
СТОМАТОЛОГІЯ

© Боднарук Ю. Б., Рожко М. М.

УДК 616. -007. 1-056 : 653. 90 : 661. 07

Боднарук Ю. Б., Рожко М. М.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО – ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ НА ФОНІ ДЦП

Івано-Франківський національний медичний університет

(м. Івано-Франківськ)

bodnaruk.mihail@mail.ru

Дане дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри стоматології інституту післядипломної освіти ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», № державної реєстрації 011U001788.

Вступ. У сучасних умовах нестабільної економічної ситуації і різкої соціальної диференціації, особливої уваги потребують діти-інваліди, що мешкають у будинках-інтернатах. Стоматологічний статус дітей з психоневрологічними відхиленнями є актуальною проблемою медицини на сьогодні, а стоматологічна допомога таким дітям недостатньо оптимізована, несвоєчасна та надається у неповному обсязі [3, 6]. Реакція дітей з психоневрологічними відхиленнями на лікування не завжди адекватна, часом агресивна, що корелює зі ступенем важкості основного захворювання. Особливістю стоматологічних втручань у дітей з різними формами церебрального паралічу є те, що план лікувальних маніпуляцій повинен будуватися з урахуванням специфіки нервово-м'язової патології [7].

Метою дослідження була розробка комплексу лікувально-профілактичних заходів у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні ДЦП

Об'єкт і методи дослідження. Комплекс лікувально-профілактичних заходів у дітей з хронічним катаральним гінгівітом, хворих на ДЦП включав: індивідуальну гігієну ротової порожнини; санація ротової порожнини з переважним використанням склоіомерного цементу «Ketac Molar» фірми «3M ESPE»; професійна гігієна порожнини рота (критерієм кратності проведення професійних гігієнічних заходів слугував стоматологічний статус пацієнтів, насамперед інтенсивність карієсу постійних зубів та стан індивідуальної гігієни порожнини рота).

На першому етапі дітям прививались стійкі гігієнічні навички: кожна дитина груп дослідження була навчена стандартному методу чистки зубів по Г. Н. Пахомову. Навчання проводилось шляхом показу на фантомах щелеп та мовної інструкції по згаданій методиці. Дітей вчили правильно тримати зубну щітку, які у всіх були однаковими (середня ступінь жорсткості щетини, з рівним щетинним полем, довжиною робочої

частини 20 мм та шириною 6 мм. Для чистки зубів дітям була запропонована зубна паста «Blend-a-med PRO EXPERT». Стійкість мануальних навичок перевірялась щомісяця.

Дітям з хронічним катаральним гінгівітом основної групи (40 осіб) проводили антисептичну обробку ротової порожнини «Стоматидином», який є антисептиком широкого спектру антибактеріальної та протигрибкової дії. Рекомендували полоскання нерозведеним розчином (15 мл) впродовж 30 секунд, а також 2-3 рази на день після їжі (під обов'язковим контролем вихователів). Для зниження інтенсифікації запальних захворювань тканин пародонта дітям призначались розсмоктувальні таблетки «Лізак», який містить лізоцим та декваліній хлорид. Лізоцим – мукополісахарид, ефективний відносно грампозитивних бактерій, вірусів та грибів, має протизапальну дію та підвищує опірність організму. Декваліній хлорид є місцевим антисептиком, має антибактеріальну, протигрибкову дію. Препарат рекомендували застосовувати 4 рази на добу. Ендогенно дітям з ХКГ основної групи рекомендувався вітамінний комплекс «Супервіт» по 1 таблетці на добу, протягом місяця, 2 рази на рік. «Супервіт» – це полівітамінно-мінеральний комплекс, який містить у своєму складі 18 компонентів – вітамінів та мінералів, які впливають на процеси тканинного метаболізму, зменшуючи метаболічний ацидоз та тканинну гіпоксію. Зокрема, аскорбінова кислота та залізо беруть участь у окисно-відновних процесах, що є необхідним для росту кісток, зубів, ендотелію капілярів і для нормального функціонування нервової та імунної системи. Залізо, в свою чергу, підвищує опірність організму інфекціям.

У якості фізіотерапевтичного методу [5], дітям з ХКГ на тлі ДЦП проводили світлотерапію за допомогою лампи «Біоптрон-Компакт III» (фірми «Zepter», Швейцарія). Світлотерапевтичний апарат «Біоптрон-Компакт III» перетворює світловий потік: він стає плоскополяризаційним, поліхроматичним, некогерентним, низькоенергетичним, не містить ультрафіолетових та значної частини інфрачервоних променів (Пайлер-світло). Ці властивості обумовлюють більш високу проникаючу дію світлових електромагнітних хвиль у шкіру, підшкірні судини та нервові структури, кров, у зв'язку з чим їх біологічна дія опосередковується як на клітинному, так і на системному рівні. Поновлення

Таблиця 1

Динаміка індексу РМА у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні ДЦП у залежності від застосованих методик лікування у різні терміни спостереження

Терміни дослідження	Основна група (n=40)			Контрольна група (n=39)		
	Легкий ступень ХКГ	Середній ступень ХКГ	Важкий ступень ХКГ	Легкий ступень ХКГ	Середній ступень ХКГ	Важкий ступень ХКГ
До лікування	23,19 ± 1,24	39,20 ± 1,26	54,60 ± 1,24	23,12 ± 1,22	39,42 ± 1,25	54,48 ± 1,21
Після лікування	10,25 ± 1,20*	21,16 ± 1,22*	30,84 ± 1,21*	17,21 ± 1,24*	30,80 ± 1,21*	48,29 ± 1,22*
Через 1 місяць після лікування	17,28 ± 1,21*	29,40 ± 1,22*	40,24 ± 1,22*	22,05 ± 1,20	38,70 ± 1,21	52,44 ± 1,20
Через 3 місяці після лікування	15,80 ± 1,22*	23,12 ± 1,21*	40,0 ± 1,20*	23,45 ± 1,24	39,90 ± 1,21	54,48 ± 1,21
Через 6 місяців після лікування	10,86 ± 1,17*	19,24 ± 1,25*	32,18 ± 1,23*	25,90 ± 1,22	40,15 ± 1,24	55,21 ± 1,20
Через 12-18 місяців після лікування	13,70 ± 1,17*	19,24 ± 1,25*	30,25 ± 1,24*	26,20 ± 1,20	41,40 ± 1,20	55,60 ± 1,21

Примітка: *p<0,01- достовірна різниця значень стосовно даних до лікування.

функцій нервових закінчень, покращення трофіки та оксигенації, сприяє підвищенню сенсорної чутливості та активації різних функціональних систем.

У комплексну терапію у дітей основної групи була включена міогімнастика для м'язів, метою якої є усунення гіподинамії м'язів обличчя, для покращення кровообігу у тканинах ясен, усунення явищ гіпоксії та шкідливої звички ротового дихання.

У контрольній групі (39 дітей) були проведені рекомендації по догляду за ротовою порожниною та рекомендації щодо вибору засобів гігієни, лікування надавалось на основі базових протоколів «Терапевтична стоматологія» [1, 2].

Ефективність проведення лікувально-профілактичних заходів оцінювали через 3,6,12-18 місяців після лікування.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведенні комплексні дослідження запропонованого нами лікувально-профілактичного комплексу у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні дитячого церебрального паралічу (Патент на корисну модель № 84102, 10. 10. 2013, Бюл. № 19) та осіб з ХКГ на фоні ДЦП, де застосовувались традиційні лікувальні заходи у різні терміни спостереження, представлені у **таблицях 1-3.**

За даними **таблиці 1**, динаміка значень індексу РМА при різних ступенях важкості ХКГ у дітей груп дослідження була неоднорідною і характеризувалась певними особливостями. Так, у дітей груп дослідження при усіх ступенях важкості ХКГ, після лікування індексна оцінка РМА достовірно знижувалась (p<0,01), однак у дітей основної групи цифрові значення індексу який аналізувався були значно менше. Через 30 днів після лікування у дітей груп дослідження спостерігали збільшення індексних балів, які у осіб основної групи залишались нижчими стосовно вихідних значень (p<0,01), а у дітей контрольної групи дорівнювали референтним даним (p >0,05). У подальші терміни дослідження (3-18 місяців) у дітей, де застосовувався запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс, значення індексу РМА знижувались від (15,80 ± 1,22)% через 3 місяці після лікування до (13,70 ± 1,17)% через 12-18 місяців спостережень (p<0,01) при легкому ступені ХКГ; від (23,12 ± 1,21)% через 3 місяці після лікування до (19,24 ± 1,25)% у віддалені терміни дослідження при середньому ступені важкості ХКГ (p<0,01) та від (40,0 ± 1,20)% до (30,25 ± 1,24)% при важкому ступені ХКГ (p<0,01). Звертало увагу, що через 12-18 місяців після лікування, у дітей основної групи при середньому ступені ХКГ, кінцева бальна оцінка (19,24 ± 1,25)% характеризувалась як гінгівіт легкого ступеня, а у осіб з важким ступенем ХКГ, індекс РМА зі значенням (30,25 ± 1,24)% відповідав середньому ступеню запального процесу у пародонті. У дітей контрольної групи, де застосовувались традиційні лікувально-профілактичні заходи,

через 3-18 місяців значення індексу РМА збільшувались при усіх ступенях важкості ХКГ та статистично не відрізнялись від вихідних даних (p >0,05). При цьому, за індексом ефективності лікування по Улітковському у дітей, хворих на ДЦП основної групи, ефективність лікування при ХКГ легкого ступеня становила 40,92%, при середньому ступені ХКГ – 50,91% та при ХКГ важкого ступеня – 44,59% через 12-18 місяців після лікування. У дітей, хворих на ДЦП групи контролю, ефективності проведення лікувально-профілактичних заходів не відзначалось.

Динаміка значень індексу кровоточивості ясен у дітей з ХКГ на фоні ДЦП у залежності від ступеня важкості запального процесу та термінів спостережень представлена у **таблиці 2.** Слід зауважити, що після лікування у дітей обох груп дослідження, незалежно від ступеня важкості запального процесу у пародонті, бальна оцінка аналізованого індексу достовірно знижувалась (p<0,01), хоча у осіб основної групи цифрові значення індексу кровоточивості ясен були нижче, ніж у осіб контрольної групи. Через 1 місяць після лікування у дітей основної групи Ікр залишався достовірно нижче (p<0,01) стосовно вихідних даних при легкому та середньому ступенях важкості ХКГ, але при важкому ступені запального процесу у пародонті збільшився та дорівнював вихідному значенню (p >0,05). У дітей контрольної групи, через 1 місяць після лікування, при усіх ступенях важкості Ікр дорівнював референтним значенням (p >0,05). Через 3 місяці після лікування у дітей основної групи бальна оцінка Ікр мала від'ємну динаміку: цифрові значення аналізованого індексу збільшувались та дорівнювали вихідним даним (p >0,05). У осіб контрольної групи через 3 місяці після лікування досліджувалась аналогічна тенденція, причому отримані показники Ікр були статистично вище референтних значень (p <0,05; p <0,01).

Через 6-18 місяців досліджень у дітей основної групи значення Ікр істотно зменшувались стосовно даних до лікування (p<0,01), тоді як у дітей контрольної групи аналізовані індексні оцінки стали вище

Таблиця 2
Динаміка індексу кровоточивості ясен у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні ДЦП у залежності від застосованих методик лікування у різні терміни дослідження

Терміни дослідження	Основна група (n=40)			Контрольна група (n=39)		
	Легкий ступень ХКГ	Середній ступень ХКГ	Важкий ступень ХКГ	Легкий ступень ХКГ	Середній ступень ХКГ	Важкий ступень ХКГ
До лікування	1,29± ±0,014	1,84± ±0,013	2,47± ±0,010	1,28± ±0,014	1,80± ±0,013	2,50± ±0,011
Після лікування	0,85± ±0,015*	1,21± ±0,012*	1,72± ±0,010*	1,10± ±0,013*	1,29± ±0,012*	2,20± ±0,012*
Через 1 місяць після лікування	1,20± ±0,012*	1,59± ±0,011*	2,24± ±0,011	1,24± ±0,014	1,82± ±0,011	2,48± ±0,012*
Через 3 місяці після лікування	1,26± ±0,014	1,80± ±0,011	2,40± ±0,012	1,32± ±0,014**	1,90± ±0,012*	2,60± ±0,011*
Через 6 місяців після лікування	0,62± ±0,012*	0,90± ±0,012*	1,56± ±0,012*	1,32± ±0,014**	1,95± ±0,011*	2,63± ±0,012*
Через 12-18 місяців після лікування	0,65± ±0,011*	1,10± ±0,013*	1,60± ±0,013*	1,37± ±0,014**	2,00± ±0,011*	2,70± ±0,011*

Примітка: *p < 0,01 – достовірна різниця значень стосовно даних до лікування; **p < 0,05 – достовірна різниця значень стосовно даних до лікування.

Таблиця 3
Динаміка змін індексу Гріна-Вермільйона (ОHI-S) у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні ДЦП у залежності від лікувальних методик у різні терміни дослідження

Терміни дослідження	Основна група (n=40)			Контрольна група (n=39)		
	Легкий ступень ХКГ	Середній ступень ХКГ	Важкий ступень ХКГ	Легкий ступень ХКГ	Середній ступень ХКГ	Важкий ступень ХКГ
До лікування	2,06± ±0,11	2,88± ±0,12	3,36± ±0,12	2,10± ±0,12	2,78± ±0,11	3,30± ±0,11
Після лікування	1,56± ±0,12*	2,05± ±0,11	2,78± ±0,12*	1,72± ±0,12**	2,25± ±0,13*	3,00± ±0,12
Через 1 місяць після лікування	2,15± ±0,12	2,96± ±0,12	3,45± ±0,11	2,20± ±0,12	2,85± ±0,12	3,35± ±0,11
Через 3 місяці після лікування	1,42± ±0,11*	1,75± ±0,11*	2,26± ±0,12*	2,21± ±0,12	2,80± ±0,10	3,35± ±0,12
Через 6 місяців після лікування	1,24± ±0,12*	1,58± ±0,12*	1,93± ±0,11*	2,18± ±0,12	2,95± ±0,11	3,40± ±0,11
Через 12-18 місяців після лікування	1,20± ±0,11*	1,35± ±0,14*	1,55± ±0,11*	2,20± ±0,11	2,97± ±0,12	3,38± ±0,10

Примітка: *p < 0,01 – достовірна різниця значень стосовно даних до лікування; **p < 0,05 – достовірна різниця значень стосовно даних до лікування.

(p < 0,01) референтних значень при усіх ступенях важкості ХКГ.

Динаміка індексу Гріна-Вермільйона у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні ДЦП, у залежності від застосованих лікувальних методик та інтенсивності запального процесу у пародонті представлена у таблиці 3.

Після проведення лікувально-профілактичних заходів, у дітей обох груп дослідження відбувалось достовірне зниження даних індексу ОHI-S: у осіб основної групи – при усіх ступенях важкості ХКГ (p < 0,01),

а у дітей контрольної групи – при легкому (p < 0,05) та середньому (p < 0,01) ступенях важкості ХКГ, однак при ХКГ важкого ступеня індексна оцінка аналізованого індексу не покращилась та дорівнювала відповідному значенню (p > 0,05). Через 1 місяць після лікування, у дітей груп дослідження спостерігали збільшення значень ОHI-S при усіх ступенях важкості ХКГ, яке дорівнювало вихідним даним (p > 0,05). Однак, через 3 місяці після лікування у дітей основної групи досліджували поступове зменшення значень індексу ОHI-S, яке через 12-18 місяців: при легкому ступені становило (1,20±0,11) бали, при середньому – (1,35±0,14) бали та при важкому ступені ХКГ – (1,55±0,11) бали та знаходилось у межах задовільного стану гігієни порожнини рота (p < 0,01). У дітей контрольної групи позитивних змін у динаміці значень індексу ОHI-S не відзначалось: через 12-18 місяців після лікування, дані індексу знаходились у межах незадовільного стану гігієни порожнини рота при легкому ступені ХКГ зі значенням (2,20±0,11) бали та свідчили про поганий гігієнічний стан при середньому ((2,97±0,12) бали) та при важкому ступені ХКГ ((3,38±0,10) бали), (p > 0,05).

Висновки. Аналіз середніх значень параклінічних індексів переконливо доводить позитивну динаміку даних індексів РМА, Ікр та ОHI-S у дітей з ХКГ на фоні ДЦП основної групи, у результаті застосування запропонованого нами лікувально-профілактичного комплексу. Привернуло увагу те, що у терміни 1-3 місяці після лікування, значення індексів збільшувались, що, ймовірно, пов'язано з недостатністю закріплення мануальних навичок при гігієнічному догляді за порожниною рота у дітей з ДЦП у даний проміжок часу і потребує неодноразового застосування виховних та навчальних заходів зі сторони стоматологів та вихователів будинків-інтернатів. У

дітей основної групи, у результаті закріплення знань та навичок по догляду за ротовою порожниною, значення параклінічних індексів істотно зменшувались через 6-18 місяців. У дітей контрольної групи у результаті одноразового гігієнічного тренінгу позитивної динаміки у даних індексів не відзначалось.

Перспективи подальших досліджень. Планується продовжити вдосконалення лікувально-профілактичних заходів у даного контингенту за допомогою закріплення мануальних навичок при гігієнічному догляді за порожниною рота.

Література

1. Белоклицкая Г. Ф. Клинические методы обследования больных с заболеваниями тканей пародонта / Г. Ф. Белоклицкая // Дентальные технологии. – 2003. – № 5 (13). – С. 15-18.
2. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей / Т. Ф. Виноградова, О. П. Максимова, Э. М. Мельниченко. – М. : Медицина, 1983. – 208 с.
3. 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.
4. 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.
5. Профилактика и лечение заболеваний пародонта – необходим системный подход / Н. Н. Аболмасов, В. Р. Шашмурина, И. А. Адаева // Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 1. – С. 41-42.
6. Роль перинатальных факторів у виникненні уражень нервової системи у новонароджених / В. Ф. Лобода, Г. А. Павлишин, М. Н. Свірська // Український вісник психоневрології. – 1995. – Т. 3, Вип. 317. – С. 106-107.
7. Ткаченко С. К. Вплив перинатальної патології на розвиток плода та новонародженого / С. К. Ткаченко // В. кн. Медицина дитинства. – К. : Здоров'я, 1997. – Т. 1. – С. 190-195.

УДК 616. -007. 1-056 : 653. 90 : 661. 07

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО – ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ НА ФОНІ ДЦП

Боднарук Ю. Б., Рожко М. М.

Резюме. У сучасних умовах нестабільної економічної ситуації і різкої соціальної диференціації, особливої уваги потребують діти-інваліди, що мешкають у будинках-інтернатах. Стоматологічний статус дітей з психоневрологічними відхиленнями є актуальною проблемою медицини на сьогодні, а стоматологічна допомога таким дітям недостатньо оптимізована, несвоєчасна та надається у неповному обсязі. Реакція дітей з психоневрологічними відхиленнями на лікування не завжди адекватна, часом агресивна, що корелює зі ступенем важкості основного захворювання. Особливістю стоматологічних втручань у дітей з різними формами церебрального паралічу є те, що план лікувальних маніпуляцій повинен будуватися з урахуванням специфіки нервово-м'язової патології.

У статті представлено комплекс лікувально-профілактичних заходів у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні ДЦП. Даний комплекс включав: індивідуальну гігієну ротової порожнини; санація ротової порожнини з переважним використанням склоіномерного цементу «Ketac Molar» фірми «3М ESPE»; професійна гігієна порожнини рота (критерієм кратності проведення професійних гігієнічних заходів слугував стоматологічний статус пацієнтів, насамперед інтенсивність карієсу постійних зубів та стан індивідуальної гігієни порожнини рота).

Аналіз середніх значень параклінічних індексів переконливо доводить позитивну динаміку даних індексів РМА, Ікр та ОНІ-S у дітей з ХКГ на фоні ДЦП основної групи, у результаті застосування запропонованого нами лікувально-профілактичного комплексу. Привернуло увагу те, що у терміни 1-3 місяці після лікування, значення індексів збільшувались, що, ймовірно, пов'язано з недостатністю закріплення мануальних навичок при гігієнічному догляді за порожниною рота у дітей з ДЦП у даний проміжок часу і потребує неодноразового застосування виховних та навчальних заходів зі сторони стоматологів та вихователів будинків-інтернатів. У дітей основної групи, у результаті закріплення знань та навичок по догляду за ротовою порожниною, значення параклінічних індексів істотно зменшувались через 6-18 місяців. У дітей контрольної групи у результаті одноразового гігієнічного тренінгу позитивної динаміки у даних індексів не відзначалось.

Ключові слова: катаральний гінгівіт, дитячий церебральний параліч.

УДК 616. -007. 1-056 : 653. 90 : 661. 07

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ НА ФОНЕ ДЦП

Боднарук Ю. Б., Рожко М. М.

Резюме. В современных условиях нестабильной экономической ситуации и резкой социальной дифференциации, особого внимания требуют дети-инвалиды, проживающие в домах-интернатах. Стоматологический статус детей с психоневрологическими отклонениями является актуальной проблемой медицины на сегодня, а стоматологическая помощь таким детям недостаточно оптимизирована, несвоевременная и предоставляется в неполном объеме. Реакция детей с психоневрологическими отклонениями на лечение не всегда адекватна, порой агрессивная, что коррелирует со степенью тяжести основного заболевания. Особенностью стоматологических вмешательств у детей с различными формами церебрального паралича является то, что план лечебных манипуляций должен строиться с учетом специфики нервно-мышечной патологии.

В статье представлен комплекс лечебно-профилактических мероприятий у детей с хроническим катаральным гингивитом на фоне ДЦП. Данный комплекс включал: индивидуальную гигиену ротовой полости; санація ротової порожнини з переважним використанням склоіномерного цементу «Ketac Molar» фірми «3М ESPE»; професійна гігієна порожнини рота (критерієм кратності проведення професійних гігієнічних заходів слугував стоматологічний статус пацієнтів, прежде всего интенсивность кариеса постоянных зубов и состояние индивидуальной гигиены полости рта).

Анализ средних значений параклинических индексов убедительно доказывает положительную динамику данных индексов PMA, Икр и ОНІ-S у детей с ХКГ на фоне ДЦП основной группы, в результате применения предложенного нами лечебно-профилактического комплекса. Привлекло внимание то, что в сроки 1-3 месяца после лечения, значения индексов увеличивались, что, вероятно, связано с недостаточностью закрепления мануальных навыков при гигиеническом уходе за полостью рта у детей с ДЦП в данный промежуток времени и требует многократного применения воспитательных и учебных мероприятий со стороны стоматологов и воспитателей домов-интернатов. У детей основной группы, в результате закрепления знаний и навыков по уходу за полостью рта, значение параклинических индексов существенно уменьшались через 6-18 месяцев. У детей контрольной группы в результате однократного гигиенического тренинга положительной динамики данных индексов не отмечали.

Ключевые слова: катаральный гингивит, детский церебральный паралич.

UDC 616. -007. 1-056 : 653. 90 : 661. 07

Evaluation of Treatment – Preventive Measures in Children with Chronic Catarrhal Gingivitis on Background Cerebral Palsy

Bodnaruk Y. B., Rozhko M. M.

Abstract. In today's unstable economic situation and the drastic social differentiation, special attention should be paid disabled children living in nursing homes. Dental status of children with intellectual disabilities is an urgent problem of medicine today, such as dental care for children not optimized, provided late and incomplete. The reaction of children with intellectual disabilities in treatment is not always adequate, sometimes aggressive, which correlates with the severity of the underlying disease. Feature dental interventions in children with various forms of cerebral palsy is that therapeutic manipulation plan should take into account the specifics of the nerve-muscle disease.

The article presents the complex preventive measures in children with chronic catarrhal gingivitis against the background of cerebral palsy. This set includes: individual oral hygiene; oral rehabilitation with primary use of glassionomer cement «Ketac Molar» company «3M ESPE»; professional oral hygiene (criterion multiplicity of professional dental hygiene measures served as status of patients first permanent teeth caries intensity and the state of individual oral hygiene).

In the first phase the children teaching hygiene skills: every child study groups was taught a standard method of cleaning teeth by Pakhomov. Studies on phantoms the jaws and language instruction conducted mentioned procedure. Children are taught to properly hold a toothbrush, which all had the same (average severity bristle with equal field, working part length of 20 mm and a width of 6 mm. For cleaning teeth children was proposed toothpaste «Blend-a-med PRO EXPERT». Manual skills checked monthly.

Children with chronic catarrhal gingivitis (CCG) main group (40 people) performed oral antiseptic treatment «Stomatydyн», which is antiseptic broad spectrum antibacterial and antifungal action. Recommended rinsing undiluted solution (15 ml) for 30 seconds, and 2-3 times daily after meals (under mandatory supervision educators). To reduce the intensification of inflammatory diseases periodontal children appointed pill «Lizak» which contains lysozyme and dequalinium chloride. The drug is recommended to use 4 times per day. Endogenous children from CCG core group recommended vitamin complex «Supervit» 1 tablet a day for a month, 2 times a year. «Supervit» – a multivitamin and mineral complex that contains incorporates 18 components – vitamins and minerals that affect the processes of tissue metabolism, reducing metabolic acidosis and tissue hypoxia. In particular, ascorbic acid and iron involved in redox processes, which is essential for the growth of bones, teeth and the capillary endothelium of the normal functioning of the nervous and immune systems. Iron, in turn, increases resistance to infection.

As a physiotherapy method, children with cerebral palsy CCG conducted against a background of light therapy using lamps «BIOPTRON-Compact III» (manufactured by «Zepter», Switzerland).

In the treatment of children in the main group was included miogymnastics for muscles, which aims to eliminate inactivity facial muscles, to improve blood circulation in the tissues of the gum, eliminating the phenomena of hypoxia and mouth breathing habit.

In the control group (39 children) were made recommendations for oral care and recommendations on the selection of hygiene, treatment was attached from basic protocols «Therapeutic dentistry»

Analysis of the average values paraclinical indices proves positive dynamics data indexes PMA, calves and ОНІ-S in children with cerebral palsy CCG against the background of the main group, the result of our proposed health-care complex. Have drawn attention to the fact that in terms of 1-3 months after treatment, the index increased, which is probably due to the lack of consolidation of chiropractic skills in hygienic oral care in children with cerebral palsy in the given time and requires repeated application of educational and training activities on the part of dentists and educators orphanages. The children of the main group, resulting in consolidation of knowledge and skills in oral care, paraclinical indices values significantly decreased by 6-18 months. Children in the control group as a result of hygienic disposable training positive dynamics in these indices were noted.

Keywords: catarrhal gingivitis, cerebral palsy.

Рецензент – проф. Каськова Л. Ф.

Стаття надійшла 01. 04. 2015 р.