

Лікування хронічного катарального гінгівіту залежно від характеру пародонтопатогенної мікрофлори та стану щільності кісткової тканини міжзубних перетинок у дітей

Treatment of Chronic Catarrhal Gingivitis Depending on the Periodontal Microflora Type and Interdental Bone Density in Children

Савичук О.В.¹, д.мед.н., проф.,
Опанасенко О.О.¹, к.мед.н., ас.,
Вовченко Л.О.¹, к.мед.н., ас.,
Шульга Т.І.², лікар-стоматолог вищої
категорії

¹Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця

²Стоматологічний медичний центр
Національного медичного університету
ім. О.О. Богомольця

Savichuk O.V.¹, Opranashenko O.O.¹,
Vovchenko L.O.¹, Shulga T.I.²

¹O.O. Bogomolets National Medical University

²Dental Medical Center of O.O. Bogomolets
National Medical University

Адреса для кореспонденції:

Савичук Олександр Васильович

e-mail: oleksandr.savychuk@gmail.com

Мета: Створення комплексу профілактичних заходів та лікування дітей, що передбачають диференційований підхід залежно від ступеня тяжкості хронічного генералізованого катарального гінгівіту (ХГКГ), активності пародонтопатогенних бактерій та аналізу стану альвеолярної кістки з визначенням відносної щільності. **Методи:** Обстеження та лікування 96 дітей 12-15 років з ХГКГ різного ступеня тяжкості, мікробіологічні дослідження вмісту над'ясенного та під'ясенного зубного нальоту дітей з ХГКГ, оцінка щільності альвеолярної кістки міжзубних перетинок у ділянці верхівки та на рівні середини довжини кореня зуба у обстежених дітей з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом, та у дітей такого ж віку без ознак клінічних проявів останнього. **Результати:** Виявили особливості клінічного перебігу та характер пародонтопатогенної мікрофлори у дітей 12- та 15-річного віку залежно від ступеня тяжкості ХГКГ. Оцінили щільність альвеолярної кістки міжзубних перетинок у дітей з ХГКГ та у дітей без клінічних ознак цього захворювання, розробили нові схеми лікування відповідно до індивідуального перебігу. **Висновки:** Запровадження лікувально-профілактичних схем, що враховують індивідуальні чинники ризику розвитку ХГКГ, сприяє підвищенню їх клінічної ефективності.

Ключові слова: діти, хронічний генералізований катаральний гінгівіт, пародонтопатогенні бактерії, щільність кістки альвеолярного відростка, лікування.

Purpose: To create a differentiated preventive and treatment approach for children with chronic generalized catarrhal gingivitis (CGCG) according to the severity CGCG, activity of periodontal bacteria and analysis of alveolar bone density. **Methods:** 96 children (12-15 y.o.) with different severity of CGCG was examined and treated. Microbiological evaluation of dental plaque, evaluation of interdental alveolar bone density was conducted in children with and without CGCG. **Results:** There were founded clinical features and character of periodontal microflora in children 12 and 15 y.o., depending on the severity of CGCG. Interdental alveolar bone density in children with and without clinical signs of the CGCG was evaluated. New treatment protocol based on individual progress was created. **Conclusions:** The implementation of health care protocols that take into account individual risk factors of CGCG, improves their clinical effectiveness.

Key words: children, chronic generalized catarrhal gingivitis, periodontal bacteria, alveolar bone density, treatment.

ВСТУП

Дослідження, проведені вітчизняними та іноземними дослідниками, свідчать про значну поширеність з тенденцією до зростання частки захворювань тканин пародонта у структурі стоматологічних захворювань дитячого населення. Серед

запальних захворювань пародонта в дитячому віці домінує хронічний катаральний гінгівіт, поширеність якого досягає 90% серед усіх форм гінгівіту. Результати досліджень представників стоматологічних наукових шкіл України підтверджують дані ВООЗ стосовно високого рівня захворюваності на

гінгівіт серед підлітків з 10–12 років до 15–17-річного віку [1–6]. Екологічні чинники, забруднення довкілля, зростання соматичної захворюваності, соціальних та поведінкових факторів ризику є підґрунтям для виникнення та подальшого прогресування уражень тканин пародонта ще у дитячому віці.

Особливо високою є частка чинників ризику у підлітковому віці, що обумовлене змінами в організмі дитини у період статевого дозрівання та імовірністю нейрогуморальних порушень і змінами альвеолярної кістки. Важливим чинником, що визначає імовірність розвитку ХГКГ, є стан кістки [7–13]. Зниження мінеральної щільності кістки альвеолярного відростка внаслідок тривалої дії патологічних чинників може розцінюватись як індикатор розвитку в майбутньому важких та незворотних процесів у кістковій складовій пародонта [14,15].

Саме в підлітковому віці спостерігається зростання частоти виникнення хронічного генералізованого катарального гінгівіту та генералізованого пародонтиту.

Впродовж останніх десятиліть значна увага дослідників спрямована на вивчення головних патогенетичних механізмів формування захворювань тканин пародонта у дитячому віці та розробку ефективних методів профілактики і лікування. Мета дослідження – підвищення ефективності профілактики та удосконалення лікувально-профілактичних схем при захворюваннях тканин пародонта у дітей через визначення впливу факторів ризику.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Для визначення особливостей клінічного перебігу ХГКГ у дітей залежно від віку та ступеня тяжкості захворювання, щільності альвеолярної кістки міжзубних перетинок та характеру пародонтопатогенної мікрофлори було проведено клініко-лабораторне обстеження та лікування 96 дітей віком 12 та 15 років (у тому числі 49 дівчаток – 51% та 47 хлопчиків – 49%), які звертались за стоматологічною допомогою у Стоматологічний медичний центр НМУ імені О.О. Богомольця.

Для розробки і визначення ефективності методів профілактики і лікування ХГКГ із загального числа пацієнтів (96 осіб) було сформовано дві групи. До складу першої лікувальної групи (ЛГ-1) увійшли 48 дітей, для лікування яких застосовували розроблений нами комплекс лікувально-профілактичних заходів. До складу другої лікувальної групи (ЛГ-2) увійшли 48 дітей, для лікування яких застосовували загальноприйняті засоби.

Клінічне обстеження полягало в оцінці стану тканин пародонта візуально та за допомогою параклінічних індексів (РМА, СРІ, ОНІ-S). Бактеріологічне дослідження передбачало: забір клінічного матеріалу (над'ясенного та під'ясенного зубного нальоту) з подальшим транспортуванням його при дотриманні відповідних анаеробних умов. Мікробіологічні дослідження здійснювали в лабораторії «Діла» (Київ). Анаеробні умови створювали в герметичних боксах – Gen box за допомогою газогенераторних пакетів Gen box анаер (Bio Merieux, Франція). Контроль анаеробіозу здійснювали, використовуючи анаеробні індикатори (Bio Merieux, Франція). Первинну інспекцію росту зразків проводили через 24 години, вторинну інспекцію – від 48 годин (при появі первинних ознак росту) до 5 діб (для остаточної оцінки наявності чи відсутності росту). Мікроорганізми ідентифікували за визначником бактерій Bergey. Під час мікробіологічного дослідження оцінювали чутливість виділених мікроорганізмів *in vitro* до антибактеріальних препаратів.

Рентгенологічні методи застосовували для оцінки стану кістки альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелеп, диференціальної діагностики ХГКГ та пародонтиту. Радіовізіографію проводили за допомогою програмного забезпечення TROPHY RADIOLOGY з подальшою оцінкою ступеня мінералі-

зації альвеолярної кістки фронтальних ділянок нижньої та верхньої щелеп. Щільність вимірювали в рівнях квантової яскравості від 0 до 256 [14-16]. Клініко-рентгенологічне обстеження стану тканин пародонта проводили у 46 дітей різної статі з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом (основна група) та 45 дітей цього ж віку (контрольна група). Обстежених пацієнтів кожної з груп рівномірно розподілили на дві підгрупи за віковим показником (12 та 15 років).

До I-ї групи основної підгрупи увійшла 21 дитина віком 12 років з клінічними проявами ХГКГ (група I-о); до контрольної групи – 22 дитини віком 12 років без клінічних проявів ХГКГ (група I-к). До II-ї групи основної підгрупи увійшли 25 дітей віком 15 років з клінічними явищами ХГКГ (група II-о); до контрольної – 23 дитини віком 15 років без ХГКГ (група II-к).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

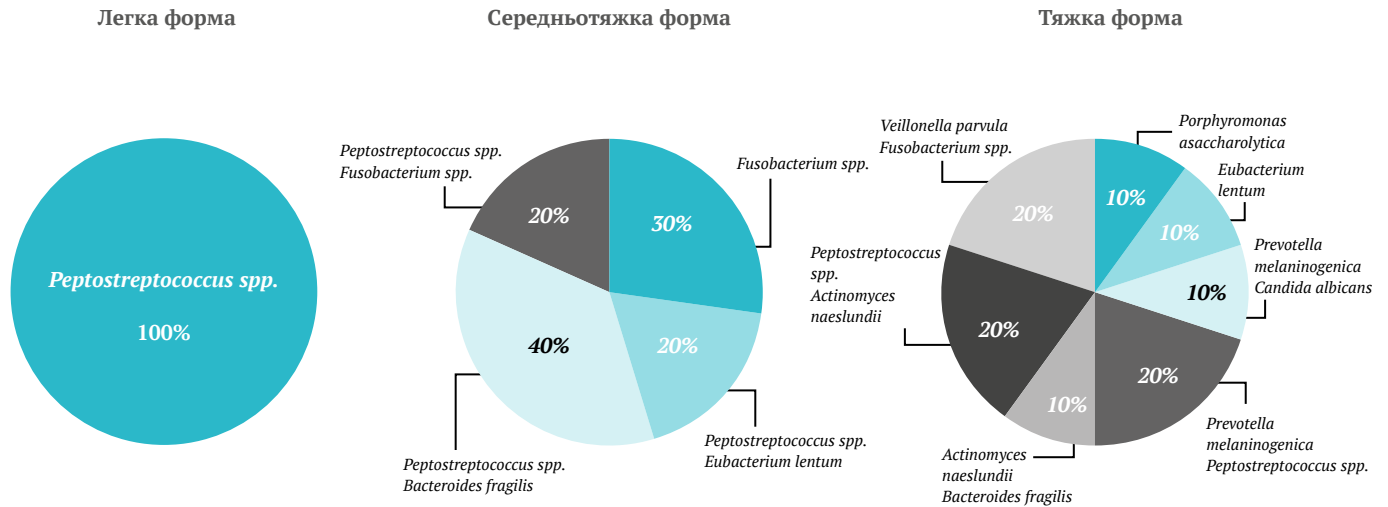
При рентгеноденситометричному дослідженні стану альвеолярної кістки у дітей віком 12 років основної та контрольної груп (групи I-о, I-к) встановлено: *на верхній щелепі*

- у ділянці верхівки міжзубної перетинки $33,33 \pm 7,08$ рівнів квантування яскравості (РКЯ) (порівняно з $72,26 \pm 6,52$ РКЯ у групі I-к, $p < 0,001$);
- на рівні середини довжини кореня зуба на верхній щелепі $96,2 \pm 5,31$ РКЯ (порівняно з $98,72 \pm 6,12$ РКЯ у групі I-к, $p > 0,05$);

на нижній щелепі

- на рівні верхівки міжзубної перетинки – $11,2 \pm 6,25$ РКЯ (порівняно з $52,33 \pm 8,64$ РКЯ у групі I-к, $p < 0,001$);
- у ділянці середини довжини кореня зуба на нижній щелепі $38,2 \pm 5,48$ РКЯ (порівняно з $97,64 \pm 7,46$ РКЯ у групі I-к, $p > 0,05$).

Частота виявлення пародонтопатогенних бактерій у дітей залежно від ступеня тяжкості



Отже, у дітей 12 років з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом відповідні до віку показники щільності альвеолярної кістки зберігаються лише на рівні середини довжини кореня верхньої щелепи, водночас у ділянці верхівок міжзубних перетинки на обох щелепах та у ділянці середини довжини кореня на нижній щелепі відбувається значне зниження щільності. При рентгеноденситометричному дослідженні щільності альвеолярної кістки у дітей основної та контрольної груп віком 15 років рентгеноденситометричні показники знаходились в межах:

на верхній щелепі

- 68,33±6,48 РКЯ на рівні верхівки міжзубної перетинки (порівняно з 83,28±7,89 РКЯ у групі II-к, p<0,01);
- 99,7±8,39 РКЯ – в ділянці середини довжини кореня зуба (порівняно з 101,18±8,63 РКЯ у групі II-к, p>0,05);

на нижній щелепі

- 51,5±7,65 РКЯ – на рівні верхівки міжзубної перетинки (порівняно з 63,33±8,39 РКЯ у групі II-к, p>0,05);
- 76,2±8,41 РКЯ – в ділянці середини довжини кореня зуба (порівняно з 89,75±9,74 РКЯ у групі II-к, p>0,05).

Отже, у дітей віком 15 років покращу-

вався стан мінералізації альвеолярної кістки, окрім верхівок міжзубної перетинки на верхній щелепі.

Рентгеноденситометричні дослідження виявили відмінності, зумовлені віком та ступенем тяжкості. Середні рентгеноденситометричні показники стану альвеолярної кістки 12-річних дітей були достовірно у 2,4 рази нижчими, ніж у 15-річних (24,6±6,7, 60,4±6,8; p<0,05). Чітка тенденція до зменшення показників зі зростанням ступеня тяжкості виявлена в обох вікових групах. Однак, більш значуще зменшення рентгеноденситометрич-

Таблиця 1. Результати рентгеноденситометричного дослідження альвеолярних кісток у дітей залежно від віку та наявності клінічних ознак хронічного генералізованого катарального гінгівіту (у РКЯ)

Вік	Ділянка обстеження		Клінічні групи	
			з клінічними проявами ХГКГ	без клінічних проявів ХГКГ
12 років	Верхня щелепа	верхівка міжзубної перетинки	33,33±7,08* (n=21)	72,26±6,52 (n=22)
		середина довжини кореня зуба	96,2±5,31 (n=21)	98,72±6,12 (n=22)
	Нижня щелепа	верхівка міжзубної перетинки	11,2±6,25* (n=21)	52,33±8,64 (n=22)
		середина довжини кореня зуба	38,2±5,48* (n=21)	97,64±7,46 (n=22)
15 років	Верхня щелепа	верхівка міжзубної перетинки	68,33±6,48* (n=25)	83,28±7,89 (n=23)
		середина довжини кореня зуба	99,7±8,39 (n=25)	101,18±8,63 (n=23)
	Нижня щелепа	верхівка міжзубної перетинки	51,5±7,65 (n=25)	63,33±8,39 (n=23)
		середина довжини кореня зуба	76,2±8,41 (n=25)	89,75±9,74 (n=23)

Примітка: * достовірність відмінностей показників (p<0,05)

них показників на фоні зростання ступеня тяжкості ХГКГ спостерігається у дітей віком 12 років (у 2,3 та 4 рази). У результаті аналізу даних мікробіологічного обстеження вмісту над'ясенного та під'ясенного зубного нальоту дітей з ХГКГ виявлені відмінності у складі мікрофлори залежно від ступеня тяжкості захворювання (див. мал.). У всіх дітей з легким ступенем ХГКГ наявні пародонтопатогенні бактерії *Peptostreptococcus niger* та *Peptostreptococcus spp.* ($6,12 \pm 0,25$ LgKYU/г). Натомість у дітей з середньотяжкою формою ХГКГ виявили пародонтопатогенні бактерії, в тому числі у $30,0 \pm 7,25\%$ – *Fusobacterium spp.* ($6,38 \pm 0,42$ LgKYU/г), а у $60 \pm 7,74\%$ – пари мікроорганізмів (у $20,0 \pm 6,32\%$ – *Peptostreptococcus spp.* та *Eubacterium lentum*; у $20,0 \pm 6,32\%$ – *Peptostreptococcus spp.* та *Fusobacterium spp.*; у $40,0 \pm 7,75\%$ – *Peptostreptococcus spp.* *Bacteroides fragilis*). У всіх пацієнтів з тяжкою формою ХГКГ наявні асоціації пародонтопатогенних мікроорганізмів (у $10,0 \pm 3,25\%$ – *Porphyromonas asaccharolytica*; у $10,0 \pm 3,25\%$ – *Porphyromonas asaccharolytica* і *Eubacterium lentum*; у $10,0 \pm 3,25\%$ – *Prevotella melaninogenica* *Candida albicans*; у $20,0 \pm 6,32\%$ – *Prevotella melaninogenica* *Peptostreptococcus spp.*; у $10,0 \pm 3,25\%$ – *Actinomyces naeslundii* *Bacteroides fragilis*; у $20,0 \pm 6,32\%$ – *Peptostreptococcus spp.* *Actinomyces naeslundii*; у $20,0 \pm 6,32\%$ – *Veillonella parvula* *Fusobacterium spp.*

($6,24 \pm 0,36$ LgKYU/г). Отже, у дітей з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом з високою імовірністю виявляються пародонтопатогенні бактерії, частота виявлення та видовий склад яких залежать від ступеня тяжкості захворювання.

Для визначення тактики антибактеріальної терапії вивчали чутливість виділених бактерій до сучасних антибіотиків. У дітей з легким ступенем ХГКГ виявлено високу чутливість *Peptostreptococcus* до Кліндаміцину (100%), Ампіциліну (81,8%), помірну – до Еритроміцину, Іміпенему (тієнаму), Цефтриаксону, Цефепіму, Ципрофлоксацину (72,7%), Цефазоліну (69,7%). У пацієнтів з середньотяжкою формою захворювання: *Fusobacterium spp.* були чутливими до Кліндаміцину (100%), Ампіциліну (81,8%), Еритроміцину (72,7%), Іміпенему (тієнаму), Цефтриаксону, Цефепіму, Ципрофлоксацину (72,7%), Цефазоліну (69,7%); *Eubacterium lentum* виявляли чутливість до Кліндаміцину, Ампіциліну, Цефепіму (100%); *Bacteroides fragilis* були чутливими до Кліндаміцину, Ампіциліну (100%), Іміпенему (тієнаму) (80%). При тяжкій формі ХГКГ виявлено високу чутливість пародонтопатогенів: *Actinomyces naeslundii* – до Ампіциліну, Кліндаміцину, Ципрофлоксацину, Цефограму (100%); *Prevotella melaninogenica* – до Ампіциліну, Іміпенему (тієнаму), Цефазоліну, Цефограму (100%); *Porphyromonas asaccharolytica*

– до Метронідазолу, Кліндаміцину, Хлорамфеніколу, Імпінену (тієнаму), Цефтриаксону, Ципрофлоксацину (100%). Аналіз результатів досліджень чутливості до антибіотиків дає підстави стверджувати, що виявлені пародонтопатогенні бактерії чутливі до сучасних антибіотиків, однак зі зростанням ступеня тяжкості захворювання чутливість до антибіотиків зменшується. При середньотяжкій формі ХГКГ пародонтопатогенні бактерії чутливі до антибіотика Кліндаміцин, при тяжкій – *Actinomyces naeslundii* та *Porphyromonas asaccharolytica* у всіх випадках є чутливими до Кліндаміцину і Ципрофлоксацину, а для усунення *Prevotella melaninogenica* необхідно призначити інший антибіотик.

У результаті проведеного обстеження пацієнтів з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом, поглибленого статистичного аналізу з визначенням факторів ризику виникнення різних ступенів тяжкості захворювання, з'ясування особливостей результатів рентгеноденситометричних та мікробіологічних досліджень були визначені напрями профілактики та лікування:

- відновлення мінеральної щільності альвеолярної кістки альвеолярного відростка;
- санація порожнини рота.

Проводячи терапію хронічного генералізованого катарального гінгівіту, дотримувались основних принципів,

Таблиця 2. Динаміка показників індексу РМА під час лікування пацієнтів груп

Групи, ступінь тяжкості ХГКГ		Етапи спостереження			
		до лікування	після лікування	через 3 місяці	через 6 місяців
ЛГ-1	легкий ступінь	10,1±1,01	9,11±1,02	10,1±1,12	12,1±0,93
	середньотяжкий ступінь	34,1±1,5	19,0±1,31*	21,1±1,43*	20,1±1,37*
	тяжкий ступінь	53,30±1,9	27,2±1,74*	26,2±2,01*	29,2±0,12*
ЛГ-2	легкий ступінь	10,3±0,92	9,23±0,96	13,6±0,81	17,1±1,21
	середньотяжкий ступінь	35,8±1,8	27,3±1,92	36,1±1,76	39,1±1,26
	тяжкий ступінь	54,50±1,7	45,50±1,8	53,20±1,92	57,20±1,88

Примітка: * вірогідність відмінностей аналогічних показників у групах ЛГ-1 та ЛГ-2 ($p < 0,05$)

прийнятих у сучасній пародонтології. До складу лікувально-профілактичних комплексів у пацієнтів обох груп – ЛГ-1 та ЛГ-2 включали:

- професійну гігієну порожнини рота залежно від ступеня тяжкості хронічного генералізованого катарального гінгівіту (при легкому ступені – 1 раз на 6 місяців; при середньотяжкому – 1 раз на 3–4 місяці; при тяжкому – 1 раз на 2–3 місяці);
- навчання дітей раціональному догляду за порожниною рота, індивідуальний підбір оптимальних засобів і заходів гігієни;

- санацію порожнини рота (усунення каріозних порожнин, неповноцінних пломб);
- ортодонтичне та хірургічне лікування (за потреби, за згодою пацієнта). Застосування лікувально-профілактичних заходів здійснювалось через диспансерне та динамічне спостереження, згідно з протоколом дослідження. Всім пацієнтам рекомендували зубні щітки із синтетичною щетиною середньої жорсткості з дворівневою робочою площиною (Aquafresh, Oral-B, Trisa). Всім дітей навчали стандартному методу чищення зубів з демонстрацією

правильних рухів зубної щітки на муляжі і двічі проводили контрольне чищення зубів під спостереженням стоматолога. У разі необхідності навчали користуванню додатковими засобами індивідуального догляду за порожниною рота: зубними нитками, за показаннями – міжзубними йоржиками.

Добираючи пацієнтам зубні пасти, надавали перевагу тим, що містять компоненти протизапальної дії та складові, що зменшують утворення зубних відкладень (Colgate Herbal (Colgate), Silka Herb (Silka) та ін.) Протизапальну

Таблиця 3. Показники індексу CPI у дітей з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом до і після лікування

Групи, ступінь тяжкості ХГКГ	Етап спостереження	Середня кількість секстантів (M±m) після лікування		
		інтактних	з кровоточивістю	з зубним каменем
ЛГ-1				
легкий	до лікування	5,44±0,12	0,53±0,01	0,03±0,01
	після лікування	5,8±0,02*	0,2±0,04*	0
	через 3 місяці	5,28±0,21	0,72±0,06	0
	через 6 місяців	5,09±0,05*	0,91±0,21	0
середньотяжкий	до лікування	4,02±0,05	1,78±0,20	0,20±0,02
	після лікування	4,98±0,04*	1,02±0,07*	0
	через 3 місяці	4,88±0,24*	1,12±0,24*	0
	через 6 місяців	4,73±0,23*	1,27±0,21*	0
тяжкий	до лікування	3,04±0,78	2,4±0,40	0,56±0,06
	після лікування	4,76±0,40*	1,24±0,20*	0
	через 3 місяці	4,71±0,31*	1,29±0,31*	0
	через 6 місяців	4,46±0,41*	1,42±0,41*	0,12±0,02
ЛГ-2				
Групи	Етап спостереження	Середня кількість секстантів (M±m) після лікування		
		інтактних	з кровоточивістю	з зубним каменем
ЛГ-2				
легкий	до лікування	5,42±0,12	0,54±0,01	0,04±0,01
	після лікування	5,72±0,02	0,28±0,02	0
	через 3 місяці	5,41±0,21	0,59±0,04	0
	через 6 місяців	5,35±0,05	0,65±0,41	0
середньотяжкий	до лікування	4,04±0,06	1,74±0,22	0,22±0,02
	після лікування	4,22±0,12	1,66±0,22	0,12±0,02
	через 3 місяці	3,98±0,22	1,82±0,22	0,20±0,02
	через 6 місяців	3,82±0,21	1,92±0,22	0,26±0,02
тяжкий	до лікування	3,08±0,81	2,31±0,41	0,61±0,05
	після лікування	3,36±0,38	2,42±0,20	0,22±0,02
	через 3 місяці	3,30±0,40	2,30±0,28	0,40±0,04
	через 6 місяців	3,12±0,41	2,26±0,26	0,62±0,02

Примітка: * вірогідність відмінностей показника до та після лікування (p<0,05).

дію зубних паст забезпечують компоненти рослинного походження, сольові добавки, які сприяють відтоку тканинної рідини при набряку ясен. Вітаміни та біостимулятори у складі зубних паст сприяють покращенню обмінних процесів у тканинах пародонта. Рекомендували ретельне чищення зубів двічі на день: вранці та ввечері протягом 3 хвилин. При наявності хронічних загальносоматичних захворювань пацієнти перебували під спостереженням спеціалістів і отримували необхідне лікування з метою зниження ризику рецидивів захворювань.

У пацієнтів групи ЛГ-1 додатково застосовували місцеве лікування для усунення пародонтопатогенних бактерій, залежно від ступеня тяжкості ХГКГ:

- при легкому ступені ХГКГ використовували біосумісні адгезивні полімерні плівки Діплен-Дента Х з вмістом хлоргексидину біглюконату (0,01–0,03 мг/см² плівки), курс 5 днів;
- при середньотяжкому ступені – плівки Діплен-Дента Х з вмістом хлоргексидину біглюконату (0,01–0,03 мг/см² плівки) та Діплен-Дента М, до складу якої входить метронідазол (0,01–0,03 мг/см² плівки), використовуючи вказані плівки по чергово, через день, курс 10 днів; (тобто по 5 процедур з застосуванням кожної з вказаних плівок);
- при тяжкому ступені – плівки Діплен-Дента М з вмістом метронідазолу (0,01–0,03 мг/см² плівки) та плівки Діплен-Дента К, до складу яких входить кліндаміцин в кількості 0,05–0,09 мг/см² плівки, курс 10 днів (тобто по 5 процедур з застосуванням кожної з вказаних плівок).

При загальному лікуванні для відновлення стану кісткової тканини використовували комплекс вітамінів та макроелементів Кальцинова по 2–4 таблетки на день впродовж місяця, тобто за схемами профілактики та

лікування. Кожна таблетка препарату містить: 100 мг кальцію, 77 мг фосфору, 15 мг аскорбінової кислоти, 0,4 мг піридоксину гідрохлориду, 1000 МО ретинолу, 100 МО холекальциферолу (вітаміну Д3). Одна таблетка Кальцинова відповідає 10 до 15% добової потреби у кальції. Повторний курс через 3 місяці.

У період загострення ХГКГ дітям з групи ЛГ-1 додатково призначали зубну пасту та ополіскувач Parodontax (GSK). Підтримуюча терапія передбачала контроль стану гігієни порожнини рота та корекцію навичок, а також призначення вітамінно-мінерального комплексу Супрадин по 1 драже на день впродовж 30 днів навесні (у березні-квітні) та восени (у жовтні-листопаді).

У пацієнтів ЛГ-2, згідно з протоколами лікування дітей з хронічним катаральним гінгівітом (Додаток до наказу МОЗ №566 від 23.11.2004 р.), застосовували: ополіскувачі, що містять антисептики (Стоматидин); нестероїдні протизапальні препарати місцево (мазь Мефенат); при тяжкій формі захворювання додатково – аплікації гелю для ясен Метрогіл Дента®.

На початку лікування показники індексу РМА у групах ЛГ-1 та ЛГ-2 достовірного не відрізнялись. Після завершення лікування виявлено достовірні відмінності показників у дітей з середньотяжкою та тяжкою формами ХГКГ пацієнтів ЛГ-1 та ЛГ-2 (19,0±1,31, 27,3±1,92; p<0,05; 27,2±1,74, 45,50±1,8; p<0,05). Через 3 місяці після лікування у групі ЛГ-1 зберігалась позитивна динаміка показників РМА, в той час як у групі ЛГ-2 значення індексу постійно зростали, залишаючись достовірно вищими, ніж у групі ЛГ-1 (табл. 2).

Позитивні результати лікування підтверджені при аналізі показників індексу СРІ у пацієнтів з різним ступенем тяжкості ХГКГ груп ЛГ-1 та ЛГ-2 (табл. 3). Найбільші позитивні зміни спостерігались у пацієнтів з середньотяжкою

та тяжкою формами захворювання ЛГ-1 і проявлялись зростанням після лікування частки здорових секстантів до 4,98±0,04 (p<0,05) та 4,76±0,40 (p<0,05) з подальшою стабілізацією показників. У пацієнтів групи ЛГ-2 також відзначали позитивну динаміку показників індексу СРІ після лікування, однак стабільність отриманих результатів є низькою. Через 3 місяці після лікування показники відновлювали до початкових.

Позитивний вплив запропонованої схеми лікування підтверджено зменшенням показників індексу РМА у пацієнтів з середньотяжкою та тяжкою формами захворювання як після лікування (19,0±1,31, p<0,05; 27,2±1,74, p<0,05), так і через 3 і 6 місяців. Під впливом запропонованого лікування спостерігалось зростання кількості здорових секстантів до 4,98±0,04 (p<0,05) та 4,76±0,40 (p<0,05) з подальшою стабілізацією показників. Впродовж наступного періоду спостереження вдалось досягти стабільності вказаних показників.

ВИСНОВКИ

Отримані результати мікробіологічного та рентгенологічного обстеження свідчать про те, що склад пародонтопатогенної мікрофлори та рентгеноденситометрична оцінка щільності альвеолярної кістки альвеолярного відростка є діагностичним критерієм, що дозволяє прогнозувати розвиток ХГКГ та ступінь тяжкості цього захворювання. Розробка та запровадження лікувально-профілактичних схем, що враховують індивідуальні чинники ризику розвитку ХГКГ, сприяє підвищенню їх клінічної ефективності.

До складу лікувально-профілактичних комплексів у дітей з ХГКГ слід включати: професійну гігієну порожнини рота; навчання якісному догляду за порожниною рота, індивідуальний підбір засобів і заходів гігієни; са-

націю порожнини рота. При легкому ступені ХГКГ доцільно використовувати плівки Діплен-Дента Х (курс 5 днів); при середньотяжкому ступені – плівки Діплен-Дента Х та Діплен-Дента М (почергово, через день, курс

10 днів); при тяжкому ступені – плівки Діплен-Дента М та Діплен-Дента К (почергово, через день, курс 10 днів). У період загострення ХГКГ рекомендується використовувати зубну пасту та ополіскувач Parodontax (GSK), для

відновлення стану кісткової тканини – комплекс вітамінів та макроелементів Кальцинова по 2–4 таблетки на день впродовж місяця. Повторний курс проводять через 3 місяці, обов'язковою є підтримуюча терапія.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Денга О. В. Индивидуальная профилактика и лечение хронического катарального гингивита у детей в домашних условиях / Денга О. В., Спичка И. А. // Вісник стоматології. – 2003. – №4. – С. 79–85.
2. Петрушанко Т. О. Епідеміологія захворювань пародонту у осіб молодого віку / Т. О. Петрушанко // Український медичний альманах. – 2000. – Т. 3, №2. – С. 204–207.
3. Петрушанко Т. О. Нова система профілактики захворювань пародонту у дітей пубертатного періоду / Т. О. Петрушанко // Новини стоматології. – 2000. – №2 (23). – С. 17–20.
4. Хоменко Л. О. Рівень стоматологічного здоров'я дітей України та стан довкілля / Хоменко Л. О., Остапко О. І. // Збірник тез XI конгресу Світової федерації лікарських товариств. – Полтава; Київ; Чікаго, 2006. – С. 208.
5. Хоменко Л. А. Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблема риска и диагностики / Хоменко Л. А., Биденко Н. В., Остапко Е. И. // Стоматолог. – 2006. – №1–2. – С. 54–58.
6. Хоменко Л. О. Стоматологическое здоровье детей, проживающих в условиях загрязнения окружающей среды высокого уровня / Хоменко Л. О., Остапко О. І., Поночовна Т. С. // Современная стоматология. – 2006. – №3. – С.103–106.
7. Борисенко А. В. Некоторые показатели минерального обмена у больных генерализованным пародонтитом первой степени / Борисенко А. В., Магомедов С., Федянович И. Н. [и др.] // Современная стоматология. – 2002. – №4. – С. 25–27.
8. Косоверов Ю. Е. Порушення мінерального обміну і метаболізму кісткової тканини при захворюваннях пародонта в осіб молодого віку та шляхи їх корекції: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Косоверов Ю. Е.; Інститут стоматології АМН України. – Одеса, 2004. – 21с.
9. Мазур И. П. Костная система и заболевания пародонта / Мазур И. П., Поворожнюк В. В. // Современная стоматология. – 2000. – №2(10). – С. 32–36.
10. Мазур И. П. Клініко-патогенетичні особливості перебігу захворювань пародонта при порушенні системного кісткового метаболізму та їх корекція: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.22 / Мазур И. П.; Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2006. – 330 с.
11. Майборода Т. О. Структурно-функціональні порушення тканин пародонту та скелету у дівчаток пубертатного віку за функціональної недостатності гонад та шляхи їх корекції: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 / Майборода Т. О.; Нац. мед. ун-т. – К., 2003. – 21 с.
12. Артюшкевич А. С. Заболевания периодонта: руководство для врачей-стоматологов / А. С. Артюшкевича. – М. : Медицинская литература, 2006. – 328.
13. Артюшкевич А. С. Клиническая пародонтология / А. С. Артюшкевич, Е. К. Трофимова, С. В. Латышева / под ред. проф. А. С. Артюшкевича. – Мн.: Ураджай, 2002. – 303 с.
14. Бабіна О. О. Особливості клініки та лікування пародонтального синдрому у дітей, хворих на цукровий діабет : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 / Бабіна О. О.; Українська медична стоматологічна академія. – Полтава, 2000. – 15 с.
15. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология : учебник для вузов : в 3-х ч. / Г. М. Барер – Ч. 2 : Болезни пародонта. – М. : Гэотар-Медиа, 2008. – С. 89–121.
16. Бас Н. А. Применение электрофоретических зубных щеток и зубной пасты, содержащей пелоиды, в индивидуальной гигиене полости рта больных с воспалительными заболеваниями пародонта: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Бас Н. А.; Одесский гос. медицинский ун-т. – Одесса, 2005. – 181 с.

REFERENCES

1. Den'ga, O. V., Spichka, Y. A. (2003). *Visnyk stomatologii*, 4, 79–85 (in Ukrainian).
2. Petrushanko, T. O. (2000). *Ukrainskyi medychnyi almanakh*, 3, 2, 204–207 (in Ukrainian).
3. Petrushanko, T. O. (2000). *Novyny stomatolohii*, 2, 17–20 (in Ukrainian).
4. Khomenko, L. O., Ostapko, O. I. (2006). *Zbirnyk tez KhI konhresu Svitovoi federatsii likarskykh tovarystv*, Poltava, Kyiv, Chikago (in Ukrainian).
5. Khomenko, L. A., Bidenko, N. V., Ostapko, E. I. (2006). *Stomatolog*, 1–2, 54–58 (in Russian).
6. Khomenko, L. O., Ostapko, O. I., Ponochozna, T. S. (2006). *Sovremennaja stomatologija*, 3, 103–106 (in Russian).
7. Borisenko, A. V. Magomedov, S., Fedjanovich, I. N. [i dr.] (2002). *Sovremennaja stomatologija*, 4, 25–27 (in Russian).
8. Kosoverov, Iu. E. (2004). Porushennia mineralnogo obminu i metabolizmu kistkovoї tkanyny pry zakhvoriuvanniakh parodonta v osib molodoho viku ta shliakhy yikh korektsii. *PhD dissertation*. Odesa (in Ukrainian).
9. Mazur, I. P., Povoroznjuk, V. V. (2000). *Sovremennaja stomatologija*, 2 (10), 32–36 (in Russian).
10. Mazur, I. P. (2006). Kliniko-patohenetychni osoblyvosti perebihu zakhvoriuvan parodonta pry porushenni systemnoho kistkovoho metabolizmu ta yikh korektsii. *PhD dissertation*. Kyiv (in Ukrainian).
11. Maiboroda, T. O. (2003). Strukturno-funktsionalni porushennia tkanyn parodontu ta skeletu u divchatok pubertatnoho viku za funktsionalnoi nedostatnosti honad ta shliakhy yikh korektsii. *PhD dissertation*. Kyiv (in Ukrainian).
12. Artjushkevich, A. S. (2006). *Zabolevanija periodonta: rukovodstvo dlja vrachej-stomatologov*. Moskva: Medicinskaja literatura (in Russian).
13. Artjushkevich, A. S. Trofimova, E. K., Latysheva, S. V. (2002). *Klinicheskaja parodontologija*. Mn.: Uradzhaj (in Russian).
14. Babina, O. O. (2000). Osoblyvosti kliniky ta likuvannia parodontalnoho syndromu u ditei, khvorykh na tsukrovyy diabet. *PhD dissertation*. Poltava (in Ukrainian).
15. Barer, G. M. (2008). *Terapevticheskaja stomatologija: uchebnyk dlja vuzov* Ch. 2: Bolezni parodonta. M.: Gjeotar-Media (in Russian).
16. Bas, N. A. (2005). Primenenie jelektroforeticheskikh zubnyh shhetok i zubnoj pasty, sodержashhej peloidy, v individual'noj gigiene polosti rta bol'nyh s vospalitel'nymi zabolevanijami parodonta. *PhD dissertation*. Odessa (in Russian).

Стаття надійшла в редакцію 15 липня 2016 року