

Авдеев А.В. ©

Доцент, канд. мед наук, кафедра детской стоматологии Государственного высшего учебного учреждения «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

ИЗМЕНЕНИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИНГИВИТА

Аннотация

В статье приведены результаты лечения детей, больных гингивитом с использованием препаратов, которые уменьшают патогенетическое влияние антигенной нагрузки на ткани пародонта, путем уменьшения количества микрофлоры, снижения сенсбилизации, стимуляции адаптационных возможностей организма. Установлено, что предложенная терапия в большей степени способствовала уменьшению воспалительных явлений в деснах, улучшала физико-химические характеристики слюны, обеспечивала долговременный эффект, что подтверждало патогенетическое направление лечения, направленное на уменьшение проявлений гиперэргии организма.

Ключевые слова: гингивит, дети, лечение

Keywords: gingivitis, children, treatment

Учитывая высокую распространенность воспалительных процессов десен у детей, большинство научных работ посвящено изучению влияния различных факторов на развитие и течение гингивита, предлагаются методы лечения с включением препаратов, которые улучшают неспецифическую защиту организма [7,45; 8,20]. Проведенные экспериментальные исследования [1,82; 3,8] позволяют отдать предпочтение гиперэргическому течению воспалительной реакции в пародонте детей, использовать в лечении гингивита препаратов, которые уменьшают сенсбилизацию, стимулируют адаптационные возможности организма [2,2].

Цель исследования. Оценка эффективности лечения больных гингивитом детей с использованием антибактериального и адаптогенного препаратов.

Материалы и методы исследования. Обследование детей 7-12 лет на базе стоматологической поликлиники, стоматологического отделения консультативно диагностического центра ООО «Десна» ЛТД ДВНЗ «ТДМУ имени И.Я. Горбачевского» состояло из определения уровня стоматологического здоровья (КПУ+кп, КПУ, пародонтологический статус, состояние гигиены полости рта) и определения нозологической формы заболевания.

Больные гингивитом дети были взяты под диспансерное наблюдение и разделены на группы: основную (68 человек) и сравнительную (70 человек).

Из 68 больных основной группы возрастом 7-12 лет мальчиков было 35 (51,5 %), девочек – 33 (48,5 %); в группе сравнения мальчиков и девочек было поровну по 35. КПУ+кп у 7-летних детей составил 4,1; у 12-летних детей КПУ составил 2,5.

Частота гингивита была непосредственно связана с наличием нависающих краев пломб при апроксимальном кариесе, скученностью зубов, аномалиями прикрепления уздечек губ, языка, наличием ортодонтических конструкций.

Всем больным детям проводилась базовая терапия в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи по специальности „терапевтическая стоматология” [9,213].

Лечение в обеих группах начинали с проведения гигиенического обучения и профессиональной гигиены полости рта. При остром гингивите профессиональная гигиена полости рта проводилась во второе посещение после снятия острых явлений в деснах. В основной группе в течение месяца применяли средства патогенетической направленности: «Биотрит-дента» (НВА «Одесская биотехнология», ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины») (в составе таблеток содержатся зеленые проростки пшеницы, лецитин, цитрат кальция, фторид натрия, аскорбиновая кислота) по 1 табл. в день в течение 1 месяца, кальция глюконат в течение 10 дней (по 0,5×3 раза в день), эликсир «Биодент» (содержит экстракт зеленых проростков пшеницы) 2 раза в день из расчета 1 чайная ложка на стакан воды, 0,01 % раствор мирамистина для полосканий ротовой полости (в течение первой недели лечения). При чистке зубов предлагали применять зубную пасту «Лакалут-юниор» в течение 4 недель, затем в течение 4 недель – зубную пасту «Лакалут-фитоформула». Рекомендовали увеличить

употребление питьевой воды, фруктов и овощей. Такой лечебно-профилактический курс проводился 2 раза в год (весной и осенью).

В сравнительной группе для местной терапии был использован 1 % раствор перекиси водорода, для полосканий ротовой полости (в течение первой недели лечения) – «Ротокан», рекомендовали лечебно-профилактическую зубную пасту. Контрольные осмотры и обследование в обеих группах были проведены по окончании лечения, через 6 и 12 месяцев, при необходимости (рецидив заболевания) – курс лечения повторяли. Исследовали скорость слюноотделения, вязкость и кислотность ротовой жидкости [5,62; 6,36]. Изучали показатель активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) в ротовой жидкости по уровню малонового диальдегида (МДА) [4,41].

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено сокращение сроков лечения детей при применении предложенной лечебной схемы: 3-4 посещения (в среднем 3,7) в основной группе и 4-5 посещений (в среднем 4,6) – в группе сравнения. Изучение динамики показателей ротовой жидкости у больных гингивитом показала, что патогенетически направленные лечебные мероприятия увеличивали скорость слюноотделения, уменьшали вязкость ротовой жидкости и увеличивали ее рН в большей степени, чем в группе сравнения (рис. 1, 2).

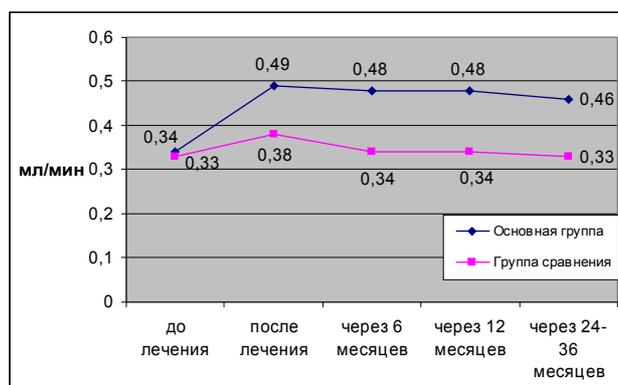


Рис. 1. Динамика скорости слюноотделения у детей групп наблюдений

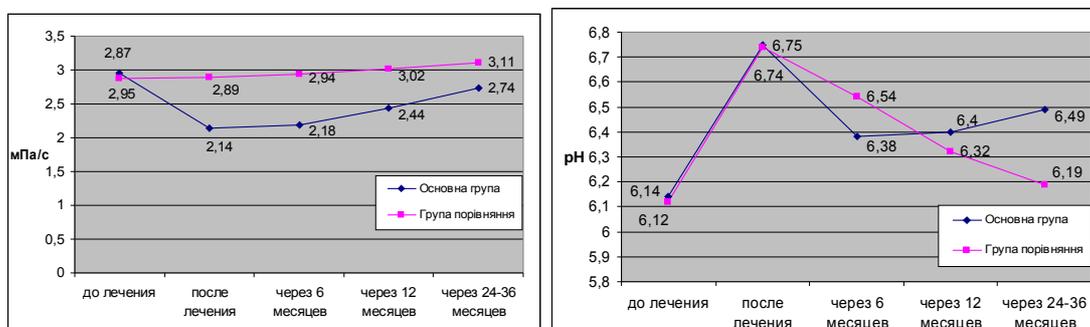


Рис. 2. Изменение вязкости и рН ротовой жидкости у детей групп наблюдений

Изучение показателя активности ПОЛ в ротовой жидкости показало, что уровень МДА у детей основной группы уменьшился в 1,52 раза (с $(0,38 \pm 0,08)$ мкмоль/л до $(0,25 \pm 0,06)$ мкмоль/л) после лечения, через 12 месяцев этот показатель был у 1,65 раза ($(0,23 \pm 0,08)$ мкмоль/л) меньшим исходного значения.

В группе сравнения уровень МДА после лечения практически не изменился (с $(0,35 \pm 0,07)$ мкмоль/л до $(0,32 \pm 0,06)$ мкмоль/л), через 12 месяцев вырос в 1,2 раза ($(0,46 \pm 0,09)$ мкмоль/л), что свидетельствовало об увеличении процессов липопероксидации в полости рта, в определенной мере – об активации воспалительного процесса в деснах (рис. 3).

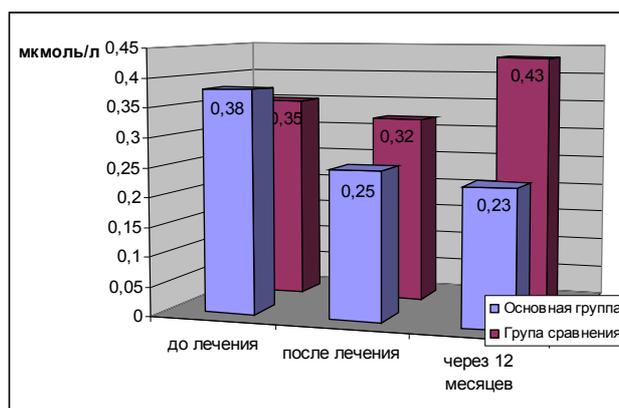


Рис. 3. Графическая характеристика содержания МДА в ротовой жидкости детей в различные сроки наблюдения

Выводы. Проведенные исследования показали, что коррекция водно-пищевого режима, лечение гингивита, направленное на уменьшение антигенной нагрузки на ткани пародонта, снижение сенсibilизации, стимуляция адаптационных возможностей организма были эффективнее, чем традиционная терапия. Предложена схема лечения гингивита может быть рекомендована для широкого применения в практической стоматологии.

Литература

1. О.В. Авдеев – Аналіз біохімічних показників сироватки крові та ЕКГ у тварин з гіпо- та гіперергічним запальним процесом в пародонті // Медична хімія. – 2012. – Т.14, № 1. – С. 82-85.
2. О.В. Авдеев, А. Б. Бойків – Динаміка перекисного окиснення ліпідів і стану антиоксидантної системи у пародонті в експерименті // Вісник стоматології (спецвипуск). – 2012. – № 6 (79). – С. 2–4.
3. О.В. Авдеев – Характеристика імунологічних змін у експериментальних тварин з пародонтитом за зміненої реактивності // Вісник стоматології. – 2011. – № 3. – С. 8–10.
4. Л. И. Андреева, Л. А. Кожемякин, А. А. Кишкун – Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой // Лабораторное дело. – 1988. – № 11. – С. 41-43.
5. О. В. Деньга, Д. Д. Жук, О. А. Макаренко – Клинико-лабораторная оценка эффективности комплекса адаптогенов и физических факторов на биохимические параметры ротовой жидкости у больных хроническим катаральным гингивитом // Вісник стоматології. – 2004. – № 4. – С. 62-68.
6. Л. И. Забросаева, Н.В. Козлов – Биохимия слюны. – Смоленск, 1992. – 36 с.
7. И.В. Ковач – Воздействие комплексной биостимулирующей терапии на иммунологическую реактивность у подростков, страдающих хроническим катаральным гингивитом и сочетанной патологией (кариес и гингивит) // Український стоматологічний альманах. – 2005. - № 6. – С. 45-50.
8. М. В. Локтионова – Лечение хронического катарального гингивита с использованием десневых повязок на основе растительных компонентов и сульфатированных гликозаминогликанов : автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 / М. В. Локтионова. – Смоленск, 2009. – 20 с.
9. Протоколи надання стоматологічної допомоги (МОЗ України) / За ред. Ю. З. Опанасюка. – Київ : ТОВ Видавничо-інформаційний центр «Світ сучасної стоматології», 2005 – С. 213-223 [506].