

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

sofiabauman92@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота виконується в рамках спільної планової науково-дослідної роботи кафедри дитячої стоматології та педіатрії № 2 Української медичної стоматологічної академії «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізації діагностики та лікування» 2017-2021 рр. (№ державної реєстрації 0117U004683).

Вступ. Одне з провідних місць серед стоматологічної патології посідають захворювання тканин пародонту. Поширеність захворювань пародонта, за даними ВООЗ, складає більше 75% і має тенденцію до збільшення, тому на сьогоднішній день ця проблема є актуальною в стоматології [1,2]. Основи подальшого здоров'я людини в цілому і тканин пародонту, зокрема, закладаються саме в дитячому віці. Хронічний катаральний гінгівіт досить поширене стоматологічне захворювання у дітей, що може призвести до пародонтиту з наступною втратою зубів. Факторами ризику хронічного катарального гінгівіту вважають як недосконалу гігієну порожнини рота, так і загальні розлади здоров'я, зокрема, захворювання шлунково-кишкового тракту [3].

При вивченні стоматологічного статусу в дітей з захворюваннями шлунково-кишкового тракту була виявлена висока інтенсивність ураження зубів карієсом та запальними захворюваннями пародонту [4,5]. Численні клінічні спостереження свідчать про те, що у 92-100% дітей захворювання гастродуоденальної ділянки супроводжуються патологічними змінами тканин пародонта [6]. Особлива актуальність цієї проблеми пов'язана із вибором препаратів для комплексного лікування та профілактики запальних захворювань пародонту у дітей з хронічними гастродуоденітами [7].

Для лікування такої категорії дітей доцільним є пошук препаратів, які ефективно впливають на ланки патогенезу хронічного гінгівіту і гастродуоденіту та сприяють відновленню місцевого захисту.

Мета дослідження. Вивчити ефективність запропонованого комплексу лікування і профілактики хронічного катарального гінгівіту в дітей з гастродуоденітом.

Об'єкт і методи дослідження. Нами були оглянуті біля 500 учнів середніх навчальних закладів м. Полтава віком 6-12 років. Із контингенту оглянутих школярів були сформовані 2 групи: 1-ша група – 10 соматично здорових дітей без ознак запалення тканин пародонту, 20 соматично здорових дітей із наявністю хронічного катарального гінгівіту. Також нами була сформована основна група у кількості 20 осіб, які мали діагноз хронічний гастродуоденіт (ХГД) та хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ). Ці діти перебу-

вали на плановому стаціонарному лікуванні у відділенні гастроентерології комунального підприємства «Полтавська міська дитяча клінічна лікарня Полтавської міської ради» та у відділенні гастроентерології комунального підприємства «Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня Полтавської обласної ради».

До початку лікування всі діти були навчені гігієні порожнини рота шляхом демонстрації стандартного метода чистки та проведення контрольованої чистки зубів. Діти з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом отримували запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс. Комплекс передбачав до сніданку, та протягом дня після кожного прийому їжі ополіскування порожнини рота водою. Після сніданку та увечері, після останнього прийому їжі чищення зубів зубною пастою Splat «Лечебные травы», полоскання порожнини рота 100 мл розчином Декасану, аплікації на ясна Холісалу (0,5 см гелю видавити на чистий палець та витирати 2 хв. у ясна). Внутрішньо призначався ЄвроБіотик Жерміна по 1 капсулі 2 рази на день після прийому їжі. Комплекс лікування становив 14 днів.

Лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей другої групи проводили згідно протоколів [8]. У комплекс входило зранку до сніданку та увечері полоскання рота чистою водою. Після сніданку та перед сном чищення зубів зубною пастою Colgate Sensitive Pro-Relief, полоскання порожнини рота розчином Фурациліну 0,02% (розчиняти 1 таблетку фурациліну на 100 мл води), аплікації на ясна масляного розчину Хлорофіліпу на 5 хв. Комплекс лікування становив 14 днів.

До лікування та через 1, 3 та 6 місяців проводили динамічне спостереження шляхом оцінки стану гігієни порожнини рота за індексами Silness-Loe та Федорова-Володкіної, оцінку важкості гінгівіту проводили за РМА у модифікації Parma та папілярним індексом кровоточивості (papilla bleeding index PBI). Місцевий імунітет ротової порожнини оцінювали шляхом визначення стану балансу про- та протизапальних ІЛ-1 β , ІЛ-10 та рівня експресії ІкВ α до та через місяць після лікування.

Статистична обробка виконувалася методом дисперсійного аналізу з використанням програмного забезпечення Statistica 10.0 (Dell StatSoft Inc., США).

Результати дослідження та їх обговорення. Результати проведеного комплексного дослідження впливу запропонованого нами лікувально-профілактичного комплексу у дітей молодшого шкільного віку з хронічним катаральним гінгівітом на фоні хронічного гастродуоденіту та дітей з ХКГ без соматичної патології у різні терміни спостереження представлений у **таблицях 1-5**. Стан гігієни порожнини рота у дітей за даними індексів Федорова-Володкіної та Silness-Loe

Таблиця 1 – Динаміка стану гігієни порожнини рота у дітей в залежності від застосованих методів лікування у різні терміни спостереження, M±m

Терміни дослідження	ГІ за Федоровим-Володкіною, бали			ГІ за SL, бали		
	Група 1	Група 2	Група 3	Група 1	Група 2	Група 3
До лікування	1,18±0,036	2,22±0,06	2,2±0,04	1,18±0,04	2,3±0,1	3,3±0,11
Через 1 місяць	-	1,58±0,02*	1,63±0,02*	-	0,8±0,16*	1,05±0,21*
Через 3 місяці	-	1,42±0,02*	1,38±0,05*	-	1,35±0,1*	1,45±0,17*
Через 6 місяців	-	1,24±0,01*	1,47±0,02**	-	1,25±0,09*	1,7±0,12**

Примітка: * – p<0,05 – різниця значень вірогідна стосовно даних до лікування в однойменній групі; ** – p<0,05 – різниця значень вірогідна стосовно даних в один термін спостереження між різними групами.

у дітей в залежності від застосованих методів представлений в таблиці 1.

Після проведення лікувально-профілактичних заходів стан гігієни за даними індекса Федорова-Володкіної суттєво покращився в обох групах дітей – з незадовільного до задовільного через місяць спостереження (p<0,05). При наступному контрольному огляді ми відмітили покращення рівня гігієни до гарного, такий же стан нами зафіксований і через 6 місяців від проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів. У групі дітей з ХГД показник ГІ за Ф-В через 6 міс. спостереження вірогідно був вищим (p<0,05), ніж в групі соматично здорових дітей, але у дітей обох груп він залишався у межах, що інтерпретувався як гарний.

Така ж динаміка визначена і стосовно даних індексу Silness-Loe – через місяць після застосування комплексів ми спостерігали покращення стану гігієни порожнини рота в 3 рази – від 2,3±0,16 до 0,8±0,16 балів в групі соматично здорових дітей та з 3,3±0,11 до 1,05±0,21 балів у дітей з ХГД, тобто до рівня здорових дітей. Сійке покращення гігієни порожнини рота відмічено і через 3 місяця. Через півроку за даними цього ж індексу стан гігієни порожнини рота в контрольній групі дітей залишався на рівні здорових дітей, а в групі дітей з ХГД дещо понизився (p<0,05).

Стан тканин пародонту у дітей молодшого шкільного віку, яким застосований запропонований та стандартний метод лікування в різні періоди спостереження, представлений в таблиці 2.

До призначення лікувально-профілактичного комплексу індекс кровоточивості сосочків групі дітей

Таблиця 2 – Динаміка індексів кровоточивості ясен та РМА в дітей в залежності від застосованих методів лікування у різні терміни спостереження, M±m

Терміни дослідження	Індекс кровоточивості сосочків (РВІ)		РМА, %	
	Група 2	Група 3	Група 2	Група 3
До лікування	1,35±0,1	2,5±0,12**	22,25±0,57	34,85±1,232**
Через 1 місяць	0,5±0,15*	1,1±0,18**	13,4±0,56*	16,8±0,64**
Через 3 місяці	0,7±0,3*	1,3±0,13**	14,1±0,8*	18,2±0,27**
Через 6 місяців	1,1±0,04*	1,7±0,17**	16,1±0,25*	20,1±0,33**

Примітка: * – p<0,05 – різниця значень вірогідна стосовно даних до лікування в однойменній групі; ** – p<0,05 – різниця значень вірогідна стосовно даних в один термін спостереження між різними групами.

з ХГД був вірогідно вищим, ніж у соматично здорових дітей (p<0,05) і перебував в межах від численних крапкових/лінійних кровотеч до заповнення кров'ю міжзубного приясневого трикутника. На всіх етапах спостереження стан стійкості капілярів вірогідно покращився в обох групах дітей, хоча в групі соматично здорових дітей запалення пародонту продовжувало бути виражено менше (p<0,05). Через 6 місяців від призначення комплексів індекс кровоточивості сосочків був нижчим, ніж до лікування, але визначена тенденція до його погіршення в обох групах дітей.

Динаміка значень індексу РМА була однорідною за направленням в обох групах обстежених дітей (**таблиця 2**). Так, вихідний рівень індексу свідчив про легку ступінь запалення у соматично здорових дітей та середню у дітей з ХГД (22,25±0,57% та 34,85±1,23% відповідно, p<0,05). Через місяць після призначення лікувально-профілактичних комплексів стан запалення ясен зменшився, індекс РМА в групі дітей без соматичних захворювань знизився в 1,7 рази, а в групі дітей з ХГД – в 2,1 рази і свідчив про легку ступінь запалення (p<0,05). Починаючи з 3-го місяця спостереження ми фіксували деяке підвищення індексу РМА в обох групах дітей, але до 6 міс. спостережень він був вірогідно нижче ніж до початку лікування.

Таблиця 3 – Рівень ІЛ-1β в ротовій рідині обстежених дітей в залежності від застосованих методик лікування, M±m

Групи дітей	Кількість дітей	ІЛ-1β, пг/мл	
		до лікування	після лікування
1 група	10	3,720±1,116	3,720±1,116
2 група	20	183,815±15,759*	17,909±3,526**
3 група	20	282,33±6,822**	59,619±6,714**

Примітка: * – різниця вірогідна при порівнянні між групами 1 та 2, p<0,05; ** – різниця вірогідна при порівнянні між групами 2 та 3, p<0,05; *** – різниця вірогідна при порівнянні групами 1 та 3, p<0,05; **** – різниця вірогідна при порівнянні в однойменній групі до та після лікування, p<0,05.

Вміст ІЛ-1β у ротовій рідині дітей з ХГД та запаленням ясен був значно вищим, ніж у соматично здорових дітей з хронічним катаральним гінгівітом (183,815±15,759 пг/мл та 282,33±6,822 пг/мл відповідно, p<0,05) (**таблиця 3**). По відношенню до рівня ІЛ-1β у ротовій рідині здорових дітей він був у майже 50 разів вище у соматично здорових дітей з хронічним катаральним гінгівітом та в 76 разів дітей з ХГД та запаленням. Після проведення комплексів лікувально-профілактичних заходів в обох групах рівень ІЛ-1β вірогідно знизився до 17,91±3,53 пг/мл у 2 групі та 59,62±6,71 пг/мл в третій. Хоча після лікування цей прозапальний інтерлейкін нами визначений у рівнях, що перебільшував показник здорових дітей, але ми визначили суттєве його падіння від початкових рівнів (в 4,7 разів у дітей з ХГД та в 10 разів у соматично здорових дітей). Така динаміка свідчить про позитивний вплив проведених заходів лікувального спрямування

та дещо сповільнену нормалізацію стану в групі соматично обтяжених дітей.

Динаміка змін рівня протизапального інтерлейкіну-10 в ротовій рідині обстежених дітей після застосування лікувально-профілактичних комплексів наведена у таблиці 4.

Визначений нами рівень ІЛ-10 у ротовій рідині дітей з хронічним катаральним гінгівітом на тлі ХГД був значно нижчим, ніж у дітей без соматичної патології з хронічним катаральним гінгівітом (1,068±0,137 пг/мл та 0,569±0,157 пг/мл відповідно, $p<0,05$). При чому, в обох групах дітей з запаленням ясен він був нижчим, у соматично здорових на 25%, а у дітей з ХГД майже на 60%. Після проведення лікування рівень ІЛ-10 в обох групах дітей вірогідно збільшився (2,426±0,154 пг/мл та 1,731±0,184 пг/мл відповідно, $p<0,05$).

Дія лікувально-профілактичних комплексів призвела до зростання рівня цього інтерлейкіну в обох групах дітей з хронічним катаральним гінгівітом. Після лікування у рівнях, що перебільшував показник здорових дітей, він визначений в групі соматично здорових дітей ($p<0,05$). За результатами дослідження його рівень майже досяг рівня здорових дітей (1,731±0,184 пг/мл та 1,436±0,168 пг/мл), тобто, він зріс у 3 рази. Отже, баланс про- та протизапальних інтерлейкінів 1β та 10 після застосування стандартного та запропонованого нами лікувально-профілактичних комплексів свідчить про пригнічення запалення в яснах обстежених дітей.

Проведений нами аналіз експресії ІкВα виявив її пригнічення у дітей другої та третьої групи у порівнянні із здоровими дітьми (0,022±0,003 2^{Act} та 0,026±0,04 2^{Act} та 0,045±0,07 2^{Act}) (таблиця 5). За нашими даними соматично здорові діти і діти з хронічним гастродуоденітом з хронічним запаленням ясен мали нижчий рівень експресії ІкВα ($p<0,05$).

Після застосування лікувально-профілактичних комплексів (стандартного та запропонованого нами) у дітей з хронічним катаральним запаленням ясен соматично не обтяжених та на тлі хронічного гастродуоденіта ми визначили зростання рівню експресії ІкВα до такого як і у здорових дітей.

Висновки. Дані нашого дослідження демонструють позитивну динаміку за результатами аналізу клінічних проявів запалення ясен – гігієнічних та па-

Таблиця 4 – Рівень ІЛ-10 в ротовій рідині обстежених дітей в залежності від застосованих методик лікування, М±m

Контингент дітей	Кількість дітей	ІЛ-10, пг/мл	
		до лікування	після лікування
1 група	10	1,436±0,168	1,436±0,168
2 група	20	1,068±0,137*	2,426±0,154* ****
3 група	20	0,569±0,157* ** ***	1,731±0,184** ****

Примітка: * – різниця вірогідна при порівнянні між групами 1 та 2, $p<0,05$; ** – різниця вірогідна при порівнянні між групами 2 та 3, $p<0,05$; *** – різниця вірогідна при порівнянні групами 1 та 3, $p<0,05$; **** – різниця вірогідна при порівнянні в однойменній групі до та після лікування, $p<0,05$.

Таблиця 5 – Рівень експресії ІкВα в обстежених дітей в залежності від застосованих методик лікування, М±m

Контингент дітей	Кількість дітей	ІкВα, 2-Act	
		до лікування	після лікування
1 група	10	0,045±0,007	0,045±0,07
2 група	20	0,022±0,003*	0,051±0,007****
3 група	20	0,026±0,004***	0,059±0,008****

Примітка: * – різниця вірогідна при порівнянні між групами 1 та 2, $p<0,05$; ** – різниця вірогідна при порівнянні між групами 2 та 3, $p<0,05$; *** – різниця вірогідна при порівнянні групами 1 та 3, $p<0,05$.

родонтальних індексів – впливу запропонованого лікувально-профілактичного комплексу для дітей, що хворіють на хронічний гастродуоденіт. Отримані нами результати демонструють позитивні зміни в рівнях балансу про-та протизапальних інтерлейкінів та рівня експресії ІкВα у дітей з обтяженим соматичним статусом.

Перспективи подальших досліджень. Вірогідне підвищення концентрації ІЛ10, зменшення концентрації ІЛ-1β в ротовій рідині, рівень експресії ІкВα у дітей із ХКГ та хронічними гастродуоденітом при порівнянні з показниками соматично здорових дітей з хронічним катаральним запаленням ясен визначає роль цих цитокінів та рівня експресії ІкВα у регуляції імунної реактивності та дозволяє використовувати їх як маркери для формування групи ризику розвитку хронічного запалення ясен у дітей.

Література

- Gerbert FV, Ratejczkhak EM, Ratejczkhak K. Parodontologiya. Moskva: Medpress-inform; 2014. 548 s. [in Russian].
- Trufanova VP. Sposib likuvannya khronichnogo kataralnogo gingivitu u ditej. Svit mediczini ta biologiyi. 2017;2(60):117-20. [in Ukrainian].
- Savichuk NO. Korrekciya mikroekologicheskikh narushenij v sostave lechebno-proflakticheskikh meropriyatij u detej s khronicheskim generalizovannym kataralnym gingivitom. Delta Dajdzhest. 2015;1:5-8. [in Russian].
- Bauman SS, Sheshukova OV. Poshirenist' khronichnoho kataral'ni hinhivitu u ditej riznoho viku z hastroduodenitom. Visnik problem biolohiyi y medytsyny. 2020;1(155):17-20. [in Ukrainian].
- Sheshukova OV, Bauman SS. Stomatologichnij status ditej z khronichnim gastroduodenitom. Visnik problem biologiyi i mediczini. 2020;3(157):370-3. [in Ukrainian].
- Liseczkaya IS, Rozhko NM, Kuczik RV. Vliyanie kompleksnogo lecheniya na mikrobioczenoz tkanej parodonta u podrostkov s generalizovannym kataralnym gingivitom i khronicheskim gastroduodenitom. Sovremennaya pediatriya. 2018;6(94):27-33. [in Russian].
- Rusakova YeYu. Povysheniye effektivnosti stomatologicheskoy reabilitatsii u detej s khronicheskoy somaticheskoy patologiyey [avtoreferat]. 2015. s. 64-9. [in Russian].
- Utverzhdenii protokolov predostavljeniya medpomoshchi po spetsialnosti «Detskaya terapevticheskaya stomatologiya»: prikaz MZ Ukrainy ot 23.11.2004 № 566. Protokoly okazaniya meditsinskoy pomoshchi. K.: MVTS «Medinform»; 2007. s. 141-93. [in Russian].

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ

Бауман С. С., Шешукова О. В.

Резюме. За даними ВООЗ поширеність захворювань пародонта, складає більше 75% і має тенденцію до збільшення, тому на сьогоднішній день ця проблема є актуальною в стоматології.

Хронічний катаральний гінгівіт досить поширене стоматологічне захворювання у дітей, може призвести до пародонтиту з подальшою втратою зубів.

Особлива актуальність цієї проблеми пов'язана з вибором препаратів для комплексного лікування і профілактики запальних захворювань пародонту у дітей з хронічним гастродуоденітом.

Мета. Вивчити ефективність запропонованого комплексу лікування та профілактики хронічного катарального гінгівіту у дітей з гастродуоденітом.

Сформовано 3 групи: 1-ша – 10 соматично здорових дітей без ознак запалення тканин пародонту, 2-а – 20 соматично здорових дітей з хронічним катаральним гінгівітом – контрольна група, 3-тя основна група – 20 осіб, з діагнозом хронічний гастродуоденіт і хронічний катаральний гінгівіт.

До початку лікування всі діти навчені гігієні порожнини рота, проведено контрольоване чищення зубів. Діти 3 групи отримували запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс. Комплекс передбачав 2-х разову чистку зубів після прийому їжі, зубною пастою Splat «Лікувальні трави», полоскання порожнини рота розчином Декасан, аплікації на ясна Холісалу. Євро-біотик Жермін – 1 капсула 2 рази на день після їди, лікування дітей другої групи проводили відповідно до протоколів протягом 14 днів.

До лікування, через 1, 3 і 6 місяців проводили динамічне спостереження шляхом оцінки індексів Silness-Loe і Федорова-Володкіною, РМА. Місцевий імунітет порожнини рота оцінювали шляхом визначення стану балансу про- і протизапальних ІЛ-1 β , ІЛ-10 та рівня експресії ІкВ α .

Після проведення лікувально-профілактичних заходів стан гігієни за даними індексів Федорова-Володкіної та Silness-Loe суттєво покращилися в обох групах дітей.

Після застосування лікувально-профілактичних комплексів у дітей 2 і 3 груп ми визначили поліпшення гігієнічного стану порожнини рота і позитивні зміни в рівнях балансу про- і протизапальних інтерлейкінів і рівня експресії ІкВ α у дітей з обтяженим соматичним статусом.

Ключові слова: діти молодшого шкільного віку, хронічний гастродуоденіт, хронічний катаральний гінгівіт, ІкВ α , ІЛ-1 β , ІЛ-10.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Бауман С. С., Шешукова О. В.

Резюме. По данным ВОЗ распространенность заболеваний пародонта, составляет более 75% и имеет тенденцию к увеличению, поэтому на сегодняшний день эта проблема актуальна в стоматологии.

Хронический катаральный гингивит довольно распространенное стоматологическое заболевание у детей, может привести к пародонтиту с последующей потерей зубов.

Особая актуальность этой проблемы связана с выбором препаратов для комплексного лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта у детей с хроническими гастродуоденитами.

Цель. Изучить эффективность предложенного комплекса лечения и профилактики хронического катарального гингивита у детей с гастродуоденитом.

Сформированы 2 группы: 1-я – 10 соматически здоровых детей без признаков воспаления тканей пародонта, 2-я – 20 соматически здоровых детей с хроническим катаральным гингивитом – контрольная группа, 3-я основная группа – 20 человек, с диагнозом хронический гастродуоденит и хронический катаральный гингивит.

До начала лечения все дети обучены гигиене полости рта, проведена контролируемая чистка зубов. Дети 3 группы получали предложенный нами лечебно-профилактический комплекс. Комплекс предусматривал 2-х разовую чистку зубов после приема пищи, зубной пастой Splat «Лечебные травы», полоскания полости рта раствором Декасан, аппликации на десна Холисала. Евро-биотик Жермина – 1 капсула 2 раза в день после еды, лечение детей второй группы проводили согласно протоколам в течении 14 дней.

До лечения, через 1, 3 и 6 месяцев проводили динамическое наблюдение путем оценки индексов Silness-Loe и Федорова-Володкиной, РМА. Местный иммунитет полости рта оценивали путем определения состояния баланса про- и противовоспалительных ИЛ-1 β , ИЛ-10 и уровня экспрессии ІкВ α .

После проведения лечебно-профилактических мероприятий состояние гигиены по данным индексов Федорова-Володкиной и Silness-Loe существенно улучшились в обеих группах детей.

После применения лечебно-профилактических комплексов у детей 2 и 3 групп мы определили улучшения гигиенического состояния полости рта и положительные изменения в уровнях баланса про- и противовоспалительных интерлейкинов и уровня экспрессии ІкВ α у детей с отягощенным соматическим статусом.

Ключевые слова: дети младшего школьного возраста, хронический гастродуоденит, хронический катаральный гингивит, ІкВ α , ИЛ-1 β , ИЛ-10.

THE ASSESSMENT OF THE INFLUENCE OF THERAPEUTIC AND PREVENTIVE COMPLEX ON PERIODONTIUM AND TISSUE IMMUNITY IN CHILDREN WITH CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS AND PATIENTS WITH GASTRODUODENITIS

Bauman S. S., Sheshukova O. V.

Abstract. Chronic catarrhal gingivitis is widespread dental disease in children that can cause periodontitis with subsequent teeth loss.

Main topicality of this problem is associated with drugs for treatment and prevention of inflammatory diseases of periodontium in children with chronic gastroduodenitis.

The aim is to study the efficacy of the proposed complex of the treatment and prevention of chronic catarrhal gingivitis in children with gastroduodenitis.

The object and methods of the investigation. About 500 pupils of secondary schools at the age of 6-12 were examined by us. Examined pupils were divided into 2 groups: the 1st group included somatically healthy children without signs of inflammation of periodontal tissue, 20 somatically healthy children with signs of catarrhal gingivitis and they also contained control group.

20 patients were involved in the main group who had chronic gastroduodenitis and signs of chronic catarrhal gingivitis. These children were in inpatient treatment in gastroenterological department.

Before treatment, all children were instructed to follow oral hygiene by brushing and professional cleaning. Children with chronic gastroduodenitis and chronic catarrhal gingivitis obtained the proposed therapeutic and preventive complex. The complex included oral cavity rinsing before the breakfast and during the whole day after meals. After breakfast and in the evening after the last intake of meals, teeth brushing with toothpaste Splat «Medicinal Herbs», mouth rinsing 100 ml of Decasan solution, applications on gums Cholisal (0,5 sm of the gel should be squeezed out on the clean finger and rub in gums during 2 minutes) were recommended. Euro Biotic Zhermina per 1 capsule twice a day after meals is administered internally. This complex included 14 days.

Before treatment and in 1,3, 6 months dynamic monitoring by assessment of oral hygiene by indices Silness-Loe and Fedorova-Volodkina, assessment of gingivitis severity were performed. Tissue immunity of the oral cavity was evaluated by defining the condition of the balance of pro-and anti-inflammatory IL-1 β , IL-10 and the level of I κ B α expression before and in one month after therapy.

Results of discussion. In month after therapeutic and preventive measures, the condition of gums inflammation improved, index PMA in group of children without somatic disease decreased on 1,7 times, and in group of children with chronic gastroduodenitis or catarrhal gingivitis in 2,1 times and determined mild inflammation.

After use of therapeutic and preventive complexes (conventional and proposed by us) in children with chronic catarrhal inflammation of gums somatically without significant signs and against the background of chronic gastroduodenitis one determined the increase of the level of I κ B α expression to such one like in healthy children.

Key words: children of primary school age, chronic gastroduodenitis, chronic catarrhal gingivitis, I κ B α , IL-1 β , IL-10.

*Рецензент – проф. Каськова Л. Ф.
Стаття надійшла 14.11.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2020-4-158-329-332

УДК 616.314.17-008.1-036.12-009.611-085.32-085.849.19

Демидова П. І., Рябоконь Є. М.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ВИКОРИСТАННІ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА АПІПРОДУКТУ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

polinademidovva@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Наукова робота проведена у рамках НДР Харківського національного медичного університету МОЗ України «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», № державної реєстрації 0116U004975.

Вступ. Варто зазначити, що проблема гіперчутливості зубів (ГЗ) сьогодні має велику актуальність, що зумовлене поширеністю цього патологічного стану. За даними наукових публікацій присвячених цій темі, поширеність ГЗ коливається в межах від 3 до 60% [1,2].

Велика кількість літературних джерел вказують, що сьогодні існує особливий інтерес до гіперестезії дентину (ГД), що розвивається в пацієнтів із хворобами тканин пародонту. За даними вітчизняних і зарубіжних авторів, поширеність ГД складає приблизно 64,4-98% [3,4]. Науковці це пояснюють тим, що рецесія ясен та поступове оголення коренів зубів створюють умови до відкриття дентинних каналців, за рахунок потоншення та повного видалення шару цементу

[5]. Саме це і призводить до збільшення чутливості дентину.

Існує велика кількість способів лікування ГЗ. Але на жаль досі існує необхідність оптимізації існуючих методів лікування для отримання більш пролонгованих ефектів лікування ГЗ [6,7].

Аналіз наукових публікацій показав, що застосування такого лікарського засобу, як настойка прополісу при лікуванні ГЗ є достатньо ефективним. Науковцями були проведені як клінічні, так і мікроскопічні дослідження мікроструктури дентину, котрі вказують на ефективність застосування цього засобу для зменшення рівня болю при ГЗ. Але на жаль ефект від лікування не є довготривалий [8,9].

Науковцями запропоновано застосування не тільки фармакологічних засобів, також широко використовуються й фізичні. До фізичних можна віднести застосування лазеротерапії. В науковій літературі описано використання різних типів лазерів [10]. На сучасному етапі терапевтичної стоматології існує велика кількість досліджень, присвячених лікуванню ГЗ за