multiple sclerosis; primary lateral sclerosis; spastic diplegia with infantile cerebral palsy (Little's disease); DOPA-sensitive dystonia; lateral amyotrophic sclerosis; ectodermal dysplasia; syphilitic meningitis adrenolectocystastrophy; metachromatic leukodistrophy; HIV-myelopathy; Krabbe's disease; syringomyelia.

In the neurological department of the Poltava Regional Clinical Hospital were examined and treated with 2 patients with HSP. Moreover, in the first case, the diagnosis of "Vertebrogenic cervical myelopathy" was pre-hospitalized, in the second – "Chronic progressive myelo-polyradiculoneuropathy". In these patients, a number of clinical syndromes that were characteristic of HSP were diagnosed: the first symptoms occurred at the 5th decade of life, the disease began with typical complaints of stiffness and fatigue, leg cramps, spastic stroke with difficulty bending the legs in the knees and femoral joints, tearing off the legs from the floor; the prevalence of spasticity over paresis and significant increase in standing position or walking; changes in muscle tone and paresis of the muscles of the hands were not diagnosed; the presence of tendon hyperreflexia, pyramidal pathological signs. The conducted clinical and paraclinical examinations (MRI, ENMG) allowed to conduct a differential diagnosis of HSP and to exclude other pathology.

At the present stage, the diagnosis of HSP remains predominantly clinical, since the results of paraclinical methods are ambiguous, and the ability to conduct a molecular genetic study is limited. Most often, these patients are erroneously diagnosed with vertebrogenic myelopathy, encephalomyelopolyneuropathy, multiple sclerosis, cerebral palsy, and others. Unfortunately, there is currently no effective pathogenetic therapy for HSP.

**Key words:** hereditary spastic paraplegia, Stryumpel's disease.

***Рецензент – проф. Дельва М. Ю.***
**Стаття надійшла 26.04.2019 року**

**DOI** 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-55-59
**УДК** 616.31-06:616.3-053.2

***Поліщук Т. В.***

## ПРОЯВИ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПОРОЖНИНІ РОТА ДІТЕЙ

**Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)**
**tatapolishyk09@gmail.com**

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота є фрагментом ініціативної пошукової науково-дослідної роботи кафедри дитячої стоматології Української медичної стоматологічної академії «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування» 0117U004683.

**Вступ.** Захворювання органів травлення відносяться до числа найбільш поширених у дитячому віці та у структурі загальних захворювань і складає 25,3-31,3 % [1]. Останнім часом у структурі дитячої соматичної захворюваності неухильно збільшується питома вага хронічних хвороб органів травлення: гастродуоденітів, холецистохолангітів, дискінезій жовчовивідних шляхів та виразкової хвороби дванадцятипалої кишки [1-7].

Взаємозв'язок хвороб порожнини рота з порушеннями різних відділів шлунково-кишкового тракту обумовлений морфофункціональною єдністю травного апарату та тісним рефлекторним зв'язком слизової оболонки порожнини рота, шлунка та кишківника. Встановлено, що стан твердих тканин зубів у пацієнтів хворих на запальні захворювання кишківника погіршується з віком [6,7,8,9]. Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (шлунка, печінки, підшлункової залози та ін.) супроводжуються дефіцитом вітамінів, мінеральних речовин, білків, вуглеводів в організмі, що призводить до функціональних і органічних порушень в слизовій оболонці порожнини рота, розвитку запальних і дистрофічних змін у тканинах порожнини рота, порушення функції жувального апарату. Розвиток поєднаних уражень шлунково-кишкового тракту посилює тяжкість патології органів порожнини рота. Все вищеперераховане вказує на актуальність проблеми, яку ми розглядаємо та потребує подальшого більш детального вивчення.

**Метою** даного **огляду** літератури є проаналізувати відомості щодо взаємозв'язку хвороб порожнини рота з захворюваннями різних відділів шлунково-кишкового тракту для визначення подальших перспектив розробок можливих профілактичних заходів, які будуть попереджати розвиток уражень твердих тканин зубів та пародонта у дітей.

При вивченні спеціалізованої літератури ми виявили, що хронічний гастрит і гастродуоденіт в даний час зустрічається дуже часто і складає 70-80% по відношенню до інших захворювань травного тракту у дітей [7,9,10,11]. Серед хронічних захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей першочергова роль відводиться хронічному гастродуоденіту. Ця патологія перебігає переважно на тлі ослаблення реактивності організму супутніми соматичними і перенесеними напередодні інфекційними захворюваннями. Поєднане ураження прилеглих органів і систем організму часто зумовлює тяжкість хронічного гастродуоденіту у дітей. Зазвичай для цього захворювання характерні хронічний тонзиліт, дискінезія жовчовивідних шляхів, вегето-судинна дистонія, функціональна кардіопатія, глистні інвазії. Алергологічний анамнез обтяжений у 25-50% дітей з хронічним гастродуоденітом. Поряд з поняттям «кислотозалежне захворювання» з'явилася нова патологія в гастроентерології – «НР-асоційований захворювання», тобто викликані інфекцією *Helicobacter pylori* [7,9,12,13].

Зміни в порожнині рота при хронічному гастриті у дітей залежать від стану секрет- і кислотоутворюючої функції шлунка. Підвищення кислотності шлункового соку часто супроводжується посиленням салівації, гіпертрофією сосочків язика, блідістю і набряком сли-

зової оболонки порожнини рота, катаральним гінгівітом. При зниженій кислотності язик обкладений, сосочки згладжені, характерні: гіпосалівація, сухість губ, ангулярний хейліт [14,15].

Близько третини дітей з хронічним гастродуоденітом скаржаться на неприємний запах з рота, присмак кислого, гіркоту, печіння, сухість, висипання на губах і в порожнині рота. Присмак у роті пов'язаний з патологією замикальних (клапанних) структур верхнього відділу травного тракту: при недостатності глоткового і кардіального клапанів відзначається кислий, а при недостатності глоткового, кардіального і пілоричного клапанів – гіркий, так званий «дуоденогастрального рефлюкс». Діти з хронічним гастродуоденітом частіше хворіють рецидивуючими формами стоматиту, герпетичною поразкою губ, різними формами хейліту, гінгівітом. Сухість, лущення, гіперемія червоної облямівки губ відзначаються у 53-70% хворих дітей. Зміни губ є наслідком полігіповітамінозу на тлі порушення обміну вітамінів, особливо групи В [2,16,17,18].

Найбільш характерними змінами слизової оболонки порожнини рота у дітей з хронічним гастродуоденітом є набряклість, петехії, посилення судинного малюнка слизової оболонки (78-96% дітей). Для переважної більшості ще характерна обкладеність язика внаслідок гіперкератозу ниткоподібних сосочків, що є проявом розладів трофіки тканин порожнини рота, гіперемія і набряклість язика (69-84%), гіпертрофія грибоподібних і листоподібних сосочків (44-64%), часто зустрічаються ділянки десквамації епітелію («географічний язик»). Виявлені патологічні зміни – результат морфологічних і функціональних порушень м'яких тканин порожнини рота і малих слинних залоз, внаслідок порушення трофіки слизової оболонки порожнини рота, обміну речовин у ній, вітамінної недостатності [1,18,19]. Очевидно, це обумовлено тісним взаємозв'язком секреції слинних залоз з секрецією і кислотоутворюючою функцією шлунка, функціонально напруженим станом епітеліальних клітин і вираженими змінами з боку судин.

У дітей з хронічним гастродуоденітом виявлена висока поширеність та інтенсивність карієсу, незадовільний стан гігієни порожнини рота, часто реєструється декомпенсована форма карієсу. Виявлено прямий зв'язок pH ротової рідини з кислотоутворюючою функцією шлунка. Тверді тканини зубів у дітей з даним захворюванням є більшою мірою вразливими до карієсу внаслідок як незадовільною гігієни, так і більш агресивної (кислої) середовища порожнини рота [12,13,18,20,21].

У 54-71% дітей з хронічним гастродуоденітом виявляється хронічний маргінальний гінгівіт легкого та середнього ступеня тяжкості. Показники функціонального стану органів порожнини рота у дітей з хронічним гастродуоденітом свідчать про значні відхилення від норми: зниження температури різних відділів слизової оболонки порожнини рота, що викликано глибокими порушеннями мікроциркуляції і трофіки слизової оболонки і може призводити до зниження захисної функції, підвищення проникності судин слизової оболонки. Показники неспецифічної резистентності слизової оболонки порожнини рота (РАМ-тест) у дітей з хронічним гастродуоденітом знижені, навіть після курсу лікування основного захворювання, що може бути обумовлено побічною дією ряду ліків і розвитком дисбактеріозу [6,16,22].

Так Пурсанов А.Є. (2008) з'ясував, що у дітей з гастродуоденальною патологією дуже висока частота прояву катарального гінгівіту, яка за його дослідженнями становить 89%. Патологічні зміни в тканинах пародонта визначаються поширеністю патологічного процесу в гастродуаденальній слизовій оболонці, за рахунок моторних порушень. У цих дітей дуже низький рівень гігієни порожнини рота, більш високий індекс РМА [23].

За дослідженнями Вороніна П.А. (2007) у дітей з гастродуоденальною хворобою більш високі показники стоматологічних захворювань. Поширеність карієсу у таких дітей становить 98%, зміни слизової оболонки порожнини рота – 74%, поширеність захворювань пародонту – 100% [24].

Клітинська О.В. (2008), вивчивши особливості стану стоматологічного здоров'я у дітей з хронічним гастродуоденітом, у своїй роботі відзначила, що у обстежених дітей високі демінералізуючі властивості зубного нальоту, що в подальшому призводить до захворювання тканин пародонту [25].

Виразкова хвороба – це хронічне рецидивуюче захворювання, основним локальним проявом якого є виразковий дефект слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки. У структурі патології шлунково-кишкового тракту виразкова хвороба у дітей становить 5-6%, і в даний час зустрічається майже в 10 разів частіше, ніж на початку 90-х років. Інфекція *H. Pylori* визнана основним етіологічним чинником розвитку хронічної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки [26,27].

На підставі сучасних поглядів патогенез виразкової хвороби і хронічного запального процесу слизової оболонки верхнього відділу травного тракту зводиться до порушення ряду механізмів в регуляції діяльності шлунково-кишкового тракту з боку нервової системи та гастроінтестинальних гормонів. У здорової людини шлунковий сік не викликає перетравлення та пошкодження власної слизової оболонки. Це обумовлено біологічною рівновагою між факторами агресії і захисту. До факторів агресії відносять надлишкову продукцію соляної кислоти і пепсину, дуоденогастральний рефлюкс, порушення моторно-евакуаторної функції шлунка, інфекція *H. pylori.* Серед факторів захисту основними є механізм зворотного регуляції секреції соляної кислоти, нейтралізуюча здатність бікарбонатної лужності, зворотна дифузія іонів водню, шар захисного слизу, регенераторна здатність поверхневого шару слизової, місцевий кровообіг, секреція деяких простагландинів [12,13,27,28].

Різні функціональні або органічні зрушення призводять до порушення рівноваги між факторами агресії і факторами захисту слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та до запально-деструктивних процесів у слизовій, утворення виразкового дефекту [28,29,30]. У порожнині рота при виразковій хворобі підвищується температурна і тактильна чутливість, збільшується ступінь гідрофілії м'яких тканин. Характерне рясне обкладення, гіперемія і набряклість язика, наліт жовто-коричневого кольору, гіпертрофія грибоподібних і листоподібних сосочків, часто зустрічаються ділянки десквамації епітелію,

зустрічається так званий «волохатий» язик, катаральний стоматит і хронічний маргінальний гінгівіт [8,11,14,16,31,32].

Хронічний холецистит зазвичай проявляється у дітей старшого віку. У формуванні хронічної патології жовчовивідної системи особливе значення надається стійким функціональним розладам і аномаліям жовчного міхура, які сприяють холестазу. При порушеннях відтоку жовчі, зміні її колоїдного і бактерицидного стану, зміни імунологічного гомеостазу інфікування біліарної системи здійснюється за рахунок умовно-патогенної аутофлори з кишкового відділу травного тракту, хронічних вогнищ інфекції (карієс зубів, ЛОР-патологія та ін.). У порожнині рота у дітей з даною патологією спостерігається висока інтенсивність карієсу зубів, переважають декомпенсовані його форми і атипова локалізація каріозного процесу, уражаються карієсімунні зони, розвивається генералізований процес, що приводить до швидкого руйнування і раннього видалення постійних зубів. При стоматологічному обстеженні відмічається характерна висока частота гінгівіту і катарального стоматиту, відзначається складчастість і збільшення розмірів язика внаслідок стійкого набряку [8,9,16,17,32,33,34].

Хронічний панкреатит досить рідкісне захворювання у дітей. Найбільш значущу роль у його виникненні грають запально-деструктивні захворювання дванадцятипалої кишки, перенесені вірусні та бактеріальні захворювання, аліментарні причини, прояви харчової алергії, наявність хронічних вогнищ інфекції, зловживання алкоголем, токсикоманія. Важлива роль у виникненні та загостренні захворювань підшлункової залози відводиться інфекційним вогнищ в зубощелепної системи. Так, виявлено нейрогуморальної вплив хронічного апікального періодонтиту на стан шлунка і підшлункової залози. У порожнині рота під час огляду відмічається рясна салівація, сухість губ, ангулярний хейліт, висока інтенсивність карієсу зубів, переважають декомпенсовані та ускладнені його форми, атипова локалізація каріозного процесу. Діагноз хронічного панкреатиту ставиться на підставі даних загального і біохімічного аналізу крові, дуоденального зондування, ультразвукового та рентгенологічного дослідження підшлункової залози [17,32].

План лікувально-профілактичних заходів у хворих з гастродуоденальної патологією складається з урахуванням факторів ризику розвитку стоматологічних захворювань, а також з метою знизити ризик посилення перебігу основного захворювання внаслідок прогресування стоматологічної патології. У хворих з гастродуоденальної патологією часто спостерігається ураження слизової оболонки порожнини рота і ясен у вигляді гінгівітів і стоматитів, що вимагає адекватної гігієни порожнини рота з використанням зубних паст з фтором і антисептичними добавками [35].

Слід зазначити, що прийом антихолінергічних препаратів призводить до зниження кількості і, отже, якості слини, що підвищує ймовірність ризику розвитку карієсу, роблячи професійну профілактику досить значущою процедурою. Наявність у хворих з шлунково-кишковою патологією гастроезофагального рефлюксу може призвести до підвищення ризику розвитку ерозій емалі [20,36].

**Висновок.** Отже, доведений факт залежності стоматологічної патології та захворювань шлунково-кишкового тракту у численних наукових працях. Враховуючи значні зміни стоматологічного статусу, які виявляються у дітей з патологією шлунково-кишкового тракту та підлягають корекції, підтверджують обґрунтованість комплексної лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги з урахуванням процесів, що відбуваються в організмі і порожнини рота. Саме тому необхідно надавати висококваліфіковану, систематичну, цілеспрямовану стоматологічну допомогу з щорічною триразовою санацією порожнини рота і виділення дітей з патологією шлунково-кишкового тракту в окрему групу.

## Література


1. Tsimbalistov AV, Robakidze NS. Patofiziologicheskiye aspekty razvitiya sochetannoy patologii polosti rta i zheludochnokishechnogo trakta. Stomatologiya dlya vsekh. 2005;1:28-34. [in Russian].
2. Sheshukova OV, Padalka AI, Trufanova VP, Polishchuk TV, Mosienko AS. Osoblyvosti poshyrennya stomatolohichnoyi zakhvoryuvanosti u ditey iz patolohiyeyu orhaniv shlunkovo-kyshkovoho traktu. Ukrayins'kyy zhurnal medytsyny, biolohiyi ta sportu. 2016;1(1):107-9. [in Ukrainian].
3. Vorob'yeva AV. Osobennosti techeniya khronicheskogo gastroduodenita u detey (obzor literatury). Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoye izdaniye. 2016;1(8-2):229-34. [in Russian].
4. Avdeyeva TG, Ryabukhin YuV, Parmenova LP. Detskaya gastroenterologiya: rukovodstvo. Moskva: GEOTAR-Media; 2009. 192 s. [in Russian].
5. Anand BS, Graham DY. Ulcer and gastritis. Endoscopy. 1999;31(2):215-25.
6. Lankarani KB, Sivandzadeh GR, Hassanpour S. Oral manifestation in inflammatory bowel disease: a review. World J Gastroenterol. 2013;19:8571-9.
7. Benchimol EI, Fortinsky KJ, Gozdyra P, Van den Heuvel M, Van Limbergen J, Griffiths AM. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: a systematic review of international trends. Inflamm Bowel Dis. 2011;17:423-39.
8. Robakidze NS, Pikhur OL. Sostoyaniye tverdykh tkaney zubov patsiyentov s vospalitel'nymi zabolevaniyami kishechnika v raznykh vozrastnykh grupakh. Nauchnyye vedomosti. Ser.: Meditsina. Farmatsiya. 2015;16(213);31:266-71. [in Russian].
9. Jajam M, Bozzolo P, Niklander S. Oral manifestations of gastrointestinal disorders. J Clin Exp Dent. 2017 Oct;9(10):1242-8.
10. Makyeyeva NI, Kazanov VYa, Hubar SO, Chumak TO. Funktsional'ni ta orhanichni zakhvoryuvannya stravokhodu ta shlunka u ditey: metod. vkaz. dlya stud. Kharkiv: KHNMU; 2016. 32 s. [in Ukrainian].
11. Vinesh E, Masthan K, Kumar MS, Jeyapriya SM, Babu A, Thinakaran M. A Clinicopathologic Study of Oral Changes in Gastroesophageal Reflux Disease, Gastritis, and Ulcerative Colitis. J Contemp Dent Pract. 2016;17:943-7.
12. Safronova SV, Mel'nik VM. Kariyes zubov u detey s otyagoshchennym perinatal'nym periodom i kislotozavisimymy zabolevaniyami assotsiirovannymi s Helicobacter pylori. V: Petrova VY, redaktor. Materialy konf., Posvyashchennoy 75-letiyu Volgogradskiy gosudarstvennogo med. un-ta, 45-letiyu kafedry terapevticheskoy stomatologii i 40-letiyu kafedry ortopedicheskoy stomatologii. Aktual'nyye voprosy sovremennoy stomatologii; Volgograd: OOO «Blank»; 2010. 248 s. [in Russian].
13. Nazaryan RS, Karnaukh YeV. Risk-faktory v polosti rta u detey s kislotozavisimymy zabolevaniyami. Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal. 2012;4(73):112-4. [in Russian].
14. Pazheri F, Alkhouri N, Radhakrishnan K. Pyostomatitis vegetans as an oral manifestation of Crohn's disease in a pediatric patient. Inflamm Bowel Dis. 2010;16:2007.

15. Dikaya AV. Stomatologicheskiy status detey, stradayushchikh zabolevaniyami organov pishchevareniya [avtoreferat]. Moskva: GOU VPO «Moskovskiy gosudarstvennyy mediko-stomatologicheskiy universitet Roszdrava»; 2009. 151 s. [in Russian].
16. Muhvić-Urek M, Tomac-Stojmenović M, Mijandrušić-Sinčić B. Oral pathology in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2016;22:5655-67.
17. Bager P, Vinkel Hansen A, Wohlfahrt J, Melbye M. Helminth infection does not reduce risk for chronic inflammatory disease in a population-based cohort study. Gastroenterology. 2012 Jan;142(1):55-62.
18. Romanenko YeG. Kharakter i chastota izmeneniy v polosti rta u detey s khronicheskim gastroduodenitom. Zdorov'ye rebenka. 2012;1(36): 70-3. [in Russian].
19. Gorbacheva IA, Kirsanov AI, Orekhova LYu. Yedinstvo sistemnykh patogeneticheskikh mekhanizmov pri zabolevaniyakh vnutrennikh organov, assotsiirovannykh s generalizovanym parodontitom. Stomatologiya. 2004;3:6-11. [in Russian].
20. Ranjitkar S, Kaidonis JA, Smales RJ. Gastroesophageal reflux disease and tooth erosion. Int J Dent. 2012;2012:479850.
21. Kas'kova LF, Makovka IL, Levchenko NV. Vzaimosvyaz' pokazateley perekisnogo gomeostaza rotovoy zhidkosti s razvitiyem kariyesa u detey s khronicheskim gastroduodenitom. Arkhív klíníchnoĭ meditsini. 2004;1:32-4. [in Russian].
22. Klitins'ka OV, Mochalov YuO, Pupena NV. Osoblyvosti stomatolohichnoho statusu ditey iz khronichnoyu hastroduodenal'noyu patolohiyeyu (ohlyad literatury). Naukovo-praktychnyy zhurnal dlya pediatriv ta likariv Zahal'noyi praktyky – simeynoyi meditsini. 2014;1(23):53-9. [in Ukrainian].
23. Pursanov AYe. Primeneniye Polioksidoniya i tantum Verde v kompleksnom lechenii gingivita u detey s khronicheskim gastroduodenitom [avtoreferat]. N. Novgorod: Nizhegor. gos. med. akad.; 2008. 24 s. [in Russian].
24. Voronin PA. Vliyaniye zhevatel'noy rezinki na sostoyaniye polosti rta i eradikatsiyu Helicobacter pylori u detey 10-16 let, stradayushchikh gastroduodenal'noy patologiyey [avtoreferat]. Volgograd: Volgograd. gos. med. un-t fediral. agentstva po zdravookhraneniyu i sotsial'nomu razvitiyu; 2007. 23 s. [in Russian].
25. Klitynska OV. Osoblyvosti stanu ta korektsiyi stomatolohichnoho zdorovya ditey z khronichnymy formamy zakhvoryuvan' verkhn'oho viddilu travnoho kanalu [avtoreferat]. Kyyiv: Natsional'na medychna akademiya pislyadyplomnoyi osvity imeni P.L. Shupyka MOZ Ukrayiny; 2008. 18 s. [in Ukrainian].
26. Lepilin AV, Bulkina NV, Osadchuk MA. Sochetannyye zabolevaniya polosti rta i organov pishchevareniya. Saratov: Izd-vo SGMU; 2005. 156 s. [in Russian].
27. Osipova YuL. Techeniye vospalitel'nykh zabolevaniy parodonta u bol'nykh s khronicheskim gelikobakternym gastritom. Sovremennyye naukoyemnyye tekhnologii. 2007;5:36-7. [in Russian].
28. Solodovnik AG. Osobennosti motorno-tonicheskikh narusheniy zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki pri khronicheskom gastrite i gastroduodenite u podrostkov. Rossiyskiy zhurnal. Gastroenterologiya. Gematologiya. Koloproktologiya. 1998;8(5):228. [in Russian].
29. Belousov YuV. Gastroenterologiya detskogo vozrasta. Khar'kov; 2000. 528 s. [in Russian].
30. Mazurina AV, Tsvetkova LN. Aktual'nyye voprosy detskoy gastroenterologii. Pediatriya. 2000;5:10-4. [in Russian].
31. Utyanskaya YeV. Kliniko-fiziologicheskiye aspekty formirovaniya khronicheskogo kataral'nogo gingivita u detey [avtoreferat]. Arkhangel'sk: GOUVPO «Severnyy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet»; 2006. 24 s. [in Russian].
32. Boltunova YeA, Aslamova LV. Vzaimosvyaz' stomatologicheskikh zabolevaniy s obshchesomaticheskoy patologiyey u detey. Zabaykal'skiy meditsinskiy vesnik. 2001;3:56-9. [in Russian].
33. Amelina NV. Profilaktyka kariyesu zubiv i hinhivitu u ditey z porushennyam hepatobiliarnoy systemy [avtoreferat]. Odesa: DU«Instytut stomatolohiyi AMN Ukrayiny»; 2008. 20 s. [in Ukrainian].
34. Korniyenko LV. Stan stomatolohichnoho zdorovya u ditey z khronichnymy virusnymy hepatytamy ta shlyakhy korektsiyi [avtoreferat]. Kyyiv: Nats. med. akademiyi pislyadypl. osvity imeni P.L. Shupyka MOZ Ukrayiny, 2009. 20 s. [in Ukrainian].
35. Petrova AP, Suyetenkov DE. Kompleksnaya profilaktika kariyesa u detey s gastroduodenal'noy patologiyey. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 2011;1:216-9. [in Russian].
36. Safronova SV. Vliyaniye zhelchnykh kislot na sostoyaniye tverdykh tkaney zubov i slizistoy obolochki polosti rta u detey doshkol'nogo vozrosta s reflyuksnoy bolezn'yu [avtoreferat]. Moskva: GOU VPO «Volgogradskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet»; 2005. 18 s. [in Russian].

**ПРОЯВИ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПОРОЖНИНІ РОТА ДІТЕЙ**

**Поліщук Т. В.**

**Резюме.** В статті наведені дані літературних джерел, які висвітлюють питання актуальності проблеми проявів захворювань шлунково-кишкового тракту в порожнині рота дітей.

Проведено аналіз отриманих даних відносно впливу захворювань шлунково-кишкового тракту на формування стоматологічної патології в дитячому віці. В останні роки більшість закордонних та вітчизняних авторів спостерігають взаємозв'язок захворювань шлунково-кишкового тракту із захворюваннями твердих тканин зубів та пародонту. На підставі вивчених даних спеціалізованої літератури, досліджено залежність між ураженням слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонта та захворюваннями шлунково-кишкового тракту у дітей.

**Ключові слова:** діти, стоматологічна патологія, шлунково-кишковий тракт.

**ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ**

**Полищук Т. В.**

**Резюме.** В статье приведены данные литературных источников, освещающих вопросы актуальности проблемы проявлений заболеваний желудочно-кишечного тракта в полости рта детей.

Проведен анализ полученных данных относительно влияния заболеваний желудочно-кишечного тракта на формирование стоматологической патологии в детском возрасте. В последние годы большинство зарубежных и отечественных авторов наблюдают взаимосвязь заболеваний желудочно-кишечного тракта с заболеваниями твердых тканей зубов и пародонта. На основании изученных данных специализированной литературы, исследована зависимость между поражением слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта и заболеваниями желудочно-кишечного тракта у детей.

**Ключевые слова:** дети, стоматологическая патология, желудочно-кишечный тракт.

**DISEASES OF GASTROINTESTINAL TRACT IN ORAL CAVITY OF CHILDREN**

**Polishchuk T. V.**

**Abstract.** Diseases of digestive system organs present the most common in infancy and in structure of general diseases. Recently, in the structure of children's somatic morbidity rate such chronic diseases as gastroduodenitis, cholecystocholangitis, biliary dyskinesia and ulcerative disease of duodenum is increased.

Correlation of oral cavity diseases with different regions of gastrointestinal tract is accompanied with morphological and functional unity of digestive system and reflective link of oral mucosa, stomach, and intestine. It has been indicated that condition of hard tissues of teeth in patients is prone to intestinal disorders.

Chronic diseases of gastrointestinal tract (stomach, liver, pancreas) are accompanied with vitamins, minerals, carbohydrates, proteins deficiency which cause functional and organic disturbances in mucous membrane of oral cavity, development of inflammatory and dystrophic changes in oral cavity tissues, disturbances of chewable apparatus functions. The development of damages of gastrointestinal tract intensifies the severity of pathology of oral cavity organs. Everything above mentioned indicates the topicality of the given problem and requires further study.

The aim of the paper is to analyze data of correlation between diseases of oral cavity with diseases of different regions of gastrointestinal tract in order to determine further development of possible therapeutic measures which will prevent the development of damages of hard tissues of teeth and periodontal tissues in children.

The analysis of the received data concerning the influence of diseases of the gastrointestinal tract on the formation of dental pathology in childhood is carried out. Recently, most foreign and native authors, the relationship of diseases of the gastrointestinal tract with diseases of hard tissues of teeth and periodontal disease is observed. Based on studied data of literature, the dependence between damage of oral mucosa, periodontal tissues and diseases of gastrointestinal tract has been investigated.

So, dependence of dental pathology and diseases of gastrointestinal tract has been investigated in numerous articles. Considering significant changes of dental status, which are defined in children with pathology of gastrointestinal tract and are subordinated with correction, confirm the content of complex therapeutic and preventive dental aid considering the processes which occur in oral cavity.

So, it is necessary to give highly qualified, systemic, purposeful dental aid with annually three times sanitation of oral cavity and children's division with pathology of gastrointestinal tract in the single group.

**Key words:** children, dental pathology, gastrointestinal tract.

***Рецензент – проф. Ткаченко П. І.***

**Стаття надійшла 10.05.2019 року**

**DOI** 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-59-64

**УДК** 61:615.81-84:616-009.1-18:616.8-085.82-84:616.831.001.31-34

***[1]Секретний В. А., [2]Неханевич О. Б.***

## ПРОБЛЕМИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ РУХОВИХ РОЗЛАДІВ У ХОКЕЇСТІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

**[1]Державна установа «Український медичний центр спортивної медицини МОЗ України» (м. Київ)**

**[2]Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (м. Дніпро)**

**202@dsma.dp.ua**

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дана робота виконувалась у відповідності з планом науково-дослідної теми «Медико-педагогічне забезпечення фізичної реабілітації, спортивних та оздоровчих тренувань» (№ державної реєстрації 0116U004468, 2017-2021 рр.) кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

**Вступ.** Хокей з шайбою – це швидкісний вид спорту з високим ризиком зіткнення, який проводиться на закритій та твердій поверхні з швидкістю, що перевищує 50 км/год і швидкістю польоту шайби (вагою 170 грам) більше 160 км/год. Струс мозку – патофізіологічний каскад, що відбувається внаслідок травматичного впливу на тканини головного мозку (ГМ), що виникає внаслідок руху голови під час удару [1].

**Мета дослідження.** Оцінка світового досвіду при розробці програми діагностики та ранньої реабілітації рухових розладів у хокеїстів після черепно-мозкових травм.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для виконання поставленої мети було проведено аналіз літературних джерел у сучасних базах даних: Google Scholar, РІНЦ, Web of Science, PubMed, Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials. Глибина пошуку 12 років (з січня 2007 р. до квітня 2019 р.).

**Результати досліджень та їх обговорення.** В Національній хокейній лізі (НХЛ) та інших лігах є свої протоколи струсів для профілактики, діагностики та лікування [2]. Більше половини всіх гравців НХЛ пропускають щонайменше 1 гру за сезон через струс ГМ. Це становить 5,8-6,1 струсів ГМ на 100 матчів. Форварди отримують непропорційно більшу кількість струсів (65%), ніж захисники (32%) або воротарі (3%). Середній період відновлення становить 6 днів [3,4].

В період між 2006-2015 роками під егідою Міжнародної федерації з хокею з шайбою (IIHF) було проведено 169 турнірів Чемпіонатів світу та Олімпій-