

УДК 616.311.2-002-036.12-055-053.6-08

Смоляр Н.І.¹, д.мед.н., проф., Машкаринець О.О.², к.мед.н., ас.,
Фуртак Н.М.³, дитячий лікар-стоматолог

¹каф. терапевтичної стоматології факультету післядипломної освіти

²каф. стоматології дитячого віку, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

³Комунальна 1-ша стоматологічна поліклініка, Львів

Smoliar N.I.¹, DMD, Prof., Mashkarynets O.O.², PhD, Prof. Ass.,

Furtak N.M.³, Pediatric Dentist

¹Department of Therapeutic Dentistry Faculty of Postgraduate Education

²Department of Pediatric Dentistry, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

³Communal Dental Polyclinic №1, Lviv

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІВЧАТ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

THE EFFECTIVENESS OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS TREATMENT IN GIRLS OF PUBERTAL PERIOD OF GROWTH

Адреса для кореспонденції:
Машкаринець Олена Орестівна
e-mail: mashkarynets0@gmail.com

МЕТА: Виконати клінічну оцінку ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчат пубертатного періоду. **МЕТОДИ:** Проводили спостереження 96 дівчат віком 8–14 років. До основної групи увійшли 58 дівчат, у яких хронічний катаральний гінгівіт лікували розпрацьованим лікувально-профілактичним комплексом, що передбачав гігієнічне навчання та виховання; професійну гігієну порожнини рота; застосування зубних паст та препарату Гівалекс («Norgine Pharma», Франція); рекомендації щодо харчування; призначення вітамінно-мінерального комплексу АлфаВіт Школяр («Аквיוн», Росія), Біокальцевіт («Хелаплант», Україна). У контрольній групі (38 дівчат) проводили загальноприйняте лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ: Ліквідація запального процесу у тканинах пародонта відбувалася значно частіше у дівчат основної групи, аніж контрольної. Ясна набували блідо-рожевого кольору, зникали больові та неприємні відчуття, пастозність. В основній групі дівчат після проведеного курсу терапії суттєво нижчими були середні показники пародонтальних індексів. **ВИСНОВКИ:** Застосування розпрацьованого лікувально-профілактичного комплексу для лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчат препубертатного і пубертатного періоду сприяє нормалізації процесу, що дозволяє рекомендувати його для використання у практичній пародонтології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічний катаральний гінгівіт, дівчата, пубертатний період, лікувально-профілактичний комплекс.

PURPOSE: Clinical evaluation of treatment effectiveness of chronic catarrhal gingivitis in girls of pubertal period of growth. **Methods:** Medicamentous- and preventive complex was indicated for the main group of girls (58 persons) with chronic catarrhal gingivitis, which were under supervision. This complex included: hygienic education and training, professional oral hygiene, individual application of toothpastes; application of liquid Givalex («Norgine Pharma», France), correction of nutrition, indication of vitamin and mineral complex Alphavit Schoolchuld («Akvyon», Russia), Biokaltsevit («Helaplant», Ukraine). The girls of the control group (38 persons) received the general treatment of chronic catarrhal gingivitis. **Results:** Elimination of inflammatory process in periodontal tissues in girl of the control group was more often comparing to the control group. Tissues of gingiva became pale-pink in colour, painful, discomfort disappeared. The average data of periodontal indices were significantly lower in the main group comparing to the control group. **CONCLUSIONS:** Application of the

worked-out medical and preventive complex for treatment of chronic catarrhal gingivitis in girls of the prepubertal and pubertal age periods leads to the processes in the periodal tissues normalization, that allows to recommend the proposed method for practical application in periodontology.

KEY WORDS: chronic catarrhal gingivitis, girls, pubertal period, medical and preventive complex.

Патологія тканин пародонта в дітей залишається однією з найбільш важливих та складних проблем дитячої стоматології. Найчастіше у практиці дитячого лікаря-стоматолога трапляється хронічний катаральний гінгівіт, що становить 35–85% серед усіх захворювань пародонта у дітей [2, 7, 8]. З віком поширеність гінгівіту зростає, досягаючи піку в період статевого дозрівання, оскільки в підлітковому віці завершується формування всіх морфологічних і функціональних структур організму. Під впливом статевих гормонів відбувається нейроендокринна перебудова, інтенсивно відбуваються процеси росту й розвитку всіх органів та систем. У цей період завершується формування тканин пародонта, продовжуються процеси мінералізації кісткової тканини альвеолярного відростка і кісткової системи. При проведенні своєчасних лікувальних і профілактичних заходів, зміни у тканинах пародонта є зворотними, інакше може розвинути пародонтит [4, 11, 12]. Значна поширеність захворювань тканин пародонта серед дітей підтверджує необхідність пошуку нових підходів у лікуванні та профілактиці, особливо у дівчат пубертатного періоду [3, 5, 6, 9, 10]. Мета дослідження – провести клінічну оцінку ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчат пубертатного періоду.

Матеріал і методи

Обстежили 96 дівчат з хронічним катаральним гінгівітом віком 8–14 років. Оцінку стану тканин пародонта проводили на підставі клінічних даних та показників пародонтальних індексів.

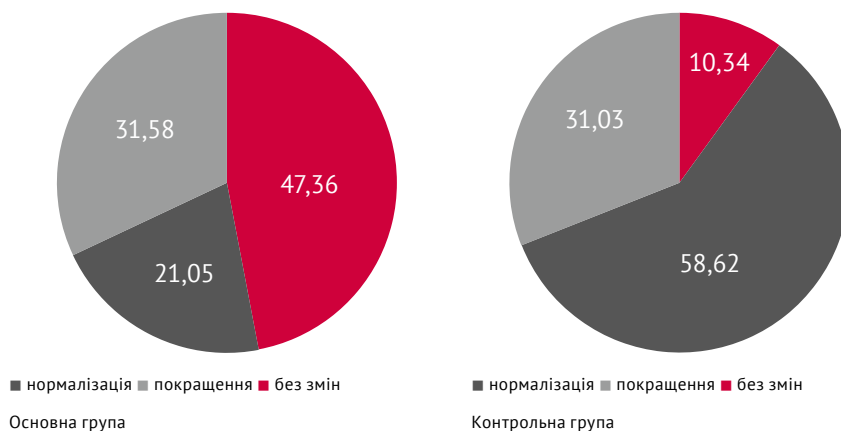
При обстеженні оцінювали колір, рельєф слизової оболонки ясен, консистенцію ясенних сосочків, глибину ясенної борозни, наявність патологічних кишень та місцевих подразнювальних факторів. Діагностику захворювань пародонта проводили за класифікацією Н.Ф. Данилевського (1994) [1]. Для лікування хронічного катарального гінгівіту розпрацювали лікувально-профілактичний комплекс, що передбачав гігієнічне навчання та виховання дітей; професійну гігієну порожнини рота (2 рази на рік); застосування зубних паст R.O.C.S. Bionica («R.O.C.S.», Росія) (призначали дівчатам 8–11 років) та Parodontax («GlaxoSmithKline», Велика Британія) (призначали дівчатам 12–14 років), протизапальних засобів (відвари ромашки, календули, шавлії); препарату Гівалекс («Norgine Pharma», Франція) у вигляді ротових ванночок для полоскання (10 мл препарату розводили в ¼ склянки води та застосовували 2 рази на добу упродовж 10 днів); рекомендації щодо харчування; призначення вітамінно-мінерального комплексу АлфаВіт Школяр («Аквион», Росія) щоденно 3 таблетки з інтервалом 4–6 годин, упродовж 30 днів та препарату Аскорутин («Монфарм», Україна) внутрішньо по 1 таблетці 1 раз на добу, тривалістю 28 днів, біологічної добавки Біокальцевіт («Хелаплант», Україна) у пубертатний період (внутрішньо по ½ пакетика 1 раз на добу, 30 днів, курс повторювати через 6 місяців 2 роки). Обстежених дівчат розділили на 2 групи: основну та контрольну. До основної групи належало 58 дівчат, серед них 29 препубертатного періоду (8–11 років) та 29 – пубертатного (12–14 років). Група контролю налічу-

вала 38 дівчат: 19 осіб 8–11 років і стільки ж дівчат 12–14 років. Дівчатам контрольної групи проводили загальноприйняте лікування хронічного катарального гінгівіту, до якого входили: санація, професійна гігієна порожнини рота з навчанням гігієнічних навичок, антисептична та протизапальна терапія. Найближчі результати лікування оцінювали візуально, зважаючи на зміну клінічних симптомів (на 5–6 та 10–12 день), за пародонтологічним статусом, зокрема показниками індексу (РМА) у модифікації Parma (1960); індексів Рамфйорда (S.P. Ramfjord, 1959), кровоточивості (H.R. Muhlemann, S.S on, 1971) та КПІ (1987).

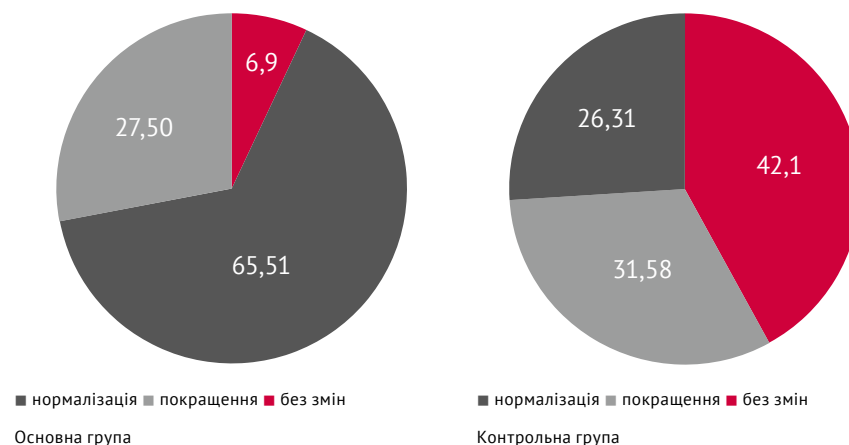
Результати та їх обговорення

Оцінка ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчат препубертатного і пубертатного періодів показала, що нормалізація перебігу гінгівіту переважала у дівчат основної групи. Одним з перших симптомів нормалізації уражених тканин було зменшення, а відтак повне зникнення кровоточивості ясен. Це спостерігали на 6-й день після початку лікування у 51,72±7,21% дівчат віком 8–11 років основної та у 31,57±6,71% контрольної групи ($p < 0,05$). Серед дівчат 12–14 років відсутність цього симптому виявили в основній (55,17±7,1%) та контрольній групах (36,84±6,94%), ($p < 0,05$). Зникали больові та неприємні відчуття у яснах, дискомфорт, нормалізувався колір, консистенція, конфігурація міжзубних сосочків. Ясна набували блідо-рожевого кольору,

Мал. 1. Результати на 12 добу лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчат 8–11 років, у %



Мал. 2. Результати на 12 добу лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчат 12–14 років, у %



ясенні сосочки – правильної конфігурації, зменшилася їх напруженість, пастозність. На 12 добу спостереження зникли усі симптоми запального процесу у дівчат 8–11 років (мал. 1) в основній (58,62±7,1%) та контрольній (21,05± 5,88%) групах ($p<0,01$). У дівчат 12–14 років (мал. 2) відсутність запалення ясен в основній групі становила 65,51±6,86%, порівняно з групою контролю 26,31±6,35% ($p<0,001$). Суб'єктивні відчуття хворих і дані клінічного огляду порожнини рота підтверджують результати визначення об'єктивних пародонтальних індексів. До початку лікування пародонтальні індекси в обох групах дітей (основній та контрольній) мали приблизно однакові значення. Проте після проведеного курсу терапії середні показники пародонтальних індексів дівчат основної та контрольної

груп суттєво відрізнялися. У найближчі терміни лікування спостерігали зниження значень пародонтальних індексів як в основній, так і в контрольній групах. На 12 добу після початку лікування значення індексу РМА в основній групі дівчат 8–11 та 12–14 років становило 8,25±1,48% та 10,57±1,23%, що значно нижче, порівняно з групою контролю (12,73±1,21% та 15,37±1,59% відповідно) ($p_1<0,02$, $p_2<0,02$). Після лікування спостерігали зниження індексу Рамфйорда до 0,61±0,06 у дівчат 8–11 років та 0,63±0,07 бала у дівчат 12–14 років основної групи, порівняно з контрольною (0,81±0,05 та 0,88±0,06 бала відповідно) ($p_1<0,01$, $p_2<0,02$). Зменшення запалення ясен доводить індекс кровоточивості. Суттєво нижчим він виявився в основній групі – у молодших дівчат 0,11±0,02 бала, у

старших – 0,13±0,03 бала, на відміну від контрольної групи – 0,17±0,02 та 0,24±0,03 бала відповідно ($p_1<0,01$, $p_2<0,01$). Аналізуючи зміни індексу КПІ, виявили значне зниження показників в основній групі, порівняно з контрольною, як серед дівчат 8–11 років (0,48±0,04 та 0,67±0,06 бала, $p<0,02$), так і серед дівчат 12–14 років (0,59±0,05 та 0,76±0,04 бала, $p<0,01$).

ВИСНОВКИ

Застосування розпрацьованого лікувально-профілактичного комплексу для лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчат препубертатного і пубертатного періодів сприяє нормалізації процесу, що дозволяє рекомендувати його для використання у практичній пародонтології.

Список використаної літератури

1. Данилевский Н.Ф. Систематика болезней пародонта / Н.Ф. Данилевский // Вісник стоматології. — 1994. — № 1. — С. 17–21.
2. Деньга О.В. Эффективность сочетанного применения КВЧ-терапии и адаптогенных препаратов растительного происхождения при лечении хронического катарального гингивита у детей / О.В. Деньга, Д.Д. Жук // Вісник стоматології. — 2003. — № 4. — С. 76–78.
3. Деньга О.В. Адаптогенні профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д.мед.н.: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.В. Деньга. — Київ, 2001. — 32 с.
4. Иорданишвили А.К. Репаративный остеогенез: Теоретические и прикладные аспекты проблемы / А.К. Иорданишвили, В.Г. Гололобов // Пародонтология. — 2001. — №1–2. — С. 22–31.
5. Клиническая эффективность применения фитодент-пленок для лечения хронического катарального гингивита у детей / Л.Б. Цевух, Н.Ф. Коновалов, Ж.А. Новикова, Л.И. Томак // Вісник стоматології. — 2005. — № 4. — С. 73–76.
6. Савичук Н.О. Эффективность препарата «Гівалекс» у складі комплексу лікувально-профілактичних заходів у дітей із хронічним катаральним гінгівітом / Н.О. Савичук, О.В. Савичук // Современная стоматология. — 2007. — № 3. — С. 72–74.
7. Хоменко Л.О. Рентгеноденситометрична оцінка кісткової тканини альвеолярного відростка у дітей при хронічному катаральному гінгівіті / Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, О.О. Тимофєєва // Новини стоматології. — 2008. — № 2. — С. 40–43.
8. Широкова О.И. Особенности клинического течения хронического катарального и гипертрофического гингивита у детей / О.И. Широкова // II Науково-практична конференція «Актуальні проблеми терапевтичної стоматології». — Київ, 2007. — С. 104–105.
9. Bimstein E. Growth and development considerations in the diagnosis of gingivitis and periodontitis in children / E. Bimstein, L. Matsson // Pediatr Dent. — 1999. — V. 21. — P. 186–191.
10. Mombelli A. Gingival and gingivitis development during puberty. A 4-year longitudinal study / A. Mombelli, F. Gusberti, M. van Oosten // J. Clin Periodontol. — 1989. — V. 16, N 27. — P. 451–456.
11. Mombelli A. Periodontitis as an infectious disease: specific features and their implications / A. Mombelli // Oral Dis. — 2003. — V. 9, Suppl. 1. — P. 6–10.
12. Tianen L. Puberty-associated gingivitis / L. Tianen, S. Asikainen, L. Saxen // J Community Dent Oral Epidemiol. — 1992. — V. 20, № 2. — P. 87–89.

Стаття надійшла в редакцію
29 травня 2014 року