

УДК 616.311.2.-002-084-08-053.4/5

©Н. В. Малко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей 12 та 15 років

Охорона й зміцнення здоров'я дитячого населення є головним завданням сучасної медицини, в тому числі й стоматології. Оточуюче середовище відіграє суттєву роль у виникненні стоматологічних захворювань, зокрема хвороб пародонта, частота яких становить від 14,3 до 77,2 %. Серед запальних захворювань тканин пародонта у дитячому віці домінує ХКГ, поширеність якого досягає 90 %.

Метою дослідження було вивчити ефективність лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей, що проживають на екологічно забруднених та йод-, фтордефіцитних територіях.

Для оцінки ефективності результатів лікування ХКГ середнього ступеня тяжкості було сформовано 2 групи дітей віком 12 та 15 років, що проживають на екологічно забруднених територіях, до яких належать міста Яворів та Жидачів Львівської області. До основної групи увійшло 33 дітей, яким проводили лікування за розпрацьованою схемою. Дітей контрольної групи (22 дитини) лікували згідно з протоколами МОЗ України щодо надання медичної допомоги за спеціальністю «Терапевтична стоматологія».

Ми розпрацьовали комплекс лікувальних заходів для дітей із ХКГ, які проживають у екологічно несприятливих умовах, що 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». Для загального лікування застосовували «Кіндер Біовіталь-гель»; «Аскорутин».

Оцінку віддалених результатів лікування через 6 проводили візуально з урахуванням зміни клінічних симптомів за допомогою пародонтологічних (РМА, СРІ,

індекс кровоточивості), гігієнічних індексів (Федорова–Володкіної), лабораторних досліджень (визначення кількості лейкоцитів у ротовій рідині).

Дослідження показали, що індекс РМА в основній групі дорівнював (20,83±1,94) %, що значно нижче відносно середніх даних у дітей контрольної групи ((36,21±1,90) %, $p<0,01$). Виявлено, що у дітей основної групи індекс кровоточивості дорівнював (0,95±0,07) бала, що було у 1,2 раза нижче стосовно даних у дітей контрольної групи (1,56±0,08) бала, $p<0,01$). Індекс СРІ у дітей основної групи був у 1,5 раза менше стосовно даних дітей контрольної групи (1,09±0,15) бала проти (1,69±0,15) бала, $p<0,05$). Через 6 місяців після лікування у дітей основної групи індекс гігієни зі значенням (1,50±0,07) бала відповідав «доброму» рівню гігієни ротової порожнини. У дітей контрольної групи індекс Федорова – Володкіної (1,78±0,06) бала був вище, ніж гігієнічний стан ротової порожнини дітей основної групи і характеризувався як «задовільний», $p<0,01$. Через 6 місяців після лікування у дітей із ХКГ основної групи кількість лейкоцитів у ротовій рідині становила $153,16\pm 4,17\times 10^6$ /л, що було в 1,6 раза менше стосовно середніх даних у дітей з ХКГ контрольної групи – $(238,45\pm 4,21\times 10^6$ /л, $p<0,01$).

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.

Перспективи подальших досліджень. Розробити профілактичний комплекс, що дозволить запобігти розвитку тяжких форм ураження тканин пародонта в дітей із ХКГ, які проживають в умовах антропогенного навантаження і природного йод-, фтордефіциту.