищення активності уреаз ($0,178 \pm 0,01$ мк-кат/л), наявність клінічного

субкомпенсованого дисбіозу порожнини рота, зниження активності каталази ($0,06 \pm 0,01$ мкат/л) та підвищення вмісту ТБК-реактивних (0,25 \pm 0,01) і зменшення антиоксидантно-прооксидантного індексу до 24%.

5. У дітей із гіпертрофією аденоїдів, яким застосовували запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс, покращилася гігієна порожнини рота, підвищилися кислотостійкість емалі тимчасових зубів, швидкість слиновиділення, мінералізуючий потенціал, уміст кальцію і фосфору, водневий показник ротової рідини; знизилася її в'язкість; нормалізувався антиоксидантний і антибактеріальний захист. Карієспрофілактичний ефект застосування запропонованого лікувально-профілактичного комплексу в дітей із гіпертрофією аденоїдів становив 63,6%.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для підвищення карієсрезистентності в дітей із гіпертрофією аденоїдів запропоновано лікувально-профілактичний комплекс, який охоплює:

- диспансерний нагляд у оториноларинголога і педіатра, що передбачає регулярні обстеження і своєчасну діагностику, лікування і профілактику гіпертрофії аденоїдів та її ускладнень;
- диспансерний нагляд у лікаря-стоматолога, проведення санації, навчання індивідуальній гігієні з контрольованим чищенням зубів, проведення професійної гігієни порожнини рота;
- використання гелевої зубної пасти «President clinical kids 3-6 зі смаком полуниці, без фтору» для чищення зубів уранці й увечері;
- застосування зубного еліксиру «Лізомукоїд» у розбавленні 1 ч. л. на $\frac{1}{4}$ скл. води для полоскання ротової порожнини 3-5 разів за день після їди;
- пероральне вживання препарату «Кальциум-Д» по 2,5 мл 3 рази за день перед уживанням їжі або після;
- уживання пробіотику «БіоГая Продентіс» у вигляді пастилок для розсмоктування - по 1 пастилки 2 рази за добу після чищення зубів;
- виконання комплексу вправ для відновлення носового дихання.

Лікувально-профілактичні заходи рекомендовано проводити два рази за рік, у осінньо-весняний період. Тривалість курсу - 1 місяць.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Гіпертрофія аденоїдів – як фактор ризику виникнення карієсу тимчасових зубів у дітей / Л.Ф. Каськова, Л.П. Уласевич, О.Е. Бережна [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини – 2014. – Вип. 3, т. 2 (111). – С. 361-363. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
2. Уласевич Л.П. Показники карієсу у дітей 3-5 років з гіпертрофією аденоїдів / Л.П. Уласевич, Л.Ф. Каськова // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2016. – Т. 16, № 2 (54). – С. 40-43. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
3. Каськова Л.Ф. Стан гігієни порожнини рота і водневого показника в дітей із гіпертрофією аденоїдів / Л.Ф. Каськова, Л.П. Уласевич // Український стоматологічний альманах. – 2016. – № 2. – С. 64-66. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
4. Каськова Л.Ф. Влияние минерализующего потенциала ротовой жидкости на гомеостаз твердых тканей зубов у детей дошкольного возраста с гипертрофией аденоидов / Л.Ф. Каськова, Л.П. Уласевич // Молодой ученый. – 2016. – № 21 (125). – С. 67-70. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
5. Каськова Л.Ф. Динаміка вмісту кальцію і фосфору у ротовій рідині дітей дошкільного віку з гіпертрофією аденоїдів з урахуванням проведення профілактичних заходів стосовно карієсу / Л.Ф. Каськова, Л.П. Уласевич // Український стоматологічний альманах. – 2017. – № 1. – С. 70-74. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
6. Каськова Л.Ф. Показники мікробного обсіменіння та антимікробного захисту ротової порожнини у дітей віком 3-5 років з гіпертрофією аденоїдів в період проведення лікувально-профілактичних заходів карієсу / Л.Ф. Каськова, Л.П. Уласевич // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2017. – Т. 17, № 3 (59). – С. 215-218. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
7. Каськова Л.Ф. Вязкость ротовой жидкости и скорость слюноотделения как факторы риска возникновения кариеса временных зубов у детей с гипертрофией аденоидов / Л. Ф. Каськова, Л.П. Уласевич // Молодой ученый. – 2017. – №3 (137). – С. 238-241. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
8. Пат. 111450 UA, МПК А61К 33/06 (2006. 01) А61К 35/741 (2015. 01) С12N 9/36 (2006. 01) С12R 1/00 (2006. 01) А61Р 1/02 (2006. 01) А61Р 11/00. Спосіб профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей з гіпертрофією аденоїдів /

- Каськова Л.Ф, Уласевич Л.П.; заявник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № у 201604960; заявл. 04.05.16; опубл. 10.11.16, Бюл. № 21. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
9. Каськова Л.Ф. Взаємозв'язок захворюваності на карієс тимчасових зубів з соматичною патологією у дітей (літературний огляд) / Л.Ф. Каськова, Л.П. Уласевич // Інноваційні технології в сучасній стоматології : матеріали наук. - практик. конф. з міжнар. участю, 19-21 берез. 2015 р. – Івано-Франківськ, 2015. – С. 71-75. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*
10. Уласевич Л.П. Особенности кариесогенной ситуации в полости рта детей с гипертрофией аденоидов / Л.П. Уласевич // Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию стоматологического факультета Дагестанской государственной медицинской академии ; под общ. ред. М. Н. Меджидова. - Махачкала, 2015. – С. 263-266.
11. Каськова Л.Ф. Обоснование способа профилактики кариеса у детей 3-5 лет с гипертрофией аденоидов / Л.Ф. Каськова, Л.П. Уласевич // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста: сборник научных статей VI региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии ; под ред. проф. А.А. Антоновой. - Хабаровск: Издательство «Антар», 2016. – С. 97-101. *(Особистий внесок здобувача: набір матеріалу, аналіз результатів, підготовка публікації до друку).*

АНОТАЦІЯ

Уласевич Л.П. Особливості клініки, лікування та профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей з гіпертрофією аденоїдів. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 «Стоматологія» (22 Охорона здоров'я). Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, 2017.

Дисертаційна робота присвячена підвищенню ефективності профілактики і лікування карієсу тимчасових зубів у дітей із гіпертрофією аденоїдів шляхом розробки лікувально-профілактичних заходів на основі клініко-лабораторного дослідження патогенетичних механізмів розвитку каріозного процесу.

Установлено, що в дітей 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів спостерігається зростання поширеності та інтенсивності карієсу тимчасових зубів у порівнянні з практично здоровими обстеженими, яке відбувається на фоні незадовільної гігієни порожнини рота, зниження швидкості слиновиділення, мінералізуючого потенціалу, зсуву в кислий бік водневого показника ротової рідини, підвищення її в'язкості, зниження кислотостійкості емалі за зростання показника тесту емалевої резистентності ($p \leq 0,05$). Установлено статистично значимі кореляційні зв'язки вивчених показників із розвитком карієсу тимчасових зубів відповідно до коефіцієнтів кореляції Пірсона, Спірмена і Кендалла. Виявлено, що в дітей віком 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів відбувається достовірне зниження в ротовій рідині вмісту кальцію і неорганічного фосфору, активності лізоциму та підвищення активності уреаз; наявний клінічний субкомпенсований дисбіоз порожнини рота, знижується активність каталази, підвищується вміст ТБК-реактивних речовин, зменшується антиоксидантно-прооксидантний індекс.

Унаслідок застосування протягом 1,5 року запропонованого нами лікувально-профілактичного комплексу в дітей із гіпертрофією аденоїдів удалося покращити всі вивчені показники й отримати карієспрофілактичний ефект на рівні 63,6%.

Ключові слова: карієс, тимчасові зуби, діти, гіпертрофія аденоїдів, профілактика, карієсрезистентність, гігієна порожнини рота, ротова рідина.

АННОТАЦИЯ

Уласевич Л.П. Особенности клиники, лечения и профилактики кариеса временных зубов у детей с гипертрофией аденоидов. - Квалификационная научная работа на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 «Стоматология» (22 Охрана здоровья). Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава, 2017.

Диссертационная работа посвящена повышению эффективности профилактики и лечения кариеса временных зубов у детей с гипертрофией аденоидов путем разработки лечебно-профилактических мероприятий на основании клинико-лабораторного исследования патогенетических механизмов развития кариозного процесса.

Особенности клинической картины при гипертрофии аденоидов, длительность течения заболевания, а также непосредственная связь с полостью рта обуславливают необходимость изучения взаимосвязи поражения зубов кариесом с данной патологией ЛОР-органов.

Для решения поставленных задач проведено клинико-лабораторное обследование детей 3-5 лет основной (страдающие гипертрофией аденоидов) и контрольной (практически здоровые дошкольники) групп наблюдения.

Установлено, что у детей данной возрастной группы с гипертрофией аденоидов наблюдается повышение в 1,4 раза распространенности и в 2,15 раза интенсивности кариеса временных зубов по сравнению с практически здоровыми обследованными. У лиц, страдающих аденоидными вегетациями до года, распространенность кариеса ниже в 2 раза, а интенсивность - в 3,5 раза, чем у болеющих более года. С возрастом показатели кариеса в обеих группах наблюдения повышаются, особенно в период от 3 до 4 лет, но значение остается выше у детей с сопутствующей патологией.

Результаты исследования показали, что кариес временных зубов у детей с гипертрофией аденоидов развивается на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта, снижения скорости слюноотделения, минерализующего потенциала, сдвига в кислую сторону водородного показателя ротовой жидкости, повышения ее вязкости, уменьшения кислотостойкости эмали при росте показателя теста эмалевой резистентности.

Установлены статистически значимые корреляционные связи изученных показателей и кариеса временных зубов (прямая слабая корреляционная зависимость относительно возраста, наличия гипертрофии аденоидов; умеренная - с состоянием гигиены полости рта, теста эмалевой резистентности; средняя обратная - с водородным показателем смешанной слюны, минерализующим потенциалом ротовой жидкости, скоростью слюноотделения; средняя прямая - с вязкостью ротовой жидкости). Согласно коэффициентам корреляции Пирсона, Спирмена и Кендалла гипертрофия аденоидов способствует возникновению и усилению действия кариесогенных факторов у дошкольников.

Выявлено, что у детей 3-5 лет с гипертрофией аденоидов наблюдается достоверное снижение в ротовой жидкости содержания кальция и неорганического фосфора, активности лизоцима и повышение активности уреазы; наличие клинического субкомпенсированного дисбиоза полости рта; снижение активности каталазы, повышение содержания ТБК-реактантов, уменьшение антиоксидантно-прооксидантного индекса (до 24%),.

На основании полученных результатов обследования был разработан, обоснован и внедрен лечебно-профилактический комплекс относительно кариеса

временных зубов у детей с гипертрофией аденоидов, включающий диспансерное наблюдение у оториноларинголога и педиатра, постоянное наблюдение и своевременную диагностику, лечение и профилактику гипертрофии аденоидов и ее осложнений; диспансерное наблюдение у врача-стоматолога, проведение санации, обучение индивидуальной гигиене с контролируемой чисткой зубов, проведение профессиональной гигиены полости рта; использование гелевой зубной пасты «President clinical kids 3-6 со вкусом клубники, без фтора» для чистки зубов утром и вечером, зубного эликсира «Лизомукоид» в разведении 1 ч. л. на ¼ ст. воды для полоскания ротовой полости 3-5 раз в день после приема пищи; пероральное употребление препарата «Кальциум-Д» по 2,5 мл 3 раза в день перед приемом пищи или после, пробиотика «БиоГая Продентис» в виде пастилок для рассасывания по 1 пастилке 2 раза в сутки после чистки зубов; выполнение комплекса упражнений по восстановлению носового дыхания. Способ рекомендуется проводить два раза в год, в осенне-весенний период. Продолжительность курса - 1 месяц.

Применение разработанного лечебно-профилактического комплекса у детей 3-5 лет с гипертрофией аденоидов способствовало улучшению гигиены полости рта, повышению скорости слюноотделения, водородного показателя ротовой жидкости, ее минерализующего потенциала, эмалевой резистентности, снижению вязкости смешанной слюны. Эти изменения происходили на фоне повышения содержания кальция, фосфора, активности лизоцима, каталазы, снижения активности уреазы и содержания ТБК-реагирующих продуктов ротовой жидкости, восстановления микробиоценоза полости рта и стабилизации антиоксидантно-прооксидантного индекса.

Вследствие применения в течение 1,5 года предложенного нами лечебно-профилактического комплекса у детей с гипертрофией аденоидов получен кариеспрофилактический эффект на уровне 63,6%.

Ключевые слова: кариес, временные зубы, дети, гипертрофия аденоидов, профилактика, кариесрезистентность, гигиена полости рта, ротовая жидкость.

SUMMARY

Ulasevych L.P. Features of the clinic, treatment and prevention of the caries of temporary teeth in children with the adenoids' hypertrophy. - Qualifying scientific work on the rights of manuscripts.

Thesis for a Doctor of Philosophy degree by specialty 14.01.22 Dentistry (22 Healthcare). HEEU "UMSA", Poltava, 2017.

Dissertation work is devoted to increasing the effectiveness of prevention and treatment of caries in deciduous teeth in children with adenoids hypertrophy by developing preventive measures based on clinical and laboratory studies of pathogenic mechanisms of caries.

It has been established that in children 3-5 years with adenoid hypertrophy, the prevalence and intensity of caries of temporary teeth is observed in comparison with

practically healthy children, which occurs on the background of unsatisfactory oral hygiene, decrease in salivation rate, shift in the acidic side of the hydrogen index of oral liquid, increase its viscosity, decrease of the mineralizing potential and acidity of the enamel with increase of the index of the enamel resistance test ($p \leq 0,05$). The statistically significant correlation relations of the studied indicators with the development of caries of temporary teeth were established according to the correlation coefficients of Pearson, Spirman and Kendall. It was found that in children of 3-5 years old with adenoid hypertrophy, there is a significant reduction in calcium and inorganic phosphorus content in the oral liquid, lysozyme activity and increase of urease activity, presence of clinical subcompensated oral cavity dysbiosis, decrease in catalase activity and increase in the content of TBA-reactants, reduction antioxidant-prooxidant index.

As a result of application within 1,5 years of the proposed treatment and prophylaxis complex in children with adenoids hypertrophy, it was possible to improve all the studied parameters and get the caries preventive effect at 63,6%.

Keywords: caries, deciduous teeth, children, the adenoids' hypertrophy, prevention, caries resistance, oral hygienic care, oral liquid.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГІ	- гігієнічний індекс
КПВ _з	- каріозні, пломбовані, видалені тимчасові зуби
КПВ _п	- каріозні, пломбовані поверхні тимчасових зубів та видалені тимчасові зуби
МПРР	- мінералізуючий потенціал ротової рідини
ПОЛ	- перекисне окислення ліпідів
pH	- водневий показник ротової рідини
СД	- ступінь дисбіозу
СФКЕ	- структурно-функціональна кислотостійкість емалі
ТБК	- тіобарбітуратова кислота
ТЕРі	- тест емалевої резистентності з використанням індигокарміну

Підписано до друку 20.10.2017