DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-377-381
УДК 616.311.2-002.2+616.314-002]-053.5-084

Трубка І. О.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІЗІ КАРІЄСУ ТА ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ)
itrubka@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Результати дослідження є фрагментом НДР кафедри стоматології дитячого віку ІС НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України: «Вивчення факторів ризику стоматологічних захворювань у дітей і осіб молодого віку та розробка профілактичних і лікувальних програм» (державний реєстраційний номер – 0113U002211) та НДР (ДКР) кафедри стоматології дитячого віку ІС НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України: «Клініко-експериментальне обґрунтування первинної профілактики карієсу зубів і хронічного катарального гінгівіту у дітей шкільного віку» (державний реєстраційний номер – 0115U002995).

Вступ. Профілактиці найбільш розповсюджених стоматологічних захворювань серед дітей шкільного віку, а саме карієсу та хронічному катаральному гінгівіту, присвячено достатньо велика кількість робіт [1,2,3,4,5,6,7,8]. Більшість дослідників для попередження цих захворювань пропонують лікувально-профілактичні програми, комплекси, з урахуванням основних патогенетичних механізмів розвитку карієсу та захворювань тканин пародонту [1,2,3,5,6,9,10,11]. В першу чергу, вони направлені на елімінацію мікроорганізмів зубного нальоту, як основних чинників розвитку, та на зменшення впливу основних факторів ризику [3,9,10,11,12].

На наш погляд, єдність найбільш значущих патогенетичних механізмів розвитку карієсу та захворювань тканин пародонту, перш за все надмірна контамінація поверхні зубів і ясенної борозни патогенною мікрофлорою з наступним порушенням мікроекології порожнини рота [3,9,11] із загальними факторами ризику: незадовільна гігієна порожнини рота, мікро- і макроелементози, порушення формування твердих тканин зубів і пародонта, наявність соматичної патології, обтяжена спадковість [3,6,7,13,14] обґрунтовує сучасну концепцію профілактики цих захворювань, яка включає розробку лікувально-профілактичних програм з урахуванням клінічних особливостей поєднаного перебігу карієсу та захворювань пародонту у дітей.

Мета дослідження. Оцінити вплив розробленого лікувально-профілактичного комплексу у дітей шкільного віку при поєднаному перебізі карієсу та хронічного катарального гінгівіту.

Об'єкт і методи дослідження. У проведенні клінічних досліджень брали участь 158 дітей 12-15 років. В залежності від диспансерної групи за О.В. Удовицькою та співав. (2000) [15] та застосування лікувально-профілактичного комплексу (ЛПК) діти були розподілені на наступні групи. До І групи увійшли 24 дитини з компенсованим (КПУ+кп 0-4) карієсом та відсутністю захворювань тканин пародонту, яким проводили тільки гігієну порожнини рота та надавали рекомендації щодо харчового та питного режиму – контрольна група (КГ). 69 дітей, у яких визначили чинники ризику стосовно розвитку карієсу, захворювань тканин пародонта, компенсований (КПУ+кп 0-4) карієс та хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) легкий ступінь важкості склали ІІ групу. До ІІІ групи увійшли 67 дітей з субкомпенсованим (КПУ+кп 5-8) карієсом та хронічним катаральним гінгівітом (ХКГ) легкого та середнього ступеню важкості. Дітей ІІ та ІІІ груп в залежності від застосування лікувально-профілактичного комплексу розподілили на підгрупи: контрольна лікувальна група (КЛГ) - яким проводили гігієну порожнини рота, базову терапію карієсу і ХКГ та надавали рекомендації щодо харчового та питного режиму. Діти, яким проводили розроблений нами лікувально-профілактичний комплекс (ЛПК) – входили до основної лікувальної групи (ОЛГ). Стоматологічне обстеження дітей проводили за загальноприйнятою методикою: скарги, дані анамнезу, стоматологічний статус. Діагноз хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) встановлювали відповідно клініко-лабораторних ознак за рекомендаціями проф. Хоменко Л.О. та співав. [16]. У дітей відповідно до віку визначали індекс кп+КПУ, ТЕР-тест Окушко В.Р., (1983) [17], індекс Greenn-Wermillion (G-W), спрощений індекс зубного нальоту O'Leary — Plaque Control Record, PCR (1972), індекс ефективності гігієни порожнини рота Podshadley, Haley (PHP) (1968), індекс PMA (1960), для характеристики тканин пародонта і потреби в лікуванні проводили базове пародонтальне обстеження за допомогою індексу Basic Periodontal Examination-Simplified BPES, (2011) [16].

Проведення клінічних досліджень та лікувально-профілактичного комплексу здійснювали за інформованою згодою дітей та батьків. Статистична обробка отриманих даних виконувалась з використанням програмних пакетів Statistica 17.0 та Excel 2010. Статистично достовірними вважали відмінності при $p<0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. При клінічному обстеженні дітей перед застосуванням ЛПК ми визначили, що поширеність карієсу зубів у дітей КГ (здорові діти) складає 62,5%, при інтенсивності 0,92±0,19. У дітей ІІ групи поширеність карієсу визначено на рівні 87,5% при індексі інтенсивності карієсу зубів (КПУ) 2,28±0,27 для КЛГ та 86,5% і 2,08±0,24 відповідно у дітей ОЛГ, що достовірно відрізняється від даних дітей КГ ($p<0,05$) та не має достовірної різниці між собою ($p>0,05$). Серед постійних зубів, ураженість перших постійних молярів у дітей ІІ КЛГ та ІІ ОЛГ складав відповідно 2,22±0,23 і 1,76±0,21, що достовірно відрізнявся від аналогічного показника КГ (0,78±0,18), та не має достовірної різниці між собою. За показником ТЕР спостерігається така ж сама тенденція **(табл. 1)**. Гігієнічні індекси G-W, O'Leary, PHP та індекс PMA на початок дослі-

Таблиця 1.

Результати клінічного обстеження дітей II групи на початок застосування лікувально-профілактичного комплексу

Показники	Групи					
	I (КГ) (n=24)		II (КЛГ) (n=32)		II (ОЛГ) (n=37)	
кп±КПУ	1,04±0,19*		2,75±0,28		2,27±0,24	
КПУ	0,92±0,19*		2,28±0,27		2,08±0,24	
6	0,78±0,18*		2,22±0,23		1,76±0,21	
ТЕР	2,42±0,23*		3,75±0,22		3,35±0,19	
G-W	1,05±0,08*		1,44±0,08		1,57±0,07	
O'Leary	0,27±0,03*		0,38±0,02		0,36±0,02	
PHP	1,18±0,17*		1,86±0,088		1,85±0,11	
ХГКГ	0	0%	7	21,88%	13	35,14%
РМА, %	0%		19,8±1,98		17,98±1,19	
BPES, %	Код 0 - 24	100%	Код 0 -25 Код 1-7	78,13% 21,87%	Код 0-24 Код 1-11 Код 2-2	64,86% 29,72% 5,41%

Примітка:* вірогідність відмінностей між показниками КГ та IIКЛГ і IIОЛГ, р < 0,05.

Таблиця 2.

Результати клінічного обстеження дітей III групи на початок застосування лікувально-профілактичного комплексу

Показники	Групи					
	I (КГ) (n=24)		III (КЛГ) (n=33)		III (ОЛГ) (n=34)	
кп±КПУ	1,04±0,19*		6,03±0,28		5,56±0,32	
КПУ	0,92±0,19*		5,64±0,35		5,44±0,32	
6	0,78±0,18*		3,42±0,17		2,85±0,22	
ТЕР	2,42±0,23*		5,48±0,27		5,03±0,27	
G-W	1,05±0,08*		1,75±0,06		1,79±0,05	
O'Leary	0,27±0,03*		0,42±0,02		0,39±0,02	
PHP	1,18±0,17*		2,33±0,14		2,43±0,12	
ХГКГ	0	0%	25	75,76%	30	90,91%
РМА, %	0%		21,41±3,03%		18,04±1,81%	
BPES, %	Код 0 - 24	100%	Код 0 -8 Код 1-24 Код 2 - 1	24,25% 72,72% 3,03%	Код 0-4 Код 1-27 Код 2-3	11,76% 79,42% 8,82%

Примітка:* вірогідність відмінностей між показниками КГ та IIIКЛГ і III ОЛГ, р < 0,05.

дження у дітей як КЛГ так і ОЛГ II групи достовірно були гіршими у порівняні з КГ, але не мали достовірної різниці між собою (р>0,05).

Одночасно в пацієнтів II КЛГ групи ми визначили у 7 дітей (21,87%) наявність хронічного катарального гінгівіту, відповідно до індексу Basic Periodontal Examination-Simplified (BPES) ці діти потребували навчання індивідуальній гігієни порожнини рота (НІГПР), видалення зубного нальоту, лікування гінгівіту. В ОЛГ серед 13 дітей (35,14%) з ХКГ у двох дітей (5,41%) зокрема кровоточивості ясен, ми виявляли наявність надясеневого зубного каменю, що потребувало зокрема НІГПР і лікування, усунення чинників ретенції зубного нальоту, та повторний огляд через 6 місяців **(табл. 1).**

Показники клінічного обстеження дітей III групи з субкомпенсованим (КПУ+кп 5-8) карієсом та хронічним катаральним гінгівітом (ХКГ) легкого та середнього ступеню важкості на початок дослідження представлені в **табл. 2.** У всіх дітей (100%) III групи в КЛГ та ОЛГ ми визначили карієс зубів, при цьому індекс інтенсивності карієсу зубів (КПУ) в III КЛГ складав 5,64±0,35 та 5,44±0,32 відповідно у дітей III ОЛГ (р>0,05). Якщо у дітей II групи було виявлено від 1,76±0,21 до 2,22±0,23 уражених перших постійних молярів, на відміну у дітей III групи таких зубів було вже від 2,85±0,22 до 3,42±0,17, тобто в півтора рази більше. Індекс ТЕР, який є показником резистентності емалі до різних карієсогенних чинників, в обох підгрупах III групи не мав достовірної різниці між собою 5,48±0,27 (КЛГ) і 5,03±0,27 (ОЛГ), але в 2 рази був гіршим ніж у дітей КГ(р>0,05). Гігієнічні індекси G-W, O'Leary, PHP на початок проведення досліджень свідчать про незадовільний стан гігієни порожнини рота у дітей як III КЛГ, так і III ОЛГ.

Наявність захворювань тканин пародонту, а саме ХКГ, в III КЛГ групі ми виявили у 25 дітей (75,76%), з них за індексом BPES тільки одна дитина потребувала під час проведення професійної гігієни порожнини рота зняття мінералізованих зубних відкладень. У дітей III ОЛГ хронічний катаральний гінгівіт був визначений в 30 дітей (90,91%), з них троє дітей потребували зняття мінералізованих зубних відкладень. Відповідно до показників індексу РМА, у дітей цих груп запалення ясен мали обмежену розповсюдженість, та у переважної більшості дітей визначали легкий ступінь важкості гінгівіту **(табл. 2).**

Після початкового обстеження дітям КГ проводили тільки гігієну порожнини рота та надавали рекомендації щодо харчового та питного режиму. Дітям КЛГ груп проводили гігієну порожнини рота, базову терапію карієсу і ХГКГ та надавали рекомендації щодо харчового та питного режиму. Для дітей ОЛГ груп був запропонований лікувально-профілактичний комплекс (ЛПК), який складався з декілька етапів, і був направлений на основні патогенетичні механізми виникнення карієсу та гінгівіту у дітей. На першому етапі проводили визначення основних факторів ризику розвитку карієсу та захворювань тканин пародонту, за необхідністю консультація суміжних спеціалістів (ортодонт, педіатр, гастроентеролог, ендокринолог). Другий етап включав проведення професійної гігієни порожнини рота з подальшим гігієнічним навчанням та підбором засобів уходу за порожниною рота в залежності від віку дитини, клінічної ситуації та факторів ризику. Третій етап включав лікування карієсу, його ускладнень, захворювань тканин пародонту (за потребою) та превентивну малоінвазивну терапію карієсу. Четвертий етап включав призначення препаратів для домашнього використання – місцево гелі і креми на основі кальцію, місцевий пробіотик для відновлення колонізаційної резистентності, корекцію недостатнього надходження кальцію до організму дитини - регулювали харчовий та питний режим дитини та додатково призначали комбіновані препарати на основі карбонату кальцію та вітаміну Д. Дітям з хронічним катаральним гінгівітом надавали зубну пасту з маслом чайного дерева (Melaleuca Alternifolia) та з фтористими сполуками відповідно до віку та після проведення професійної гігієни порожнини рота призначали на два тижні ополіскувач або гель для порожнини рота з маслом чайного дерева (Melaleuca Alternifolia) та фторидом натрію. При повторних оглядах в залежності від клінічної ситуації проводили повторний курс протизапальної терапії з використанням гелю або ополіскувачу з маслом чайного дерева (Melaleuca Alternifolia), при позитивній динаміці рекомендували тільки зубну пасту з маслом чайного дерева (Melaleuca Alternifolia). В якості місцевого пробіотика використовували препарат, до складу якого входять штами Lactobacillus Reuteri DSM 17938 и Lactobacillus Reuteri ATCC PTA 5289. Призначення пробіотичного препарату проводили за наступною схемою: розсмоктування у порожнині рота по 1 пастилці 1 раз на день, ввечері після чищення зубів, курс складав 20 днів двічі на рік, обов'язковою умовою є заборона прийому їжі після розсмоктування препарату. ЛПК проводили тричі: після первинного обстеження, через 6 місяців, та 12 місяців.

Таблиця 3.

Результати клінічного обстеження дітей II групи після застосування лікувально-профілактичного комплексу

Показники	Групи					
	I (КГ) (n=24)		II (КЛГ) (n=29)		II (ОЛГ) (n=34)	
кп±КПУ	1,50±0,30*		3,55±0,41**		2,12±0,27	
КПУ	1,38±0,27*		3,45±0,40**		2,12±0,28	
КПУ 6	1,21±0,26*		2,59±0,26**		1,79±0,24	
ТЕР	2,42±0,22		3,62±0,22**		2,68±0,18	
G-W	0,75±0,12		0,92±0,06**		0,38±0,03	
O'Leary	0,22±0,04		0,23±0,03**		0,13±0,01	
PHP	0,97±0,14		1,03±0,08**		0,48±0,04	
PMA, %	7,2%		11,6±0,34%		0%	
BPES, %	Код 0-22 Код 1-2	91,67% 8,33%	Код 0 - 24 Код 1-5	82,76% 17,24%	Код 0 - 34	100%

Примітка:* вірогідність відмінностей між показниками КГ та IIIКЛГ і III ОЛГ, груп, р < 0,05.** вірогідність відмінностей між показниками III КЛГ і III ОЛГ, р < 0,05.

Таблиця 4.

Результати клінічного обстеження дітей III групи після застосування лікувально-профілактичного комплексу

Показники	Групи					
	I(КГ) (n=24)		III (КЛГ) (n=32)		III (ОЛГ) (n=34)	
кп±КПУ	1,50±0,30*		6,91±0,50**		5,50±0,32	
КПУ	1,38±0,27*		6,75±0,50**		5,50±0,32	
6	1,21±0,26*		3,59±0,12**		2,94±0,23	
ТЕР	2,42±0,22*		5,31±0,25**		4,41±0,21	
G-W	0,75±0,12		0,97±0,05**		0,51±0,03	
O'Leary	0,22±0,04		0,27±0,02**		0,18±0,02	
PHP	0,97±0,14		1,32±0,11**		0,66±0,04	
PMA, %	7,2%		10,29±1,77%		2,63±0,90%	
BPES, %	Код 0-22 Код 1-2	91,67% 8,33%	Код 0 - 11 Код 1-19 Код 2-2	34,37% 59,38% 6,25%	Код 0-26 Код 1-8	76,47% 23,52%

Примітка:* вірогідність відмінностей між показниками КГ та IIIКЛГ і III ОЛГ, груп, р < 0,05.** вірогідність відмінностей між показниками III КЛГ і III ОЛГ, р < 0,05.

Результати клінічного обстеження дітей КГ, II КЛГ та II ОЛГ після триразового застосування ЛПК наведені у **табл. 3.** Інтенсивність карієсу (КПУ) в дітей II КЛГ підвищилась з 2,28±0,27 на початку дослідження до 3,45±0,40 наприкінці, відповідно у дітей в II ОЛГ з 2,08±0,24 до 2,12±0,28. Інтенсивність ураження перших постійних молярів також мала тенденцію до зростання, але різниця була не достовірною (>0,05). Приріст карієсу в II КЛГ склав - 1,17, на відміну від II ОЛГ де приріст карієсу становив лише – 0,04, при редукції 96,58%. Редукція карієсу в II ОЛГ по відношенню до КГ (приріст становить 0,46) ми визначили на рівні 91,3%.

Оцінка стану тканин пародонту показала, що в КГ, дітям якої проводили тільки гігієну порожнини рота та надавали рекомендації щодо харчового та питного режиму, у двох дітей (8,33%) ми визначили клінічні ознаки хронічного катарального гінгівіту легкого ступеню важкості при PMA - 7,2%, але взагалі по групі, показники гігієнічних індексів були кращими ніж до проведення дослідження, за індексом G-W ці відмінності достовірні (р<0,05). В групі II КЛГ серед дітей, в яких ми виявили ХКГ на початок дослідження, у трьох дітей встановлено усунення клінічних проявів запального процесу, четверо дітей не мали суттєвих покращень клінічного перебігу, у одної дитини був вперше діагностований ХКГ. Більш виражений клінічний ефект, а саме усунення кровоточивості, набряклості в області запальних ясеневих сосочків ми спостерігали у дітей II ОЛГ, де застосовували запропонований ЛПК, що дало змогу у подальшому досягти довготривалої ремісії запального процесу. За даними **табл. 3** індексні показники клінічного стану тканин пародонту та гігієнічні індекси покращуються в обох групах, але у дітей, де ми використовували ЛПК, направлений на основні етіопатогенетичні механізми розвитку карієсу та захворювань тканин пародонту, позитивні результати більш виражені (р<0,05).

Більш виражений позитивний вплив запропонованого ЛПК на поєднаний перебіг субкомпенсованого карієсу і хронічного катарального гінгівіту ми спостерігали у дітей III ОЛГ при порівняні з III КЛГ. Інтенсивність карієсу в дітей III КЛГ через 12 місяців становила 6,75±0,50, що достовірно відрізняється від інтенсивності карієсу у групі дітей III ОЛГ - 5,50±0,32 (р<0,05). Приріст інтенсивності карієсу в III КЛГ становив 1,11, в ОЛГ – 0,06, відповідно редукція карієсу в основній лікувальній групі, де ми застосували ЛПК дорівнювала – 94,59%, по відношенню до КГ – 86,96%. Показники інтенсивності ураження перших постійних молярів також мали тенденцію до зростання, але різниця була не достовірною (р>0,05) **(табл. 4).**

Показники гігієнічних індексів G-W, O'Leary, PHP, в основній лікувальній групі після триразового застосування ЛПК покращились у 2-3 рази, у дітей III КЛГ лише у 1,5 рази.

Аналіз змін стану тканин пародонту показав, що з 30 дітей III ОЛГ, у яких на початок дослідження був діагностований хронічний катаральний гінгівіт, у 22 ми досягли усунення основних клінічних проявів, і тривалої ремісії, 8 дітей (23,5%) ще мали ознаки хронічного запалення ясень, але динаміка була позитивною у порівнянні з первинним обстеженням. В ІІІ КЛГ через 12 місяців спостереження в більшості дітей ми спостерігали ще наявність клінічних проявів хронічного запалення (PMA 10,29±1,77%), але вони не були настільки виражені, як при первинному обстеженні, тобто також мали позитивну динаміку. Результати стану тканин пародонту мають підтвердження результатами індексної оцінки.

Висновки. Отримані результати клінічного дослідження дають змогу зробити висновки, що при позитивній динаміці клінічних показників в ІІ та ІІІ групах, в ІІ ОЛГ та ІІІ ОЛГ де ми застосовували розроблений і запропонований ЛПК, в основі якого лежить вплив на основні патогенетичні аспекти розвитку карієсу та гінгівіту у дітей, ми досягли усунення клінічних проявів гінгівіту та тривалої ремісії, попередження подальшого розвитку карієсу. Доведено, що розроблений ЛПК є ефективним в клінічних випадках, де мова йде про поєднаний перебіг карієсу та гінгівіту у дітей.

Перспективи подальших досліджень. Позитивний результат, отриманий при проведенні клінічних досліджень у дітей 12-15 років, обумовлює можливість проведення клінічних досліджень щодо оцінки впливу запропонованого ЛПК у дітей 7-11 років з поєднаним перебігом карієсу та гінгівіту.

Література

1. Gricenko EA, Suetenkov DE, Haritonova TL, Lebedeva SN. Osnovnye aspekty jetiologicheskoj profilaktiki parodontopatij u detej i podrostkov. Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2011;7(1),(prilozhenie):234-9. [in Russian].
2. Lepskij VV, Den'gaOV, Makarenko OA. Jeffektivnost' primenenija kompleksnoj terapii na modeli kariesa i gingivita u zhivotnyh. Medichni perspektivi. 2012;XVII(1):8-11. [in Russian].
3. Marchenko OA. Kliniko-mikrobiologichne obg'runtuvannja dyferencijovanyh pidhodiv do likuvannja hronichnogo generalizovanogo kataral'nogo gingivitu u ditej shkil'nogo viku [avtoreferat]. Kyi'v; 2015. 22 s. [in Ukrainian].
4. Popovych ZB, Kindrat GV, Trushyk GO. Poshyrenist' zahvorjuvan' parodontu u ditej, jaki prozhyvajut' na ekologichno zabrudnenyh terytorijah. Visnyk stomatologii'. 2010;2:32-3. [in Ukrainian].
5. Silin AV, Satygo EA, Sadal'skij JuS. Jeffektivnost' preparatov dlja profilaktiki kariesa u detej v period smennogo prikusa. Stomatologija. 2014;4:58-60. [in Russian].
6. Homenko LA, BidenkoNV, Ostapko EI. Zabolevanija parodonta u lic molodogo vozrasta: problema riska i diagnostiki. Stomatolog. 2006;1/2:54-8. [in Russian].
7. Lin GH, Boynton JR. Periodontal considerations for the child and adolescent. A literature review. J. Mich. Dent. Assoc. 2015;97(1):36-40, 42, 74.
8. Sgan-Cohen HD, Margvelashvili V, Bilder L, Kalandadze M, Gordon M, Margvelashvili M, et al. Dental caries among children in Georgia by age, gender, residence location and ethnic group. Community Dent Health. 2014;31(3):1-4.
9. Makarenko MV, Kovach IV. Rol' mikroekologii' porozhnyny rota v etiopatogenezi zapal'nyh zahvorjuvan' parodontu v osib molodogo viku. Sovremennaja stomatologyja. 2014;3:28-33. [in Ukrainian].
10. Polishhuk TV. Klinichna efektyvnist' kompleksu pre- i probityku u likuvanni hronichnogo generalizovanogo kataral'nogo gingivitu u ditej. Aktual'ni problemy suchasnoi' medycyny. 2013;13,2(42):52-6. [in Ukrainian].
11. Savichuk NO, Marchenko OA. Disbioz i vospalenie v kompleksnoj terapii hronicheskogo generalizovannogo kataral'nogo gingivita u detej shkol'nogo vozrasta. Covremennaja stomatologija. 2015;3:46-50. [in Russian].
12. Shynchukovs'ka JuO. Harakterystyka vydovogo skladu parodontopatogennoi' mikroflory v rotovij ridyni pry hronichnomu kataral'nomu gingiviti u pidlitkiv. Visnyk problem biologii' i medycyny. 2013;1(1):261-4. [in Ukrainian].
13. Tymofjejeva OO. Vyznachennja vagomosti faktoriv ryzyku vynyknennja hronichnogo kataral'nogo gingivitu u ditej. Profilaktychna ta dytjacha stomatologija. 2011;2:34-40. [in Ukrainian].
14. Homenko LO, Ljeus PA, Ostapko OI, Sorochenko GV. Vyznachennja znachushhosti indykatoriv ryzyku pry riznyh rivnjah intensyvnosti karijesu zubiv u ditej shkil'nogo viku. Visnyk social'noi' gigijeny ta organizacii' ohorony zdorov'ja Ukrai'ny. 2016;2(68):39-45. [in Ukrainian].
15. Udovyc'ka OV, Lepors'ka LB, Spiridonova TM, Korchak LF, Parpalej KA, Bojchenko TJe, ta in. Dytjacha stomatologija. Kyi'v: Zdorov'ja; 2000. 296 s. [in Ukrainian].
16. Homenko LO, Golubjeva IM, Ostapko OI. Terapevtychna stomatologija dytjachogo viku. Kyi'v: Knyga pljus; 2015. T. 2. 329 s. [in Ukrainian].
17. Okushko VR. Fundamental'naja odontologija i karioznaja bolezn'. DentArt. 2010;3:71-4. [in Russian].

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІЗІ КАРІЄСУ ТА ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Трубка І. О.

Резюме. Для профілактики найбільш розповсюджених стоматологічних захворювань серед дітей шкільного віку, а саме карієсу та хронічного катарального гінгівіту, більшість авторів пропонують лікувально-профілактичні комплекси, з урахуванням основних патогенетичних механізмів розвитку цих захворювань.

Були проведені клінічні дослідження інтенсивності та поширеності карієсу зубів, гігієнічного стану порожнини рота та тканин пародонту за участю 158 дітей 12-15 років, щодо визначення ефективності запропонованого ЛПК при поєднаному перерізі карієсу та хронічного катарального гінгівіту.

Отримані результати клінічного дослідження дають змогу зробити висновки, що при позитивній динаміці клінічних показників у всіх дітей, саме в тих групах, де ми застосовували розроблений і запропонований ЛПК, в основі якого лежить вплив на основні патогенетичні аспекти розвитку карієсу та гінгівіту у дітей, ми досягли усунення клінічних проявів гінгівіту та тривалої ремісії, попередження подальшого розвитку карієсу у вірогідно більшої кількості дітей при порівняні з іншими групами. Доведено ефективність розробленого ЛПК при поєднаному перебізі карієсу та гінгівіту у дітей шкільного віку.

Ключові слова: карієс, гінгівіт, діти шкільного віку, профілактика.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА И ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Трубка И. А.

Резюме. Для профилактики наиболее распространенных стоматологических заболеваний среди детей школьного возраста, а именно кариеса и хронического катарального гингивита, большинство авторов предлагают лечебно-профилактические комплексы, с учетом основных патогенетических механизмов развития этих заболеваний.

Клинические исследования интенсивности и распространенности кариеса зубов, гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта были проведены с участием 158 детей 12-15 лет, для оценки эффективности предложенного ЛПК при сочетанном течении кариеса и хронического катарального гингивита.

Полученные результаты клинического исследования позволяют сделать выводы, что при положительной динамике клинических показателей у всех детей, именно в тех группах, где мы применяли разработанный и предложенный ЛПК, в основе которого лежит воздействие на основные патогенетические аспекты развития кариеса и гингивита у детей, мы достигли устранение клинических проявлений гингивита и длительной ремиссии, предупреждения дальнейшего развития кариеса у достоверно большего количества детей, при сравнении с другими группами. Доказана эффективность разработанного ЛПК при совместном течении кариеса и гингивита у детей школьного возраста.

Ключевые слова: кариес, гингивит, дети школьного возраста, профилактика.

CLINICAL EFFICIENCY OF THE MEDICAL AND PREVENTIVE COMPLEX IN CASE WHEN DENTAL CARIES COMBINED WITH CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS AT CHILDREN OF SCHOOL AGE

Trubka I. O.

Abstract. *Object and methods.* Clinical studies of the intensity and prevalence of dental caries, the hygienic state of the oral cavity and periodontal tissues were carried out with the participation of 158 children 12-15 years old. The Group I included 24 children with compensated dental caries and absence of periodontal tissue diseases. To children of the group I performed only oral hygiene and recommendations were given on a food and drinking mode. 69 children with compensated dental caries and chronic catarrhal gingivitis (HCG) mild severity - made up the II group. The Group III included 67 children with subcompensated dental caries and chronic catarrhal gingivitis (CKG) of mild and moderate severity. Depending on the application of the treatment and prophylactic complex, children of Groups II and III were divided into subgroups: control treatment group (CTG), where oral hygiene, basic caries and HCG therapy, recommendations on food and drinking regimens were administered to children. And the main treatment group (MTG), where the therapeutic and prophylactic complex was worked out by us for the children (TPC).

Results. After 12 months, the intensity of caries in children II CTG and II MTG increased from 2.28 ± 0.27 and 2.08 ± 0.24, respectively, before the study to 3.45 ± 0.40 and 2.12 ± 0.28 at the end of it. The increase in dental caries in II CTG was 1.17, in contrast to II MTG, where the increase in dental caries was only 0.04, with a reduction of 96.58%. The reduction of dental caries in II MTG in relation to CG (the gain is 0.46), we determined at the level of 91.3%. Evaluation of the periodontal tissues showed that in the CG of two children (8.33%) we determined the clinical signs of chronic catarrhal gingivitis of mild severity with PMA 7.2%. In Group II CTG, one child was diagnosed with HCG for the first time. A more pronounced clinical effect, namely, the absence of bleeding, swelling in the area of the inflammatory gingival papillae, was observed in the children of II MTG, where the worked out TPC was used ($p < 0.05$). The intensity of dental caries in children III KTG after 12 months was 6.75 ± 0.50, in the group of children III MTG - 5.50 ± 0.32 ($p < 0.05$). The increase in dental caries intensity in III CTG was 1.11, in MTG - 0.06, respectively, the reduction of dental caries is equal was up to – 94.59%. The indicators of hygienic indexes G-W, O'Leary, PHP, in the MTG after three times application of the worked out TPC had improved by 2-3 times, in children of the III CTG only 1.5 times. In III CTG in 12 months of observation in the majority of children the presence of clinical manifestations of chronic inflammation (PMA 10.29 ± 1.77%) was still observed, but they were not so pronounced, that was, they also had a positive dynamics. 22 children of III MTG had no main clinical manifestations of chronic catarrhal gingivitis, and subsequently achieved a long-term remission.

Conclusions. The results of the clinical study indicate a positive dynamics of clinical indicators in all children. In groups where we applied our's worked out TPC, which is based on the effect on the basic pathogenetic aspects of the development of dental caries and gingivitis for children, we achieved elimination of clinical displays of gingivitis and protacted remission, warning the further development of dental caries at the for certain greater amount of children, when compared to other groups. The efficiency of worked out TPC was well-proven in case when dental caries combined with gingivitis for the children of school age.

Key words: dental caries, gingivitis, children of school age, prevention.

Рецензент — проф. Каськова Л. Ф.
Стаття надійшла 13.05.2018 року