

Шиллера-Писарева границы пломба-твердые ткани зуба ($S_{cp} = 10,225 \pm 1,100$ отн. ед., $S_{осн.} = 7,900 \pm 1,107$ отн. ед., $p < 0,01$). Через 1 год цветовая насыщенность краевого окрашивания пломбы в группе

сравнения и в основной составляла соответственно ($S_{cp} = 18,375 \pm 1,822$ отн. ед., $S_{осн.} = 12,300 \pm 1,100$ отн. ед., $p < 0,005$).

Таблица 3

Динамика изменения цветовой насыщенности краевого окрашивания пломб, $S_{отн. ед.}$

Сроки наблю-дения Группы	После пломбирования	Через 1 месяц после пломбирования	Через 6 месяцев после пломбирования	Через 1 год после пломбирования
Группа сравнения (n=20)	8,325±1,250	10,225±1,100	14,721±1,800	18,375±1,822
Основная группа (n=25)	7,510±1,150 $p > 0,1$	7,900±1,107 $p < 0,01$	11,320±1,220 $p < 0,01$	12,300±1,100 $p < 0,005$

Примечание: p – показатель достоверности отличий от группы сравнения.

Вывод. Электрометрический способ оценки качества краевого прилегания и спектроколориметрический способ оценки краевого окрашивания пломб являются более объективными и точными по сравнению с качественными критериями G. Ruge [7]. Комплексное лечение кариозных полостей с использованием гиомера «Beautiful II», высоких концентраций озона и карисепрофилактического комплекса позволяет увеличить сроки сохранности пломб, предотвратить появления вторичного кариеса.

Список литературы

1. Цепов Л. М. Медико-экономические аспекты выбора композитных материалов в условиях бюджетных стоматологических лечебно-профилактических учреждений / Л. М. Цепов, Т. М. Медведева, Г. И. Морозова, Т. Е. Щербакова // *Maestro*. – 2012. – № 2 – С. 34 – 36.
2. Ливанова О. Л. Дифференциальные алгоритмы выбора композитных материалов при эстетических реставрациях твердых тканей : автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / О. Л. Ливанова. – Москва, 2009. – 21 с.
3. **Antibacterial** Effects and Physical Properties of Glas-ionomer Cements Containing Chlorhexidine for ART / Y. Takachashi, S. Imazato, A. V. Kaneshiro [et al.] // *Dent Mater*. – 2006. – № 22(7). – С. 647-652.
4. **Mjor I. A.** Failure, repair, refurbishing and longevity of restorations / I. A. Mjor, V. V. Gordan // *Oper. Dent*. 2002. – № 27. – P. 528-534.
5. *Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство* / под ред. В. К. Леонтьева. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2010. – 896 с. – (Серия «Национальные руководства»).
6. Пат. 18735 Украина, МПК (2006) G01J 3/46. Апаратурний спектроколориметричний спосіб визначення колірної насиченості фарбування зубів при ТЕР-тесті / О. В. Деньга, Е. М. Деньга. – № u200606009; заявл. 15.11.06; опубл. 15.11.06, Бюл. № 11.
7. **Рюге Г.** Клинические критерии / Г. Рюге // *Клиническая стоматология*. – 1998. – № 3. – С. 40–46.

REFERENCES

1. Tsepov L.M., Medvedeva T.M., Morozova G.I., Shcherbakova T.E. Medical and economic aspects of selecting composite materials under budgetary dental health care institutions. *Maestro*. 2012;2:34-36.
2. Livanova O. L. *Differentsial'nye algoritmy vybora kompozitnykh materialov pri esteticheskikh restavratsiyakh tverdykh tkaney* [Differential selection algorithms composite materials in aesthetic restorations hard tissues]. Abstract of dissertation for candidate of medical sciences. *Moskva*, 2009:21.
3. Takahashi Y., Imazato S., Kaneshiro A.V., Ebisu S., Frencken J.E., Tay F.R. Antibacterial Effects and Physical Properties of Glas-ionomer Cements Containing Chlorhexidine for ART. *Dent Mater*. 2004;1:68.

4. **Mjor I. A., Gordan V. V.** Failure, repair, refurbishing and longevity of restorations. *Oper. Dent*. 2002;27:528-534.
5. **Leont'ev V. K.** *Detskaya terapevticheskaya stomatologiya. Natsional'noe rukovodstvo* [Children's preventive dentistry. National leadership]. Moskva, GEOTAR-Meditsina, 2010:864.
6. **Den'ga O. V., Den'ga E. M.** Apparatus spectrorimetric method of determining the color saturation and staining of teeth. Patent of Ukraine 18735. IPC (2006) G01J 3/46. Application number u200606009. Date of filing: 15.11.2006. Publ.: 15.11.2006. Bull. № 11.
7. **Ruge G.** Clinical criteria. *Klinicheskaya stomatologiya*. 1998;3:40-46.

Поступила 09.04.14



УДК: 616.316-008.084-053.2.

Н. Л. Чухрай, к. мед. н.

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ В РІЗНИЙ ВІКОВИЙ ПЕРІОД

В результаті проведеного дослідження встановлено, що I тип мікрокристалізації ротової рідини зустрічається, в середньому, у 23,41±1,76 %, II тип – у 47,33±2,07 % та III тип – у 29,26±1,89 % обстежених дітей. I тип кристалотворення виявлений у невеликій кількості як дівчат, так і хлопців 5-8 років, натомість, у дітей обох статей переважає III тип кристалотворення, що може свідчити про знижену мінералізуючу функцію ротової рідини у дітей у цей віковий період. Із 8-ми до 9-ти років характерно міняється розподіл кристалів у дітей обох статей: відсоток хлопців із I типом кристалотворення має тенденцію до зростання із 20,00±10,33 % до 46,67±12,88 %, натомість їх кількість із кристалами III типу достовірно зменшується – із 40,00±12,65 % до 6,67±6,44 %. У дівчат цього ж віку знижується кількість осіб із кристалами як I, так і III типу, проте достовірно зростає відсоток осіб із кристалами II типу – із 18,18±11,63 % до 68,18±9,93 %. Отримані дані свідчать про необхідність проведення превентивних заходів, направлених на забезпечення постійності оптимального вмісту мінеральних компонентів в ротовій рідині у дітей

© Чухрай Н. Л., 2014.

в період активної мінералізації зубів і дозрівання емалі після прорізування з метою формування її карієсрезистентності.

Ключові слова: мікрокристалізація ротової рідини, карієсрезистентність, діти.

Н. Л. Чухрай

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

В результате проведенного исследования установлено, что I тип микрокристаллизации ротовой жидкости встречается, в среднем, у 23,41±1,76 %, II тип – в 47,33±2,07 % и III тип – у 29,26±1,89 % обследованных детей. I тип образования кристаллов выявлен у небольшого количества детей, как девочек, так и мальчиков 5-8 лет, в то время как, у детей обоих полов преобладает III тип образования кристаллов, что свидетельствует о пониженной минерализующей функции ротовой жидкости у детей этого возрастного периода. С 8-ми до 9-ти лет изменяется распределение кристаллов у детей обоих полов: процент мальчиков с I типом кристаллообразования имеет тенденцию к возрастанию с 20,00±10,33 % до 46,67±12,88 %, но их количество с кристаллами III типа существенно уменьшается – с 40,00±12,65 % до 6,67±6,44 %. Среди девочек этого же возраста снижается их количество с кристаллами как I, так и III типа, достоверно увеличивается процент с кристаллами II типа – с 18,18±11,63 % до 68,18±9,93 %. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения превентивных мероприятий, направленных на обеспечение постоянства оптимального содержания минеральных компонентов в ротовой жидкости детей в период активной минерализации зубов и созревания эмали после прорезывания с целью формирования ее карієсрезистентности.

Ключевые слова: микрокристаллизация ротовой жидкости, карієсрезистентность, дети.

N. L. Chukhray

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

STRUCTURAL PECULIARITIES OF ORAL LIQUID IN CHILDREN IN DIFFERENT AGE PERIOD

ABSTRACT

The aim of our investigation was to study peculiarities of microcrystallization of oral liquid in children of different age. **Material and methods of research:** There were studied crystallized function of oral liquid in 581 children of 5-16 years (279 boys and 302 girls) from schools of Lviv m. Львова by Leus P.A. methodic.

Result of the research it was estimated, that the I the type of microcrystallization of oral liquid meets, on the average, in 23,41±1,76 %, II type – in 47,33±2,07 % and III type – in 29,26±1,89 % of inspected children. The analysis of types of crystallization depending on sex have showed that it is noticed the tendency of prevailing the I type of crystals in boys (25,45±2,61 %) comparing with girls (21,52±2,36 %). I type of crystals meets not so often in both 5-8- year-old girls and boys, otherwise III type of crystals prevails of both sexes, that can testify about decreased mineralized function of oral liquid in children of this age period. From 8 years to 9 years percentage of children with different types of crystals changes: percentage of boys with the I type of crystals has tendency to increasing from

20,00±10,33 % to 46,67±12,88 %, but : percentage of boys with III type of crystals decreased from 40,00±12,65 % to 6,67±6,44 %. In girls of this age number of persons with I and III types of crystals decreased, but percentage with persons with II types of crystals increased from 18,18±11,63 % to 68,18±9,93 %. It was estimated that in group of 9-15-year-old children number of persons with III type of crystals is – 10,81±5,10 % – 20,00±6,32 %. In children of 9-10 years and 14-16 years in most cases is revealed II type of crystallization.

Conclusions: Received data testify the necessity of carrying out the preventive measures, directed on providing of constancy of optimum content of mineral components in oral liquid in children in the period of active tooth mineralization enamel maturation after teeth eruption with the purpose of formation its resistance.

Key words: microcrystallization of oral liquid, caries resistance, children.

Ротова рідина відіграє велику роль у життєдіяльності зуба, зокрема його твердих тканин, та підтриманні гомеостазу порожнини рота і є важливим об'єктом для вивчення етіології та патогенезу каріозного процесу у різних вікових групах дітей [7]. Однією із основних є її мінералізуюча функція, яка забезпечує вторинну мінералізацію зубів після їх прорізування та врегулює обмінні процеси в емалі зуба. В основі цього лежать механізми, які перешкоджають виходу із емалі компонентів, з яких вона складається, і які сприяють поступленню мінеральних речовин з ротової рідини в емаль зуба. Саме ці механізми забезпечують стан динамічної рівноваги складу емалі і ротової рідини. Ця рівновага підтримується на необхідному рівні завдяки рівності двох процесів – розчинення кристалів гідроксиапатиту емалі та їх утворення [2, 3].

Дані літературних джерел свідчать про зацікавленість науковців у проведенні досліджень по вивченню мікрокристалізації ротової рідини. Вперше про те, що ротова рідина при певних умовах може кристалізуватися з утворенням малюнків, доповів у 1977 р. П. А.Леус. Було встановлено, що після висушування краплі ротової рідини на предметному склі залишається осад, який має різну мікроскопічну будову, представлену певним рисунком, та в залежності від ступеню активності каріозного процесу структура цих рисунків змінюється [4].

Багатьма науковими дослідженнями з'ясовано, що мікрокристалізація ротової рідини має індивідуальні особливості і може змінюватись під впливом низки факторів [1,5]. Особливої уваги заслуговує дослідження мікрокристалізації ротової рідини у дітей різного віку, враховуючи зміну складу та функціональної здатності ротової рідини з віком [6].

Мета. Вивчити особливості мікрокристалізації ротової рідини у дітей різного віку.

Матеріал та методи. Дослідження кристалотворення ротової рідини було проведено у 581 дитини 5-16-ти річного віку (279 хлопців та 302 дівчат), які навчалися у шкільних закладах м. Львова за методикою Леуса П.А. (1977) [4]. Забір ротової рідини проводили з дна порожнини рота стерильною піпеткою через дві години після прийому їжі та полоскання ротової порожнини дистильованою водою. Три краплі ротової рідини поміщали на предметне скло, попере-

дно оброблене спиртом та висушували при кімнатній температурі. Після висихання краплі досліджували під мікроскопом. Результати опрацьовані статистично з використанням критерію Стьюдента [8].

Результати дослідження. У результаті проведених досліджень встановлено, що I тип мікрокристалізації ротової рідини виявлений, в середньому, лише у 23,41±1,76 % обстежених дітей. Натомість кількість дітей із II та III типами кристалів зустрічається – у 47,33±2,07 % та 29,26±1,89 % випадків (табл. 1). Більш детальний аналіз показав, що у дітей 5-ти річного віку кристали I типу зустрічаються лише у 11,94±2,80 % дітей, тоді як кристали II та III типів – у 44,03±4,29 % (p1<0,001, p2<0,001). Слід зазначити, що з 6-ти до 7-ми років відсоток дітей із I типом кристалоутворення (рис. 1) знижується із 19,44±4,66 % до

11,54±6,27%, (p>0,05), натомість відсоток дітей із III типом зростає із 41,67±5,81% до 50,00±9,81 %, що свідчить про зниження мінералізуючої функції ротової рідини у дітей у цей віковий період. На нашу думку, заслуговує уваги те, що у віковій групі 5-7 років відсоток дітей із кристалами I типу є нижчим у порівнянні із відсотком дітей із кристалами II та III типів. У дітей 8-ми років спостерігається лише подібна тенденція, а з 8-ми до 9-ти років відсоток дітей із кристалами III типу суттєво знижується із 46,15±9,78 % до 10,81±5,10 %, p<0,01. Встановлено, що у групі дітей 9-15 років кількість осіб із кристалами III типу коливається в межах – 10,81±5,10 % – 20,00±6,32 %. У дітей 9-10 та 14-16 років у більшій половині дітей переважає II тип кристалоутворення (рис. 2, 3).

Таблиця 1

Типи мікрокристалізації ротової рідини у дітей різного віку

Вік дитини (у роках)	К-сть дітей	Типи мікрокристалізації					
		I		II		III	
		n	%	n	%	n	%
5	134	16	11,94±2,80	59	44,03±4,29*	59	44,03±4,29*
6	72	14	19,44±4,66	28	38,89±5,75****	30	41,67±5,81****
7	26	3	11,54±6,27	10	38,46±9,54***	13	50,00±9,81*****
8	26	6	23,08±8,26	8	30,77±9,05*	12	46,15±9,78*
9	37	11	29,73±7,51	22	59,46±8,07****	4	10,81±5,10**
10	35	12	34,29±8,02	19	54,29±8,42**	4	11,42±5,38***
11	42	16	38,10±7,49	18	42,86±7,64*	8	19,04±6,06**
12	40	14	35,00±7,54	18	45,00±7,87*	8	20,00±6,32*
13	41	15	36,59±7,52	18	43,90±7,75*	8	19,51±6,19*
14	46	11	23,91±6,29	29	63,04±7,12*****	6	13,05±4,97*
15	39	12	30,77±7,39	20	51,28±8,00*	7	17,95±6,14*
16	43	6	13,95±5,28	26	60,47±7,46*****	11	25,58±6,65*
Загалом	581	136	23,41±1,76	275	47,33±2,07*****	170	29,26±1,89***

Примітка: ступінь достовірності визначався для дітей із II та III типами кристалів по відношенню до дітей із I типом кристалів.

* - p>0,05, ** - p<0,05, *** - p<0,02, **** - p<0,01, ***** - p<0,001.



Рис. 1 I тип мікрокристалізації ротової рідини, Дитина А. 7 років, КПВ+кп =2, I ступінь активності карієсу.



Рис. 2 II тип мікрокристалізації ротової рідини, Дитина С. 9 років, КПВ+кп =6, II ступінь активності карієсу.

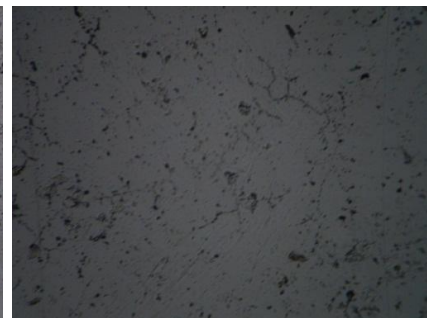


Рис. 3 III тип мікрокристалізації ротової рідини, Дитина К. 8 років, КПВ+кп =11, III ступінь активності карієсу.

Аналіз типів кристалоутворення в залежності від статі, показав, що, спостерігається тенденція до переважання I типу кристалоутворення у хлопців (25,45±2,61 %) у порівнянні із дівчатами (21,52±

2,36 %). Ця ж тенденція притаманна і для III типу кристалоутворення. Так, в середньому, 31,18±2,77 % хлопців та 27,49±2,57% мають III тип мікрокристалізації ротової рідини (табл. 2).

Таблиця 2

Типи мікрокристалізації ротової рідини у дітей в залежності від статі

Вік дитини (у роках)	Типи мікрокристалізації (у %)					
	Хлопці			Дівчата		
	I	II	III	I	II	III
5	10,14± 3,63	43,48± 5,97	46,38± 6,00	13,85± 4,28*	44,62± 6,17*	41,53± 6,11*
6	18,42± 6,29	39,47± 7,93	42,11± 8,01	20,59± 6,93*	38,24± 8,33*	41,17± 8,44*
7	-	36,36± 14,50	63,64± 14,50	20,00± 10,33	40,00± 12,65*	40,00± 12,65*
8	20,00± 10,33	40,00± 12,65	40,00± 12,65	27,27± 13,43*	18,18± 11,63*	54,55± 15,01*
9	46,67± 12,88	46,67± 12,88	6,67± 6,44	18,18± 8,22****	68,18± 9,93*	13,64± 7,32*
10	38,10± 10,60	52,38± 10,90	9,52± 6,40	28,57± 12,07*	57,14± 13,23*	14,29± 9,35*
11	52,63± 11,45	21,05± 9,35	26,32± 10,10	26,09± 9,16*	60,87± 10,18****	13,04± 7,02*
12	40,00± 12,65	26,67± 11,42	33,33± 12,17	32,0± 9,33*	56,0± 9,93*	12,00± 6,50*
13	52,38± 10,90	33,33± 10,29	14,29± 7,64	20,0± 8,94**	55,0± 11,12*	25,00± 9,68*
14	17,65± 9,25	70,59± 11,05	11,76± 7,81	27,59± 8,30*	58,62± 9,15*	13,79± 6,40
15	29,41± 11,05	47,06± 12,11	23,53± 10,29	31,82± 9,93*	54,55± 10,62*	12,63± 7,08*
16	19,05± 8,57	61,90± 10,60	19,05± 8,57	9,09± 6,13*	59,09± 10,48*	31,82± 9,93*
Загалом	25,45± 2,61	43,37± 2,97	31,18± 2,77	21,52± 2,36*	50,99± 2,88*	27,49± 2,57*

Примітка: ступінь достовірності визначався у дівчат по відношенню до хлопців із I, II та III типом мікрокристалізації ротової рідини.

* - p>0,05, ** - p<0,05, *** - p<0,02, **** - p<0,01, ***** - p<0,001.

Слід відмітити, що I тип кристалотворення виявлений у невеликій кількості як дівчат, так і хлопців 5-8-ми років, проте у дівчат відсоток осіб із кристалами I типу є вищим у порівнянні із хлопцями, при чому у 7-ми річних хлопців кристалів I типу не було виявлено взагалі. Натомість, у дітей обох статей переважає III тип кристалотворення, що може свідчити про знижену мінералізуючу функцію ротової рідини у дітей у цей віковий період. Серед 9-ти річних дівчат осіб із кристалами I типу виявлено - 18,18±8,22 %, що є достовірно нижче по відношенню до хлопців - 46,67±12,88 %, (p<0,01). У хлопців 9-13 та 16-ти років відмічена більша кількість осіб із I типом кристалотворення по відношенню до дівчат.

Цікавим є те, що із 8-ми до 9-ти років характерно міняється розподіл кристалів у дітей обох статей. Так, у цей період відсоток хлопців із I типом кристалотворення має тенденцію до зростання із 20,00±10,33 % до 46,67±12,88 %, p>0,05, натомість їх кількість із кристалами III типу достовірно зменшується - із 40,00±12,65% до 6,67±6,44%, p<0,02. У дівчат цього ж віку знижується кількість осіб із кристалами як I, так і III типу, проте достовірно зростає відсоток осіб із кристалами II типу - із 18,18±11,63% до 68,18±9,93 %.

Отже, дані дослідження показують, що мікрокристалізація ротової рідини має індивідуальні особливо-

сті і змінюється з віком та в залежності від статі, що обумовлено зміною складу та її функціональної здатності в кожний окремий віковий період. Заслужує уваги особливість розподілу кристалів у ротовій рідині у дітей 5-9 років, тобто у активний період прорізування постійних зубів. Отримані нами дані досліджень свідчать про необхідність проведення превентивних заходів, направлених на забезпечення постійності оптимального вмісту мінеральних компонентів в ротовій рідині у дітей саме в період активної мінералізації постійних зубів після їх прорізування з метою формування карієсрезистентності емалі.

Список літератури

1. **Безвужко Е. В.** Вплив профілактичних заходів на деякі показники ротової рідини та резистентності емалі / Е. В. Безвужко // Вісник стоматології. – 2010. – №1. – С. 74-77.
2. **Боровский Е. В.** Биология полости рта / Е.В. Боровский, В. К. Леонтьев. – М.: Медицина, 1991. – 304 с.
3. **Леонтьев В. К.** О мицеллярном состоянии слюны / В. К. Леонтьев, М. В. Гаулина // Стоматология. – 1991. – №5. – С. 17-20.
4. **Леус П. А.** Клинико-экспериментальное исследование патогенеза, патонегетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра. мед наук : спец. 14.00.21 “Стоматология” / П. А. Леус. – Москва, 1977. – 30 с.
5. **Рединова Т. Л.** Микрокристаллизация слюны у детей после приема углеводов и проведения профилактических противо-

кариозных мероприятий / Т. Л. Рединова // Стоматология. – 1989. – №4. – С. 62-63.

6. Використання методу мікрокристалізації змішаної слини з діагностичною та прогностичною метою / А. В. Самойленко, О. Д. Салюк, І. В. Горб-Гаврильченко [та ін.] // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XVIII, №3. – С. 1-5.

7. Скриптіна Г. И. Осадок ротової жидкості і процеси мінералізації емалі зубів у дітей / Г. И. Скриптіна, А. Н. Пятаєва, В. Г. Сунцов // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – №1. – С. 8-13.

8. Методичні рекомендації по статистичній обробці / [уклад. Смоляр Н. І., Федорів Я. М., Завойко Л. М. та ін.]. – Львів, 1995. – 17 с.

REFERENCES

1. **Bezvushko E. V.** Influence of preventive measures on some indices of oral liquid and resistance of enamel. *Visnik stomatologii*. 2010;1:74-77.

2. **Borovskiy E. V., Leontjev V. K.** *Biologiya polosti rta* [Biology of oral cavity] M.; 1991:304.

3. **Leonjev V. K., Gaulina M. V.** About micellar structure of saliva. *Stomatologiya*. 1991;5:17-20.

4. **Leus P. A.** *Kliniko-eksperimentalnoe isledovaniye patogeneza, patogeneticheskoy konservativnoy terapii i profilaktiki kariyesa zubov* [Clinical and experimental investigation of pathogenesis, pathogenetic conservative therapy and dental caries prevention] Abstract of dissertation for doctor of medical sciences. Moscow; 1977: 30.

5. **Redinova T. L.** Microcrystalization of saliva in children after reception of carbohydrates and carrying out measures for dental caries prevention. *Stomatologiya*. 1989;4:62-63.

6. **Samoylenko A. V., Salyuk O. D., Gorb-Gavrulchenko I. V., Kayukova V. D.** Application of method of microcrystalization of mixed saliva with diagnostic and prognostic aim. *Meduchni perpektuvu*. 2012;18(3):1-5.

7. **Skriptina G. I., Pitayeva A. N., Suntcov V. G.** Sediment of oral liquid and processes of mineralization of enamel in children. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika*. 2012; 1: 8-13.

8. **Smolyar N. I., Fedoriv Ya. M., Zavoyko L. M.** *Metodychni rekomendatsii po statystychniy obrobtsi* [Methodical recommendation on statistics]. Lviv, 1995: 17.

Надійшла 25.02.14



УДК 616.311.2-0026616-08:547.913

О. В. Деньга, д. мед. н., Ж. А. Довбня

Государственное учреждение «Крымский государственный университет им. С.И. Георгиевского»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ В СОЧЕТАНИИ С БЕНТОНИТОВОЙ ГЛИНОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ

При помощи клинических методов обследования, биохимического, морфологического и лектиногистохимического исследования изучена эффективность эфирных масел в сочетании с бентонитовой глиной в комплексном лечении средней степени тяжести хронического катарального гингивита у детей в возрасте 11-12 лет. Положительное влияние предложенного метода лечения реализуется за счет воздействия на метаболитные, морфофункциональные процессы и клиническое течение заболевания.

Ключевые слова: хронический катаральный гингивит, лектины, эфирные масла, бентонитовая глина, дети.

О. В. Деньга, Ж. А. Довбня

Державна установа «Кримський державний університет ім. С. І. Георгієвського»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕФИРНИХ МАСЕЛ У ПОЄДНАННІ З БЕНТОНІТОВОЮ ГЛИНОЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ

За допомогою клінічних методів обстеження, біохімічного, морфологічного і лектиногістохімічного дослідження вивчена ефективність застосування ефирних масел у поєднанні з бентонітовою глиною в комплексному лікуванні середнього ступеня важкості хронічного катарального гінгівіту у дітей у віці 11-12 років. Позитивний вплив запропонованого методу лікування реалізується за рахунок дії на метаболітні, морфофункціональні процеси і клінічний перебіг захворювання.

Ключові слова: хронічний катаральний гінгівіт, лектини, ефирні масла, бентонітова глина, діти.

O. V. Denga, Zh. A. Dovbnya

State Establishment Crimea State Medical University

PERFORMANCE EVALUATION OF USE OF ESSENTIAL OILS IN COMBINATION WITH BENTONITE CLAY FOR TREATMENT OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS OF CHILDREN

Epidemiological studies show that the prevalence of periodontal disease is very high. The severity of the pathological process of periodontium increases with age. As the inflammation progresses deep into periodontium, gingivitis turns into the other clinical entity – periodontitis. Taking into consideration that the basic in alteration is bacterial factor, then to increase the efficiency of treatment of gingivitis, medioprophyllactic complex of drugs should be used, whose aim would be to reduce microbial factor, that has anti-inflammatory action, membrane-stabilizing action, metabolite action, that promotes protein synthesis, that is related to microcirculation and regeneration processes, that doesn't have by-effects and allergic reactions.

The aim of the work was to estimate of efficiency of the proposed medioprophyllactic complex for treatment of chronic catarrhal gingivitis of middle severity of children.

Materials and Methods. By means of clinical examination methods, biochemical, morphological and lectinohistochemical study examined the effectiveness of essential oils in combination with bentonite clay in the complex treatment of moderate chronic catarrhal gingivitis in children aged 11-12 years.

Results. Conclusions. Positive influence of the proposed method of treatment will be accomplished due to affecting metabolite, morphofunctional processes and clinical flow of disease. These data provide a basis to recommend the combination of mixture of essential oils combined with bentonite clay as the effective remedy for chronic catarrhal gingivitis.

Key words: chronic catarrhal gingivitis, lectins, essential oils, bentonite clay, children.