

Н.А. Вичалковська

СТАН БІОЦЕНОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ НА ТЛІ ДЦП ПІД ВПЛИВОМ ФІЗІОФАРМАКОТЕРАПІЇ В ДИНАМІЦІ

*Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського
кафедра дитячої стоматології
(зав. – к. мед. н., доц. К.О. Колесник)*

Ключові слова: діти, хронічний катаральний гінгівіт
Key words: children, chronic catarrhal gingivitis

Резюме. *Изучали активность уреазы и пародонтальные индексы, которые нормализовались под действием разработанных способов лечения. Наиболее существенные изменения отмечены при использовании комплекса, в состав которого входят БРС, ДВУС и кальцемин.*
Summary. *Urease activity and parodontal indices, which normalized under the influence of the developed modes of treatment, were studied. The most essential changes when using complex with BVS, FCS and calcemin were noted.*

Захворювання пародонта є однією з актуальних проблем сучасної дитячої стоматології, що пов'язане із високим рівнем її розповсюдженості [1, 3, 4]. Згідно з даними ВООЗ, вісімдесят відсотків обстежених у віці від 10 до 20 років мають зміни в тканинах пародонта. В Україні поширеність захворювань пародонту у дітей сягає 60-90% [10]. Висока захворюваність, прогресуючий характер перебігу запальних процесів тканин пародонта, недостатня ефективність лікування роблять цю проблему соціальною та загальномедичною. Найчастіше ураження пародонта в дитячому та підлітковому віці діагностуються на тлі загальносоматичної патології [8, 9]. Згідно з даними ВООЗ, десять із ста новонароджених дітей мають різні за ступенем тяжкості неврологічні вади, які надалі призводять до стійкої інвалідації [2]. В Україні перше місце серед дітей-інвалідів займають хворі з органічними ураженнями нервової системи (47,9%), а серед нозологічних форм превалює ДЦП [5, 11]. Актуальність даного дослідження зумовлена поширеністю дитячого церебрального паралічу в популяції і хвороб кістково-м'язової системи у дітей і підлітків. В Україні частота ДЦП, в середньому, складає 2,7 випадка, а в різних регіонах країни коливається від 2,3 до 2,8 на 1000 дитячого населення, причому ці показники не мають тенденції до зниження. Необхідно відзначити, що спастичні форми ДЦП значно переважають над іншими і складають 84,5% [6, 7].

Недостатність функцій жування та ковтання, зумовлена ураженням кісткової та м'язової тканин у дітей з ДЦП, незадовільна гігієна порожнини рота внаслідок гіперкінезу кінцівок або інтелектуальної недостатності є факторами ризику

для розвитку основних захворювань у порожнині рота.

Стоматологічні аспекти клініки та лікування при ДЦП представлені поодинокими роботами, що залишають низку невирішених питань, і це свідчить про необхідність пошуку нових методик та підходів до засобів лікування стоматологічної патології у даного контингенту дітей. Тому подальше вивчення стоматологічного здоров'я дітей із ДЦП, а також розробка і апробація науково обґрунтованих лікувально-профілактичних заходів визначають актуальність даного дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Було обстежено 259 дітей з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом у віці від 7 до 14 років. Всім дітям проводили загальне санаторно-курортне лікування, яке полягало у призначенні аеротерапії, геліотерапії, таласотерапії, масажу і лікувальної фізкультури. Всі діти були розподілені на основні групи (всього 177 дітей) і групи порівняння (82 дитини). Окрім загального санаторно-курортного лікування, в групах порівняння проводили базове лікування ГХКГ, яке полягало в знятті зубних відкладень, іригації ясен протизапальними засобами, після чого з лікувально-профілактичною метою призначали протизапальний зубний еліксир "Лізоформуід".

Дітям основних груп після базової терапії ГХКГ застосовували три різні методи лікування. Перший метод лікування полягав у призначенні БРС (біорезонансна вібростимуляція), яку проводили апаратом БРС-2М у модифікації МЛ-ІФК. Для цього застосовували насадку № 3, режим 1 (мінімальний рівень інтенсивності повітряного потоку на виході біорезонансного вібратора). Тривалість дії однієї процедури 6-8 хвилин, а кожна позиція – 10-30 секунд. Починаючи з 3-4

процедури, поступово збільшували силу (режим 3 – максимальний) і час дії (до 10 хвилин). Курс лікування складав 10 процедур.

При другому методі лікування окрім БРС застосовували в порожнині рота волокнистий вуглеводневий сорбент (ДВУС), що диспергував, у вигляді пов'язки на запалені ділянки ясен, який є зваженою в 0,2% розчині сульфату цинку стерильною дисперсією з активованих вуглецевих мікрОВОЛОКОН діаметром 7-8 мк і довжиною 3-6 мм. ДВУС розроблений і рекомендований до вживання в стоматології Інститутом експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Е.Кавецького НАН України. Він створений на основі унікальної за фізико-хімічними і медико-біологічними властивостями активованої вуглецевої тканини.

При лікуванні третім методом окрім БРС і ДВУС діти отримували всередину комплексний остеотропний препарат “Кальцемін”, спеціально рекомендований для дітей. Окрім кальцію, цей препарат містить вітамін Д3-кальцитріол, а також ряд мікроелементів у найлегше засвоюваній формі, що робить його найбільш ефективним у період активного росту дітей.

Препарат “Кальцемін” призначали всередину по 1-2 пігулки двічі в день вранці і увечері після їжі протягом всього періоду санаторно-курортного лікування дитини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відомо, що міра обсіменіння ротової порожнини патогенною і умовно патогенною мікрофлорою є неодмінною умовою для розвитку запалення в ротовій порожнині, у тому числі і в тканинах пародонта, визначається рівнем активності такого ферменту ротової рідини, як уреаза. Результати дослідження активності уреазу в ротовій рідині у дітей з ГХКГ на тлі порушення різного ступеня неврологічного статусу при ДЦП в динаміці після вживання розроблених нами методів лікування надані на рисунку 1. При дослідженні активності уреазу в ротовій рідині дітей з ГХКГ на тлі ДЦП встановлено, що вона підвищена в 4 – 6 разів у порівнянні з цим же показником у здорових дітей ($p < 0,05$). Вживання в основній групі дітей з першим ступенем тяжкості ДЦП розроблених нами методів лікування достовірно знижує показники уреазу ($p < 0,05$).

мккат/л

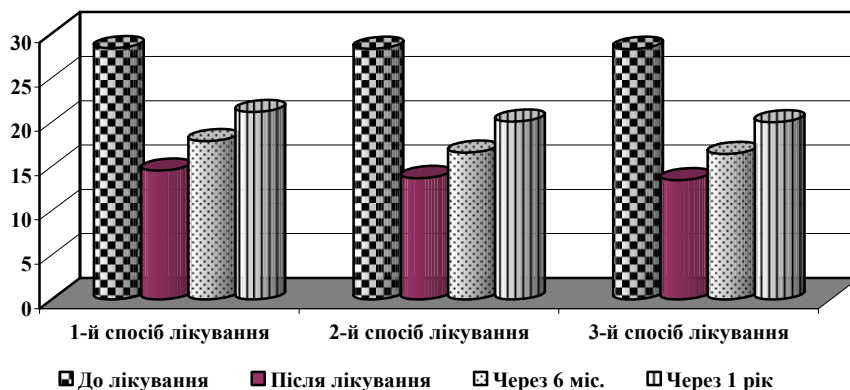


Рис. 1. Динаміка зміни рівня уреазу ротової рідини залежно від способу лікування у дітей з легким ступенем тяжкості ДЦП

У групі порівняння вживання зубного еліксиру сприяло деякому зниженню активності уреазу в ротовій рідині у цих дітей, але при цьому на всіх етапах дослідження вона зберігалась на достовірно високому рівні в порівнянні із значеннями у здорових дітей ($p < 0,05$).

Ефективніше знижували активність уреазу в

ротовій рідині у дітей з ДГ і СД розроблені нами комбіновані методи лікування, які окрім БРС включали сорбент і остеотропний препарат. Проте при лікуванні цих дітей лише БРС встановлено незначне зменшення активності уреазу в ротовій рідині, яке зберігалось протягом 6 місяців (рис. 2).

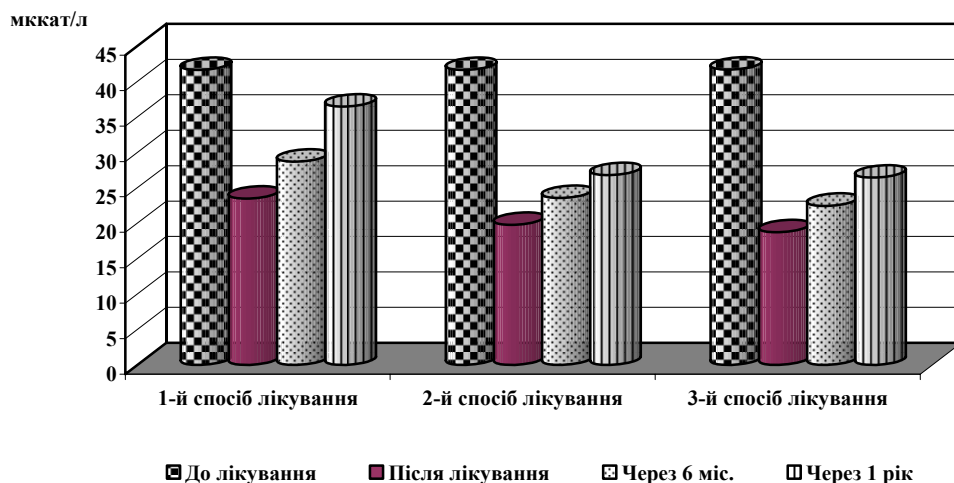


Рис. 2. Динаміка зміни рівня уреазі ротової рідини залежно від способу лікування у дітей з ДГ (II ступінь тяжкості ДЦП)

Але це підвищення носило нетривалий характер, і вже через рік в основній групі дітей з ДГ і СД активність уреазі підвищилася практично до вихідного рівня, тобто була достовірно вище, ніж у здорових дітей ($p < 0,05$) (рис.3).

Таким чином, проведення лікувальних заходів за допомогою розроблених нами методів перешкоджає розвитку патогенної мікрофлори в

порожнині рота, про що свідчать низькі показники активності уреазі в ротовій рідині всіх обстежуваних дітей при лікуванні ГХКГ на тлі ДЦП. У той же час спостереження свідчать, що для здобуття стабільного результату край необхідно враховувати ступінь порушення неврологічного статусу при виборі методу лікування.

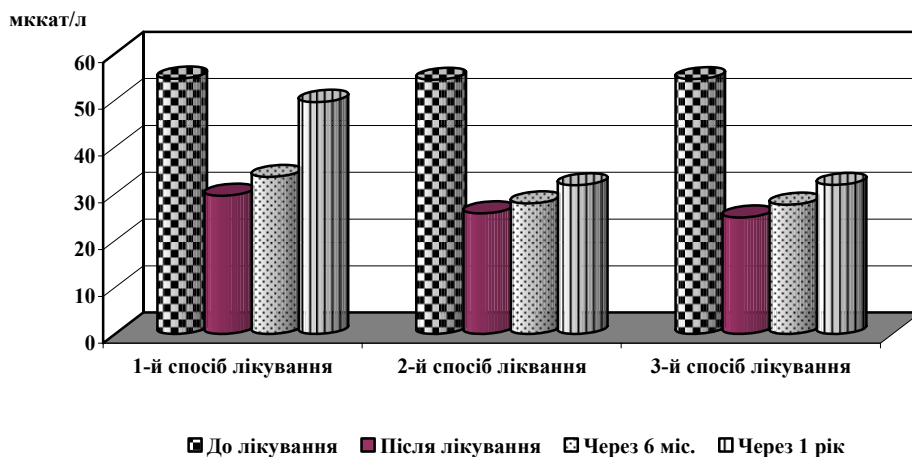


Рис. 3. Динаміка зміни рівня уреазі ротової рідини залежно від способу лікування у дітей з СД (III ступінь тяжкості ДЦП)

У дітей у віці 7-8 років з першим ступенем тяжкості неврологічного статусу протягом одного року спостережень показник РМА знизився більш ніж на 30%. Причому такий результат встановлений при лікуванні лише методом БРС. Така ж тенденція встановлена і в інших вікових

групах цих дітей: у 9-11 і в 12-14 років – індекс РМА знизився на 38% – 41% залежно від вибраного методу лікування (БРС або БРС у поєднанні з "ДВУС" і "Кальцеміном"). Зміни показників індексу, що вивчається, у дітей з ГХКГ і другим ступенем тяжкості ДЦП були дещо ін-

шими. Так, у віці 7-8 років індекс РМА при лікуванні методом БРС знизився всього лише на 10% і на 25% – 27,5% при лікуванні іншими способами.

У дітей 9-11 років значення індексу залежно від способу лікування знизилося від 10% до 26%. Подібні зміни показників РМА відмічені і у дітей

у віці 12-14 років. Так, залежно від способу лікування вони знижували індекс від 9% до 26%. При цьому звертає на себе увагу той факт, що при лікуванні методом БРС зниження показників індексу РМА мало лише тенденцію до нормалізації у всіх вікових групах ($p > 0,05$) (рис. 4).

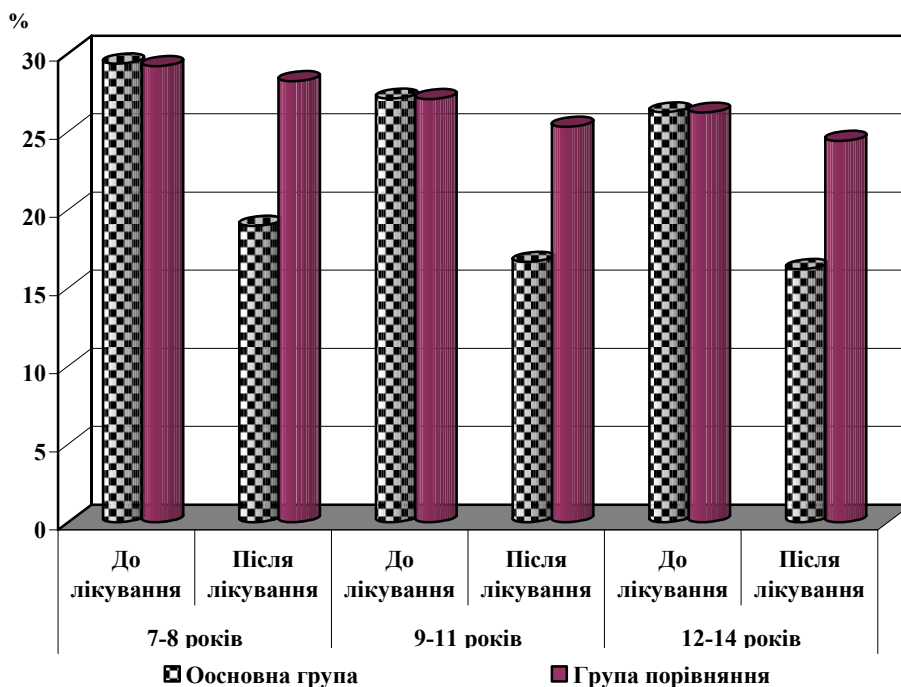


Рис. 4. Динаміка зміни показників індексу РМА у дітей з легким ступенем тяжкості ДЦП

Стабільне зниження даного індексу встановлене і у дітей з ГХКГ і третьою мірою тягаря неврологічного статусу. Проте зміни показників цього індексу істотно відрізняються від таких у дітей з легшими клінічними проявами основного захворювання – ДЦП.

Так, у віці 7-8 років цифрові дані індексу РМА знизилися на – 11%, 18% і 20% залежно від способу лікування, а в 9-11 і 12-14 років вони зменшилися в середньому на 20% – 44%. Таке істотне зниження індексу РМА у дітей з найтяжчим неврологічним статусом можна пояснити, на наш погляд, високими вихідними значеннями. При цьому достовірні відмінності

отриманих даних в основних групах від груп порівняння спостерігалися і через рік.

Але в той же час у групах порівняння зміни показників індексу, що вивчається, були недостовірні за весь період спостережень ($p > 0,05$) (рис. 5).

Таким чином, отримані результати зниження цифрових значень індексу РМА у дітей 7 – 14 років з ГХКГ і різним ступенем тяжкості неврологічного статусу свідчать про досить високий протизапальний ефект розроблених способів лікування. При цьому слід зазначити, що результат терапії ГХКГ безпосередньо залежить від тяжкості основного захворювання – ДЦП.

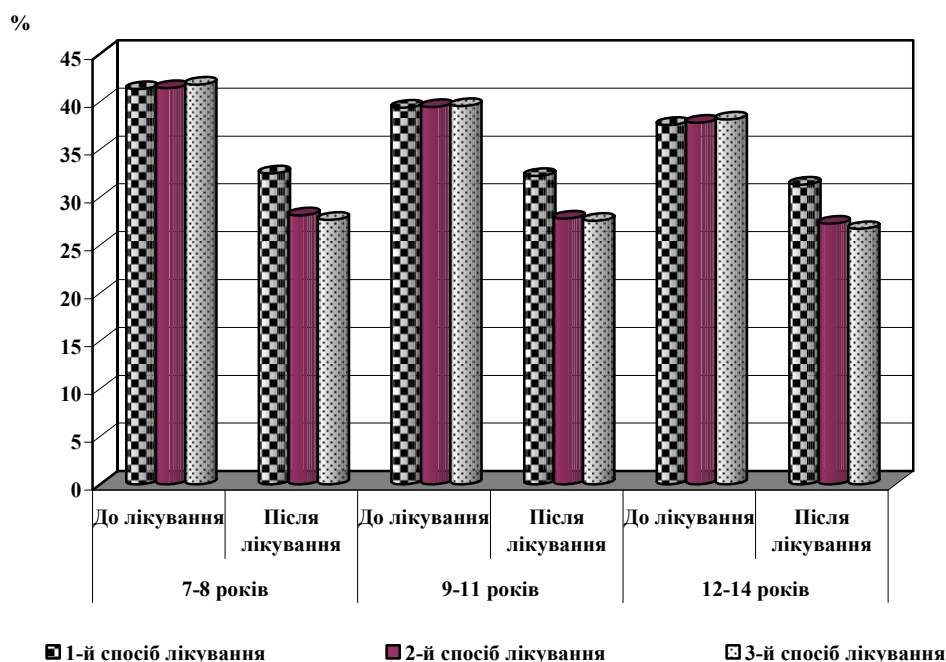


Рис. 5. Динаміка зміни показників індексу РМА у дітей з ДГ (II ступінь тяжкості ДЦП)

Тому при лікуванні дітей з першим ступенем тяжкості неврологічного статусу достатньо використання методу БРС у всіх вікових групах. Проте у дітей з другим і третім ступенем ДЦП метод БРС необхідно застосовувати лише в ком-

плексі з ДВУС і “Кальцеїном”. Причому проти- запальний ефект, отриманий після лікування дітей з найтяжчим ступенем ДЦП, не залежить від віку дитини, а лише від вибраного способу лікування.

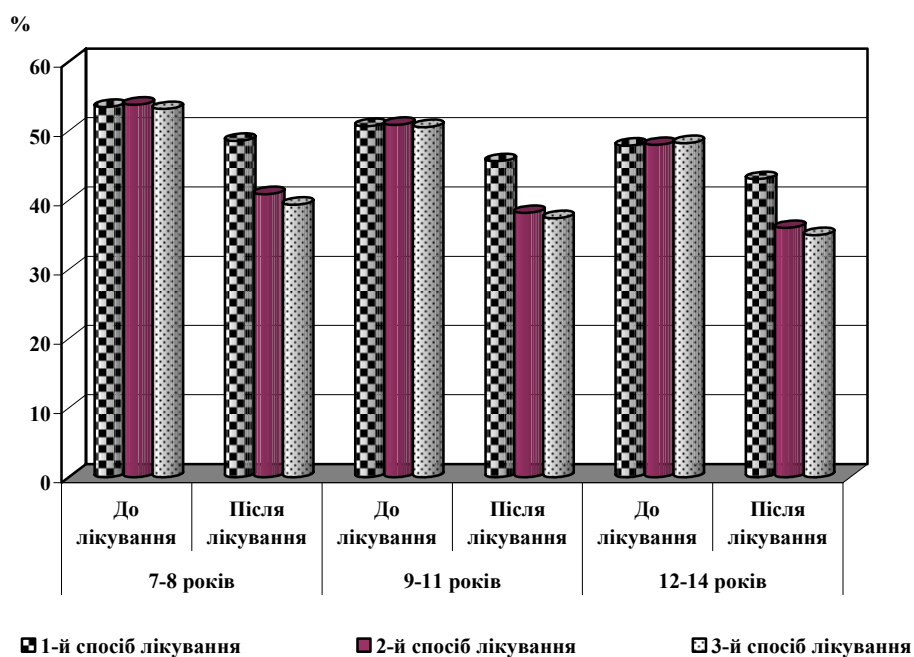


Рис. 6. Динаміка зміни показників індексу РМА у дітей з ДГ (III ступінь тяжкості ДЦП)

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аболмасов Н.Н. Профилактика и лечение заболеваний пародонта – необходим системный подход / Н.Н. Аболмасов, В.Р. Шашмурина, И.А. Адаева // Рос. стоматол. журнал-2002.-№1.-С. 41-42.
2. Белоклицкая Г.Ф. Клинические методы обследования больных с заболеваниями тканей пародонта / Г.Ф. Белоклицкая // Дентальные технологии. – 2003.- №5 (13). – С.15-18.
3. Васина С.А. Стоматологическая заболеваемость среди школьников в различных административных округах г.Москвы / А.В. Цимбалистов, Н.С. Робакидзе // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2001. – № 1. – С. 9-13.
4. Виноградова Т.Ф. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, Э.М. Мельниченко - М.: Медицина, 1983.-208 с.
5. Каладзе Н.Н. Факторы риска нарушения структурно-функционального состояния костной ткани у детей, больных детским церебральным параличом / Н.Н. Каладзе, А.В. Чумак. // Таврический медико-биологический вестник. – 2006. – Т.9, №2. – С.53-61.
6. Корчагина В.В. Состояние полости рта у детей с пороками ЦНС и опорно-двигательного аппарата врожденного и наследственного характера (ДЦП, спинномозговыми грыжами, миопатиями) / В.В. Корчагина, С.В. Дьякова, Е.Т. Лильин //Стоматология. - 1996.- №6.-С.39-44.
7. Лобода В.Ф. Роль перинатальных факторов у винекненні уражень нервової системи у новонароджених / В.Ф. Лобода, Г.А. Павлишин, М.Н.Свірська // Укр. вісник психоневрології. – 1995. – Т.317, №3. – С. 106 – 107.
8. Петрушанко Т.О. Епідеміологія захворювань пародонту у осіб молодого віку // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т. 3, № 2. – С. 204-207.
9. Плужникова М.М. Изучение взаимосвязи воспалительных заболеваний пародонта и основных показателей качества жизни человека: автореф. дис. на соискание учен. степени ... канд. мед. наук: 14.00.21. С.-Петербург, гос. мед. ун-т им. И.Н.Павлова / М.М. Плужникова. – СПб., 2002. – 17с.
10. Стан імунітету при гінгівіті у дітей, які мають захворювання органів травлення / Л.О. Хоменко, І.М. Голубєва, М.М. Васюкова [та ін.] // Новини стоматології. – 2008. – № 1. – С.96-98.
11. Ткаченко С.К. Вплив перинатальної патології на розвиток плода та новонародженого / С.К. Ткаченко. – К.: Здоров'я, 1997. – С. 190 -195.

