

УДК 616.311.2.-002-036.12-053:612.014

**Малко Н.В.**

## **ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ 12-15 РОКІВ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ЕКОЛОГІЧНО-НЕСПРИЯТЛИВІЙ ТА ЙОД-, ФТОРДЕФІЦИТНІЙ ТЕРИТОРІЇ**

Національний медичний університет ім. Данила Галицького (м. Львів)

*Проводили спостереження у 55 дітей віком 12-15 років, які проживають на екологічно забруднених та йод-, фтор дефіцитних територіях, до яких належать міста Яворів та Жидачів Львівської області. До основної групи увійшло 33 дітей, яким проводилось лікування за розпрацьованою схемою, місцеве лікування включало: професійну гігієну порожнини рота; традиційні протизапальні засоби (настоянки ромашки, звіробою, календули); аплікації на поверхню ясен препаратом «Холісал» гель; застосування зубної пасти «Лакалут Актив Гербал» та ополіскувача «Лакалут Актив» з протизапальним ефектом. Для загального лікування застосовували: «КіндерБіовіталь Лецитин гель» для підсилення функції імунної системи; «Аскорутин» для зменшення проникливості та ламкості капілярів. Дітям контрольної групи (22 дитини) проводилось лікування згідно протоколу МОЗ України надання медичної допомоги за спеціальністю «Терапевтична стоматологія». У результаті застосування розпрацьованого нами лікувального комплексу у дітей основної групи з хронічним катаральним гінгівітом, вдалося значно нормалізувати і покращити стан тканин пародонта, гігієну ротової порожнини, що підтверджено даними індексної оцінки та результатами лабораторних досліджень.*

Ключові слова: хронічний катаральний гінгівіт, діти, лікувальний комплекс, екологічна ситуація

*Дане дослідження є фрагментом планової НДР «Оцінка стоматологічної захворюваності дітей з урахуванням еколого-соціальних аспектів та ефективності профілактики карієсу та хвороб пародонта», № державної реєстрації 0115U000037.*

### **Вступ**

Охорона здоров'я дитячого населення є головним завданням сучасної медицини, в тому числі й стоматології. В умовах антропогенного забруднення навколишнього середовища зберігається тенденція до зростання загальносоматичної захворюваності, яка у дітей в екологічно небезпечних регіонах у 1,5 – 5,3 рази вища, ніж у відносно чистих [2,5,6].

Оточуюче середовище відіграє суттєву роль і у виникненні стоматологічних захворювань. Дослідження [3,4] довели, що карієс зубів у дітей, які проживають в умовах забрудненого навколишнього середовища, зустрічається у 88,3% - 100%, а частота захворювань пародонта становить від 14,3% до 77,2% [1,7,9]. Серед запальних захворювань тканин пародонта в дитячому віці домінує хронічний катаральний гінгівіт, поширеність якого у різні вікові періоди дітей становить від 18,5% до 85,0% [9].

Територія Львівської області характеризується високим рівнем поширеності захворювань тканин пародонта, яка складає від 32,3 % до 68,5 % [1,8]. Складна екологічна ситуація регіону, природні геохімічні особливості (дефіцит фтору, йоду) та поява токсичних елементів створюють передумови для зниження соматичного та стоматологічного здоров'я дітей [1,10,11]. Така багатоконпонентність екогеохімічної системи території визначає складність вивчення [1,2] проблеми впливу чинників довкілля на стан тканин пародонта у дітей.

Таким чином, проблема впливу чинників навколишнього середовища на стан тканин пародонта у дітей є складною і багатоплановою. Це зумовлює необхідність її подальшого вивчення та розробки на підставі отриманих даних, ком-

плексу лікувальних заходів, спрямованих на послаблення дії несприятливих чинників навколишнього середовища на органи та тканини ротової порожнини у дітей.

### **Мета дослідження**

Вивчити ефективність лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей, що проживають на екологічно забруднених та йод-, фтор дефіцитних територіях.

### **Об'єкт і методи дослідження**

Для оцінки ефективності результатів лікування ХКГ середнього ступеня важкості було сформовано 2 групи дітей віком 12 та 15 років, які проживають у екологічно забруднених та йод-, фтор дефіцитних територіях, до яких належать міста Яворів та Жидачів Львівської області. До основної групи увійшло 33 дітей, яким проводилось лікування за розпрацьованою схемою. Дітям контрольної групи (22 дитини) проводилось лікування згідно протоколів МОЗ України надання медичної допомоги за спеціальністю «Терапевтична стоматологія».

Нами розпрацьований комплекс лікувальних заходів для дітей з ХКГ, які проживають у екологічно несприятливих та фтор, йод- дефіцитних умовах включав: професійну гігієну порожнини рота; традиційні протизапальні засоби (настоянки ромашки, звіробою, календули); аплікації на поверхню ясен препаратом «Холісал» гель; застосування зубної пасти «Лакалут Актив Гербал» та ополіскувача «Лакалут Актив» з протизапальним ефектом. Для загального лікування застосовували: «КіндерБіовіталь Лецитин гель» для підсилення функції імунної системи; «Аскорутин» для зменшення проникливості та ламкості капілярів.

Оцінка найближчих результатів лікування проводилась візуально, з урахуванням зміни клінічних симптомів (на 12-14 добу) та за допомогою пародонтальних та гігієнічних індексів, імунологічних показників. Пародонтологічний статус оцінювали за індексами РМА, СРІ та кровоточивості ясен. Гігієну ротової порожнини визначали згідно індексу Федорова-Володкіної.

Отримані дані опрацьовані статистично за допомогою ліцензійних програм «MicrosoftExcel» і «Statistica 5.5A».

**Результати досліджень та їх обговорення**

Оцінка ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей проведена нами на 12-14 добу (рис.).

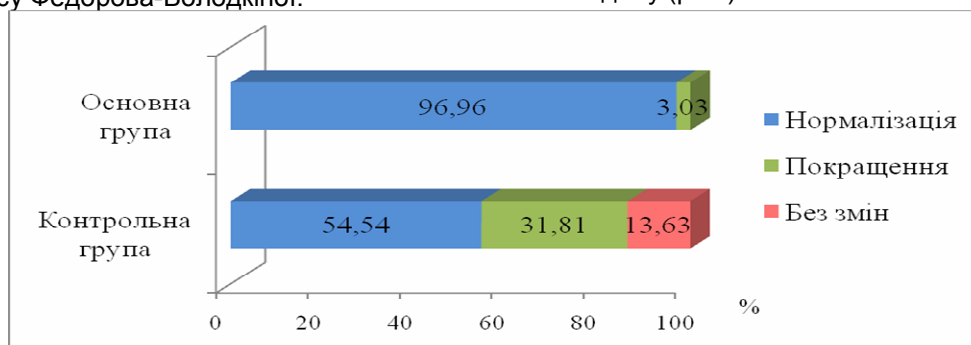


Рис. Критерії клінічної оцінки стану тканин пародонта у дітей з ХКГ середнього ступеня важкості на 12-14 день після лікування.

Нами виявлена повна ліквідація запального процесу на 12-14 день спостереження у 32 дітей (96,96±2,98%) та у 1 дитини (3,03±1,98%) виявлено «покращення» стану тканин пародонта з середнім ступенем ХКГ основної групи. У контрольній групі в 12 дітей (54,54±10,61%) виявлено «нормалізацію» (p<0,05) та у 7 дітей (31,81±9,92%) спостерегали «покращення» стану тканин пародонта (p<0,01). Звертає увагу, що у 3 дітей (13,63±7,31%) контрольної групи, при середньому ступені важкості ХКГ, зберігались клі-

нічні симптоми запального процесу. Суб'єктивні відчуття хворих і дані огляду порожнини рота підтверджують результати визначення об'єктивних пародонтальних індексів, представлених у таблиці 1. З даних таблиці видно, що до початку лікування у дітей з середнім ступенем ХКГ пародонтальні індекси були приблизно однакового значення. Проте, в динаміці проведеного лікування середні показники пародонтальних індексів дітей основної і контрольних груп суттєво відрізнялись.

Таблиця 1  
Динаміка пародонтальних індексів у процесі лікування дітей з ХКГ

Пародонтальні індекси	Групи Дітей	До лікування	12-14 доба після лікування
Індекс РМА (%)	Основна	38,39±1,93	17,21±1,96*
	Контрольна	40,21±1,90	30,25±1,83*
Індекс кровоточивості (в балах)	Основна	1,33±0,12	0,73±0,11**
	Контрольна	1,54±0,16	1,40±0,16***
Індекс СРІ (в балах)	Основна	1,83±0,11	0,85±0,14*
	Контрольна	1,75±0,13	1,30±0,13***

Примітка: \*p<0,01 – достовірність різниці показників у групах дослідження після лікування;  
\*\*p<0,05 – достовірність різниці показників у групах дослідження після лікування;  
\*\*\*p<0,05 – достовірність різниці показників у групах дослідження після лікування.

На 12-14 добу після лікування ХКГ виявлено подальше покращення пародонтальних індексів в обох групах спостереження. Однак у дітей основної групи, в яких застосовувався запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс, зміни даних індексних оцінок мали більш виражений позитивний характер. Отже, у основній групі значення РМА становило 17,21±1,96% проти 30,25±1,83% (p<0,01) у дітей контрольної групи. Індекс кровоточивості ясен у дітей основної групи дорівнював 0,73±0,11 бала, тоді як у дітей групи контролю Ікр становив 1,40±0,16 бала (p<0,05). У дітей з ХКГ значення індексу СРІ, відповідно, зменшились до 0,85±0,14 бала (p<0,01) проти 1,30±0,13 бала.

Поряд з нормалізацією клінічного стану тканин пародонта у дітей з ХКГ, які знаходились під нашим спостереженням, відмічали покращення

гігієни порожнини рота, що може бути обумовлено, на нашу думку, проведенням професійної гігієни, контролем якості чищення зубів, а також бесідами з гігієнічного навчання з дітьми та їх батьками. Це підтверджено показниками гігієнічного індексу Федорова-Володкіної.

Отже, вище наведені зміни клінічних показників стану тканин пародонта у дітей досліджуваних груп, свідчать про достовірно високу ефективність запропонованого нами лікувально-профілактичного комплексу.

Оскільки місцевий імунітет є чутливим індикатором на дію факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, нами було проведено оцінку змін концентрації лейкоцитів у ротовій рідині дітей на 12-14 добу після лікування ХКГ (табл. 2).

Таблиця 2

Кількість лейкоцитів у ротовій рідині дітей з ХКГ у процесі лікування

Групи дітей	вміст лейкоцитів, $\times 10^6$ /л	
	До лікування	12-14 доба після лікування
Основна (n=33)	253,51 $\pm$ 4,17	218,20 $\pm$ 4,21
Контрольна (n=22)	253,19 $\pm$ 4,21*	167,29 $\pm$ 4,18*

Примітка: \* $p < 0,01$  – показник достовірності відмінностей в основній групі у порівнянні з контрольною групою.

Звертає увагу, що після лікування на 5-6 добу кількість лейкоцитів у ротовій рідині дітей з ХКГ груп дослідження значно зменшилась. На 12-14 день після лікування ХКГ у дітей основної групи виявляли подальше зниження кількості лейкоцитів у ротовій рідині – 167,29 $\pm$ 4,18  $\times 10^6$  /л ( $p < 0,01$ ).

### Висновки

Результати спостережень за дітьми переконливо підтверджують високу ефективність розробленого комплексу лікувальних заходів для дітей з ХКГ, які проживають на екологічно забруднених територіях, в умовах йод-, фтордефіциту. Застосування комплексу забезпечило стабільність клінічних результатів при лікуванні ХКГ, що підтверджувалось даними пародонтальних індексів.

### Перспективи подальших досліджень

Розробити профілактичний комплекс, що дозволить запобігти розвитку важких форм ураження тканин пародонта в дітей з ХКГ, які проживають в умовах антропогенного навантаження і природного йод-, фтор дефіциту.

### Література

1. Безвущко Е.В. Особенности формирования патологии тканей пародонта у детей, что проживают в разных экологических условиях / Е.В. Безвущко // Вісник стоматології. – 2008. – № 2. – С. 97-101.
2. Бухановська Т.М. Вплив екологічних факторів на стан здоров'я випускників загальноосвітніх навчальних закладів промислового міста / Т.М. Бухановська, С.В. Збітнева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2011. – № 1 (13). – С. 75-76.
3. Ковач І.В. Перспективи применення біопротекції у дітей з основними стоматологічними захворюваннями в сучасних умовах / І.В. Ковач, А.Ю. Макаревич // Стоматологія дитячого віку і профілактика. – 2011. – № 10. – С. 4-10.
4. Лучинський М.А. Стан тканин пародонта у дітей, які проживають на території забрудненої інгаляційними ксенобіотиками / М.А. Лучинський, В.М. Лучинський, О.І. Остапко // Практична медицина. – 2012. – № 6 (том ХУІІІ). – С. 19-22.
5. Няньковський С.Л. Стан здоров'я школярів в Україні / С.Л. Няньковський, М.С. Яцула, М. І. Чикайло, І.В. Пасечнюк // Здоров'я ребенка. – 2012. – № 5 (40). – С.109-114.
6. Панчишин Н.Я. Захворюваність дитячого населення України та чинники, які впливають на здоров'я дітей / Н.Я. Панчишин, В.Л. Смірнова, О.Я. Галицька-Хархаліс // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2011. – № 2. – С. 131-132.

### Реферат

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ 12-15 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ И ЙОД-, ФТОРДЕФИЦИТНОЙ ТЕРРИТОРИИ

Малко Н.В.

Ключевые слова: хронический катаральный гингивит, дети, лечебный комплекс, экологические условия.

Проведены наблюдения у 55 детей в возрасте 12-15 лет, проживающих на экологически загрязненных и йод, фтордефицитных территориях, к которым относятся города Яворив и Жидачив Львовской области. В основную группу вошло 33 детей, которым проводилось лечение по разработанной схеме, местное лечение включало: профессиональную гигиену полости рта; традиционные противовоспалительные средства (настойки ромашки, зверобоя, календулы) аппликации на поверхность десен препаратом «Холисал» гель; применение зубной пасты «Лакалут Актив Гербал» и ополаскивате-

7. Савичук Н.О. Современные подходы к первичной профилактике заболеваний тканей пародонта у детей / Н.О. Савичук // Современная стоматология. – 2008. – №3. – С. 53-57.
8. Смоляр Н.І. Стоматологічна захворюваність дітей, які живуть у різних за екологічною ситуацією місцевостях / Н.І. Смоляр, Е.В. Безвущко // Вступ до медичної геології / за ред. : Г.І. Рудька, О.М. Адаменка. – К., 2010. – Т. 1. – С.286-295.
9. Хоменко Л.О. Енергокорекція в комплексній профілактиці хронічного катарального гінгівіту у дітей, які мешкають в екологічно несприятливих умовах / Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, Н.А. Колесова // Клінічна медицина. – 2010. – № 1. – С. 164-167.
10. A randomized 12-week study to compare the gingivitis and plaque reduction benefits of a rotation-oscillation power toothbrush and a sonic power toothbrush / C.R. Goyal, J. Qaqish, T.He, J. Grender [etal.] // J. Clin. Dent. – 2009. – Vol. 20, № 3. – P. 93-98.
11. Alawi M.A. Concentrations of some heavy metals (Cd, Cu, Pb, Se and Sn) in human teeth at different ages and the correlation to caries / M.A. Alawi, A. Abusbaih // JJC. – 2010. – Vol. 5, № 2. – P. 191-199.

### References

1. Bezvushko E.V. Osoblivosti formuvannya patologii tkanin parodonta u ditej, shho prozhivajut' u riznih ekologichnih umovah / E.V. Bezvushko // Visnik stomatologii. – 2008. – № 2. – S. 97-101.
2. Buhanovs'ka T.M. Vpliv ekologichnih faktoriv na stan zdorov'ja vipusknikiv zagal'noosvitnih navchal'nih zakladiv promислоvo-mista / T.M. Buhanovs'ka, S.V. Zbitneva // Shidnoevropejs'kij zhurnal gromads'kogo zdorov'ja. – 2011. – № 1 (13). – S. 75-76.
3. Kovach I.V. Perspektivy primenennja bioprofilaktiki u ditej s osnovnymi stomatologicheskimi zabolevanijami v sovremennyh uslovijah / I.V. Kovach, A.Ju. Makarevich // Stomatologija dets'kogo vozrasta i profilaktika. – 2011. – № 10. – S. 4-10.
3. Luchinsk'ij M.A. Stan tkanin parodonta u ditej, jaki prozhivajut' na territorij zabrudnenij ingaljacijnimi ksenobiotikami / M.A. Luchinsk'ij, V.M. Luchinsk'ij, O.I. Ostapko // Praktichna medicina. – 2012. – № 6 (tom HUIII). – S. 19-22.
4. Njan'kovs'kij S.L. Stan zdorov'ja shkoljariv v Ukraїni / S.L. Njan'kovs'kij, M.S. Jacula, M. I. Chikajlo, I.V. Pasechnjuk // Zdorov'e rebenka. – 2012. – № 5 (40). – S.109-114.
5. Panchishin N.Ja. Zahvorjvanist' dityachogo naselennja Ukraїni ta chinniki, jaki vplivajut' na zdorov'ja ditej / N.Ja. Panchishin, V.L. Smirnova, O.Ja. Galic'ka-Harhalis // Aktual'ni pitannja pediatriї, akusherstva ta ginekologii. – 2011. – № 2. – S. 131-132.
6. Savichuk N.O. Sovremennje podhody k pervichnoj profilaktike zabolevanij tkanej parodonta u ditej / N.O. Savichuk // Sovremennaja stomatologija. – 2008. – №3. – S. 53-57.
7. Smoljar N.I. Stomatologichna zahvorjvanist' ditej, jaki zhivut' u riznih za ekologichnoju situaciju miscevostrjah / N.I. Smoljar, E.V. Bezvushko // Vstup do medichnoї geologii / za red. : G.I. Rud'ka, O.M. Adamenka. – K., 2010. – T. 1. – S.286-295.
8. Homenko L.O. Energokorekcija v kompleksnij profilaktici hronichnogo kataral'nogo gingivitu u ditej, jaki meshkajut' v ekologichno nesprjatlivih umovah / L.O. Homenko, O.I. Ostapko, N.A. Kolesova // Klinichna medicina. – 2010. – № 1. – S. 164-167.
9. A randomized 12-week study to compare the gingivitis and plaque reduction benefits of a rotation-oscillation power toothbrush and a sonic power toothbrush / C.R. Goyal, J. Qaqish, T.He, J. Grender [etal.] // J. Clin. Dent. – 2009. – Vol. 20, № 3. – P. 93-98.
10. Alawi M.A. Concentrations of some heavy metals (Cd, Cu, Pb, Se and Sn) in human teeth at different ages and the correlation to caries / M.A. Alawi, A. Abusbaih // JJC. – 2010. – Vol. 5, № 2. – P. 191-199.

ля «Лакалут Актив» с противовоспалительным эффектом. Для общего лечения применяли «Киндер-Бiovиталь Лецитин гель» для усиления функции иммунной системы; «Аскорутин» для уменьшения проницаемости и ломкости капилляров. Детям контрольной группы (22 детей) проводилось лечение по протоколам МОЗ Украины оказания медицинской помощи по специальности «Терапевтическая стоматология». В результате применения разработанного нами лечебного комплекса у детей основной группы с хроническим катаральным гингивитом удалось значительно нормализовать и улучшить состояние тканей пародонта, гигиену ротовой полости, что подтверждено данными индексной оценки и результатами лабораторных исследований.

### Summary

TREATMENT OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN AGED 12-15 WHO LIVE IN ENVIRONMENTALLY UNFAVOURABLE AND IODINE- AND FLUORIDE DEFICIENCY REGIONS

Malko N.V.

Key words: chronic catarrhal gingivitis, children, treatment complex, ecological situation.

To estimate the results of treatment of moderate chronic catarrhal gingivitis (CCG) the study designed involved groups of children aged 12 and 15 years, who live in ecologically polluted regions of Ukraine (Yavoriv and Zhydashiv, Lviv oblast). The main group (n=33) underwent the treatment designed according to the scheme we worked out. The children of control group (n=22 children) took generally accepted treatment scheme of CCG. The therapy scheme we designed included local medication, professional oral hygiene, conventional anti-inflammatory agents (tinctures of camomile, hypericum, calendula), topical application with "Holisal" gel; use of tooth-paste "Lacalut Active Herbal" and mouth rinse "Lacalut Active" with anti-inflammatory effect. The remedies "Kinder Biovital-gel" and "Ascorutinum" were used to boost immune system. Having compared the result obtained in two groups of children patients, we found the specially designed therapy we developed improved the condition of the periodontal tissues, oral health that was confirmed by the data of the index evaluation and by results of laboratory findings.

УДК 612.12-02:616.311-002-08]-091.6

*Мисула Н.І., Авдєєв О.В.*

## **ВІКОВІ ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ, ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА СУПУТНІМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

*Патологічні процеси шлунково-кишкового тракту часто призводять до розвитку запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота. Встановлено, що надмірна активація процесів вільнорадикального окиснення ліпідів та дискоординація системи антиоксидантного захисту у пацієнтів 60 років і більше сприяє, на нашу думку, частішому рецидивуванню запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота. Високі показники ендогенної інтоксикації у хворих із запальними захворюваннями СОПР та супутнім ГД свідчили про напруженість системи імунного захисту з недостатністю елімінаційних систем, зокрема, у хворих старшого віку.*

Ключові слова: слизова оболонка порожнини рота, гастродуоденіт, антиоксидантна система.

*Дана робота є фрагментом НДР «Клініка, діагностика, лікування вроджених вад розвитку обличчя, захворювання зубів і пародонту», № держ. реєстрації 0109U002900.*

### Вступ

Захворювання органів травлення в нашій країні знаходяться на одному з перших місць серед хронічних неінфекційних захворювань і розглядаються як проблема національного рівня. Взаємодія дається екологія, спосіб життя людини, їжа, яка споживається, спадковість та безліч інших факторів [1].

Патологічні процеси шлунково-кишкового тракту часто призводять до розвитку захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР), що вимагають тривалого лікування [4]. До них відносяться рецидивуючі форми стоматиту, герпетичні ураження губ, різні форми хейліту та гінгівіту, набряклість, петехії, посилення

судинного малюнка слизової оболонки, найнебезпечнішим з яких є генералізований пародонтит, який найчастіше зустрічається при хворобах шлунково-кишкового тракту [1, 3].

Окрім того, найвищий рівень захворюваності спостерігається в осіб працездатного віку, що свідчить і про соціально-економічну вагомість вирішення цієї проблеми.

Відомо, що одним із основних факторів, які ініціюють запально-дистрофічні процеси в пародонті, є надмірна активація процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та дискоординація антиоксидантної системи (АОС) захисту, що спричинює стан оксидативного стресу [2].