

В. П. Труфанова

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ

Однією із ланок патогенезу запальних захворювань порожнини рота є мікрофлора зубної бляшки. Дисбактеріози та дисбіози посідають чинне місце у формуванні гострих і хронічних запальних процесів шлунково-кишкового тракту. Метою дослідження було клінічна оцінка ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей 6-12 років шляхом застосування традиційної терапії з використанням препарату «Декасан» та додаткового призначення пробіотику «БіоГая Продентіс» і полівітамінного препарату «Кідді Фарматон». Динаміка гігієнічних та пародонтальних індексів показала меншу частоту рецидивів ХКГ при використанні запропонованих препаратів.

Включення до схеми комплексного лікування ХКГ у дітей пробіотику та мультівітамінного препарату призводить до підвищення клінічної ефективності лікування та профілактики запальних захворювань пародонту, має тривалий протирецидивний ефект, не має побічних ефектів.

Ключові слова: діти, хронічний катаральний гінгівіт, пробіотики, вітаміни, лікування.

Робота є фрагментом НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів із основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», (№ державної реєстрації: 0116U004191).

Основи здоров'я людини в цілому та тканин порожнини рота зокрема закладаються в дитячому віці. Взаємодія причин формування патології та умов для їх реалізації особливо яскраво виражена у дітей. Особливе місце в структурі стоматологічної патології посідають захворювання слизової оболонки порожнини рота та тканин пародонту.

Запальні захворювання ясен зустрічаються у досить ранньому віці. Вже у п'ять років поширеність гінгівіту серед окремих груп дітей може досягати 30 - 40% [5] і навіть 77% серед населення із складним соціально-економічним рівнем.

За аналізом МОЗ України, наведеним у проєкті концепції реформування стоматологічної служби України, поширеність хронічного катарального гінгівіту серед дітей віком 12-15 років становить в середньому 70-80%, сягаючи в окремих регіонах 95-98%. [4].

Вважається, що гінгівіти у дітей та підлітків лікарі-стоматологи діагностують досить пізно, оскільки на ранніх стадіях захворювання діти не звертаються по допомогу через відсутність явних суб'єктивних відчуттів. Однак, раннє виявлення цього захворювання має важливе значення, тому що накладання несприятливих чинників із часом (неякісна гігієна порожнини рота, розвиток соматичної чи ортодонтичної патології та ін.) може призвести до розвитку хронічних форм пародонтиту [1].

На сьогодні вважається, що причиною запальних захворювань порожнини рота є мікрофлора зубної бляшки/зубного нальоту або, так звана, біоплівка. Дисбактеріози та дисбіози посідають чинне місце у формуванні гострих і хронічних запальних процесів респіраторної, шлунково-кишкової, серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату.

Порушення механізмів самоочищення органів порожнини рота сприяє утворенню великої кількості м'якого зубного нальоту. До погіршення самоочищення призводять такі фактори, як гіпосалівація або в'язка слина, травматична оклюзія, яка може розвиватися при скупченості зубів, аномаліях прикусу, ранньому видаленні тимчасових молярів, аномаліях прикріплення вуздечок, мілкому присінку порожнини рота; ліниве чи одностороннє жування та вживання м'якої їжі, порушення функції дихання, ковтання та інше, що супроводжується підвищенням мікробного навантаження і змінами у видових співвідношеннях мікрофлори порожнини рота.

Результати досліджень відзначають, що і затримка, і активний дисгармонійний статевий розвиток у підлітків може сприяти розвитку хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) [3].

Ортодонтичне лікування також є провокуючим фактором виникнення ХКГ. Наприклад, використання у дітей знімної та незнімної ортодонтичної апаратури супроводжується низьким рівнем гігієни порожнини рота та хронічним запаленням тканин пародонту. Є відомості про розвиток кандидозних форм гінгівіту (як окремих випадок дисбіозу) при лікуванні брекет-технікою [2].

Вище вказані фактори ризику хронічного гінгівіту та пародонтиту у дітей та підлітків можуть сприяти розвитку дисбіозу порожнини рота і шлунково-кишкового тракту. У той же час, розвиток дисбіозу в порожнині рота на фоні системних захворювань або у випадку, коли сам дисбіоз призводить до зміни локального імунітету, може бути сприятливим фактором розвитку хронічних форм гінгівіту.

Метою роботи було клінічно оцінити ефективність лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей 6-12 років шляхом застосування традиційної терапії з використанням препарату «Декасан» та додаткового призначення пробіотику «БіоГая Продентіс» («БіоГая АБ», Швеція) та полівітамінного препарату «Кідді Фарматон» («Boehringer Ingelheim», Швейцарія) для скорочення періоду загострення ХКГ та подовження періоду ремісії захворювання.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проведено за участю 26 осіб, віком 6-12 років, хворих на ХКГ в стадії загострення. Стан гігієни порожнини рота визначали за допомогою індексів Green-Vermillion (1964), Silness-Loe (1967). Ступінь та поширення запалення в тканинах пародонту визначали за допомогою індексу РМА (G.Parma, 1960), індексу гінгівіту Silness-Loe (1967), комплексного пародонтального індексу (КПІ, Леус П. А., 1987), індексу кровоточивості, проби Писарева-Шиллера. Вивчення ефективності лікування проводили шляхом порівняння тих же індексів між врівноваженими групами пацієнтів з хронічним катаральним гінгівітом, яким проводили стандартне місцеве лікування (1-ша група, 14 осіб) та 2-га група (12 осіб), у якій додатково призначали «БіоГая Продентіс» та «Кідді Фарматон». Зміни клінічних індексів визначали через 30 та 180±5 днів спостереження.

Перша група (14 осіб) – отримували традиційну терапію хронічного катарального гінгівіту, а саме: професійна гігієна порожнини рота, іригація теплим розчином хлоргексидину біглюконату 0,05%, аплікації з препаратом «Декасан» по 3-5 хвилин; навчання індивідуальній гігієні порожнини рота з використанням системи Colgate® Total Pro Здоров'я Ясен (зубна паста, зубна щітка та ополіскувач для порожнини рота) 2 рази на день протягом 14 днів.

Друга група (12 осіб) – одночасно із традиційною терапією хронічного катарального гінгівіту отримували додатково препарати «БіоГая Продентіс» 1 пастилку для розсмоктування. Рекомендується утриматися від прийому їжі і напоїв 2 години, та полівітамінний препарат «Кідді Фарматон» в дозі 5 мл один раз на день протягом 1 місяця.

Препарат БіоГая Продентіс - це комбінація двох штамів *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 і *Lactobacillus reuteri* ATCC PTA 5289 з активною дією в ротоглотці, які колонізують клітини епітелію, що вистилають весь шлунково-кишковий тракт починаючи з ротової порожнини. Ці штами сприяють зменшенню запалення слизової оболонки ротової порожнини, пригнічуючи прозапальний цитокін TNF-альфа та інтерлейкін ІІ-6, ІІ-8. Антимікробний механізм дії *L.reuteri* полягає в секретії натуральних інгібіторів росту широкого спектру патогенних мікроорганізмів реутеріна та рейтероцикліна, що властиві тільки даним мікроорганізмам.

Корекція адаптаційно – компенсаторних реакцій, порушених при ХКГ, повинна здійснюватися з урахуванням того, що харчування та специфічні харчові добавки адаптогенного характеру сприяють підтримці гомеостазу і мобілізують захисні сили організму при запаленні. Одним із шляхів профілактики порушень, що виникають у наслідок хронічного запалення в тканинах пародонту – є застосування вітамінів і мембранотропних речовин. Вільні радикали утворюються в організмі через дію забрудненого навколишнього середовища, захворювань та харчових факторів. Відомо, що антиоксидантний захист обмежує вільнорадикальне перекисне окислення біополімерів. Активні форми кисню інактивуються гістидином, метіоніном; у тканинах основними гасителями їх виступають токоферол, біофлавоноїди, аскорбінова кислота, відновлений глутатіон І2. Для природного регулювання процесів тканинного метаболізму в порожнині рота ми включили у лікувально–профілактичний комплекс вітамінний препарат «Кідді фарматон». «Кідді фарматон» (Швейцарія) – це комбінація найважливіших вітамінів, мікроелементів і амінокислоти L–лізин, яка є необхідною для мінералізації зубів та щелеп. До складу препарату входить кальцію гліцерофосфат, р-н 50%, 204 мг, що відповідає: кальцію 8,67 мг, фосфору 13,33 мг; тіаміну гідрохлориду (вітамін В1) 0,2 мг; рибофлавіну 5'–Na фосфату 2 H2O (вітамін В2) 0,23 мг; піридоксину гідрохлориду (вітамін В6) 0,4 мг; холекальциферолу (вітамін D3) 1 мкг (40 МО); D,L–токоферолу ацетату (вітамін Е) 1 мг; нікотинамідом (вітамін РР) 1,33 мг; D–пантенолу 0,67 мг; L–лізину гідрохлориду 20 мг. Діти на момент звернення до лікаря відмічали помірні неприємні відчуття у яснах, кровоточивість при чищенні зубів, неприємний запах із рота. Ці явища тривали протягом 1-3 місяців, раніш лікування не проводилося. При об'єктивному обстеженні: ясенний край і міжзубні сосочки гіперемовані, із ціанотичним відтінком, набряклі, кровоточать при доторканні в ділянці зубоясенної борозенки. Гігієнічний стан у 86% випадків був незадовільний, пародонтологічні індекси вказували на наявність хронічного запалення (Таблиця 1).

Після закінчення курсу комплексного лікування і ліквідації клінічних проявів захворювання скарги у всіх дітей були відсутні. Ясна набули блідо-рожевого кольору, щільно-еластичної консистенції, не кровоточили при зондуванні в ділянці зубоясенної борозенки.

Гігієнічний стан порожнини рота пацієнтів задовільний, відмічали значне зменшення пародонтологічних індексів.

Таблиця 1

Індексна оцінка гігієни порожнини рота та стану тканин пародонту в динаміці лікування ХГКГ (M±m)

Період обстеження	Перша група			
	до лікування	14±5	30±5	180±5
Green-Vermillion	1,7±0,12	0,23±0,07	0,22±0,08*	1,29±0,07**
	1,6±0,11	0,23±0,56	0,28±0,56	0,23±0,56
Silness-Loe	1,37±0,06	0,22±0,08	0,28±0,56	1,33±0,08**
	1,31±0,06	0,19±0,05	0,22±0,08	0,23±0,05
Індекс РМА %	23,26	6,8	15,3	23,33**
	23,01	5,75	6,0	8,23
Індекс КПП	1,68±0,07	0,33±0,08	0,35±0,08	1,67±0,08**
	1,63±0,05	0,28±0,09	0,30±0,09	0,33±0,08
Індекс кровоточивості	1,47±0,13	0	1,23±0,09*	1,45±0,13**
	1,30±0,06	0	0	0
Проба Шиллера-Писарева	1,67±0,08	0,22±0,02	0,33±0,56 *	1,27±0,56**
	1,59±0,08	0,22±0,08	0,22±0,08	0,25±0,08

Примітка *- відмінності вірогідні в однорідних групах до та після лікування, ** - відмінності вірогідні між групами порівняння.

Так, через 30 днів після проведення курсу лікування у дітей як основної так і контрольної груп значно знизилась показники гігієнічних індексів Green-Vermillion, Silness-Loe в порівнянні із станом гігієни порожнини рота до лікування. Індeksi запалення ясен РМА, КПП, проба Писарева-Шиллера свідчили про зменшення інтенсивності запалення в основній групі. В основній групі, на відміну від контрольної групи, через тридцять днів кровоточивість ясен не визначалась (0 балів та 1,23±0,09 відповідно). Через 180 днів спостереження у дітей основної групи гігієнічні індекси майже не відрізнялися, в контрольній групі повернулися до показників, що були визначені до лікування. Пародонтальні індекси були значно нижчими в порівнянні із контрольною групою. Так, індекс РМА в основній групі складав 8,23%, а в контрольній групі 23,33%; індекс КПП 0,33±0,08 та 1,67±0,08 балів відповідно. Індекс кровоточивості в основній групі був негативним, а в контрольній групі склав 1,45±0,13. На нашу думку це свідчить про несталі навички чищення зубів у дітей і, ймовірно, з тим що запропоновані засоби гігієни через 180 днів застосування закінчилися. Динаміка індексів показала меншу частоту рецидивів ХГКГ при використанні запропонованих препаратів. Ми вважаємо, що введення до комплексу лікування ХГКГ пробіотику БіоГая ПроДентіс нормалізує мікробіоциноз порожнини рота за рахунок антагоністичного витіснення патогенної мікрофлори.

Кідді Фарматон містить низькомолекулярний антиоксидант вітамін Е, який є головним жиророзчинним антиоксидантом в організмі, необхідним для захисту мембранних ліпідів від ушкодження вільними радикалами та їх перекисного окислення, укріплює стінки судин, бере участь у формуванні міжклітинного матриксу, колагенових та еластичних волокон сполучної тканини, гладких м'язів судин. Вітамін D регулює процеси засвоєння кальцію та фосфору, тобто відіграє важливу роль в нормальному дозріванні зубів та щелеп. Вітамін В6 разом із вітаміном В2 необхідний для синтезу глутатіону – головного ендogenous антиоксиданту організму. Кальцій і фосфор беруть участь в процесах формування та дозрівання зубів і кісток. Амінокислота лізин необхідна для нормального формування скелету і росту дітей, бере участь у формуванні колагену і відновленні тканин. Ці компоненти препарату сприяють підвищенню ефективності лікування та подовжують період ремісії.

Висновок

Включення до схеми комплексного лікування ХГКГ у дітей пробіотику та мультивітамінного препарату призводить до підвищення клінічної ефективності лікування та профілактики запальних захворювань пародонту, має тривалий протирецидивний ефект, не має побічних ефектів.

Перспективи подальших досліджень доцільно розглянути ефективність комбінації пробіотику та мультивітамінного препарату при лікуванні запальних захворюваннях СОПР.

Список літератури

1. Bezvushko E. V. Poshyrenist hinhivitiv u ditei Lvivskoi oblasti / E.V. Bezvushko, N.L. Chukhrai, O.O. Mashkarynets // Materialy nauk. - prakt. konferentsii z miznarodnoiu uchastiu – Kharkiv, - 2007. – S. 15-66.
2. Kalinichenko Yu. A. Vzaiemoviazok ta vzaiemovplyv stomatolohichnoho ta somatychnoho zdorovia ditei ta pidlitkiv yak suchasna medyko-sotsialna problema / Yu.A.Kalinichenko, T.A. Sirotchenko // Zdorove rebenka. – 2010. – T.3, No.24.
3. Kryilova T. L. Prichinno-sledstvennyie svyazi razvitiya gingivita gribkovoy etiologii pri lechenii breket-tehnikoy / T. L. Krilova, A. L. Morozov, L. M. Inshekova // Problemi ekologii i ta meditsini. – 2011. – T.15, No.3-4 (dodatok 1). –100 s.
4. Savychuk O. V. Suchasni osoblyvosti stanu tkanyn parodontu u ditei / O. V. Savychuk, O. O. Tymofieieva, L. O. Khomenko // Liky Ukrainy. – 2010. – No. 3 (12).
5. Stensson M. Oral health in pre-school children with asthma--followed from 3 to 6 years / M. Stensson, L.K. Wendt, G. Koch et al. // Int J Paediatr Dent. – 2010. – Vol. 20, N 3. – P. 165-172.

Реферати

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ

Труфанова В. П.

Одним из звеньев патогенеза воспалительных заболеваний полости рта является микрофлора зубной. Дисбактериозы и дисбиозы занимают основное место в формировании острых и хронических воспалительных процессов желудочно-кишечного тракта. Целью исследования была клиническая оценка эффективности лечения хронического катарального гингивита у детей 6-12 лет путем применения традиционной терапии с использованием препарата «Декасан» и дополнительного назначения пробиотика «БиоГая Продентис» и поливитаминного препарата «Кидди Фарматон». Динамика гигиенических и пародонтальных индексов показала меньшую частоту рецидивов ХКГ при использовании предложенных препаратов. Включение в схему комплексного лечения ХКГ у детей пробиотика и мультивитаминного препарата приводит к повышению клинической эффективности лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта, имеет длительный протирецедивный эффект, не имеет побочных эффектов.

Ключевые слова: дети, хронический катаральный гингивит, пробиотики, витамины, лечение.

Стаття надійшла 18.04.2017 р.

A METHOD OF TREATING CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN

Trufanova V. P.

The inflammatory periodontal disease is predominantly a bacterial infection involving the dental biofilm or dental plaque. Dysbiosis or dysbacteriosis is most commonly reported to be associated with acute or chronic diseases of gastrointestinal tract. The aim of the study was to assess the chronic catarrhal gingivitis management with traditional approach to treatment using "Dekasan" agent and new approach of treatment using probiotic "BioGaia ProDentis" and multivitamin preparations "Kiddi Pharmaton". The positive side shift in hygiene and periodontal indices showed a lower recurrence rate of HKN. The new scheme of HKN management and prevention with probiotic and multivitamin is more effective than traditional one.

Key words: children, chronic catarrhal gingivitis, probiotics, vitamins, treatment.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 316.472.3:008.12-055.1:(477)

М. М. Шинкарук-Лисовицька, О. О. Коцюра

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

ВІДМІННОСТІ ЛІНІЙНИХ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИХ РОЗМІРІВ ВЕЛИКИХ КУТНИХ ЗУБІВ ТА ЇХ КОРЕНІВ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ РІЗНИХ КРАНІОТИПІВ

В ході дослідження виявлено загальноновидові закономірності анатомічної організації великих кутніх зубів у представників різних краніотипів, які підтверджуються комплексом встановлених відмінностей одонтометричних комп'ютерно-томографічних показників, зумовлених впливом конституціонально-типологічних характеристик досліджуваних. У напрямку доліхоцефали-мезоцефали-брахіцефали-гіпербрахіцефали відмічається збільшення лінійних комп'ютерно-томографічних розмірів великих кутніх зубів (виключно поперечних) та їх коренів. Не встановлено жодних краніотипологічних відмінностей за вертикальними розмірами коронки зуба. Між мезоцефалами та гіпер- і брахіцефалами не виявлено відмінностей як вертикальних, так і поперечних лінійних комп'ютерно-томографічних розмірів великих кутніх зубів та їх коренів.

Ключові слова: великі кутні зуби, комп'ютерна томографія, практично здорові чоловіки, краніотип.

Публікація є фрагментом НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування застосування нових методів профілактики, діагностики, лікування дітей та підлітків із аномаліями зубощелепної системи та ускладненнями карієсу» (№ державної реєстрації: 0115U007010).

Встановлення розмірних закономірностей і особливостей анатомічної організації органів ротової порожнини у представників різних краніотипів з метою обґрунтування факторів ризику виникнення дентопатологій є однією з актуальних проблем клінічної анатомії, стоматології та ортодонції. В даний час в доступній літературі [12, 13] накопичені ґрунтовні відомості в галузі функціональної морфології зубощелепного апарату, етіології, патогенезу і методах лікування