

ОЦІНКА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ**Т.С. Кіцак**

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Ключові слова: діти, гінгівіт, дифузний нетоксичний зоб.

Буковинський медичний вісник. Т.23, № 4 (92). С. 34-39.

DOI:
10.24061/2413-0737.
XXIV.4.92.2019.87**E-mail:** kitsak_tetiana@
bsmu.edu.ua**Мета роботи** — розробка нових адекватних методів патогенетичної корекції захворювань тканин пародонта у дітей із супутньою патологією щитоподібної залози.**Матеріал і методи.** Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 50 дітей віком 12–15 років. Із них 25 дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб та 25 соматично здорових дітей. Запропонований комплекс лікувальних заходів включав у себе на місцевому рівні професійну гігієну ротової порожнини, застосування препарату “Лізак”. До загального лікування входив комплексний вітамінно-мінеральний препарат “Кальцемін аванс” та імуностимулятор “Імупрет” на тлі базової йодотерапії.**Результати.** У цілому за два роки проведення запропонованих нами лікувально-профілактичних заходів вдалося збільшити кількість здорових секстантів у дітей підліткового віку з $1,12 \pm 0,11$ до $5,78 \pm 0,47$ ($p < 0,05$). На відміну від цього у дітей групи порівняння кількість інтактних тканин пародонта через 2 роки вірогідно не відрізнялася від вихідних даних — відповідно $1,16 \pm 0,15$ та $2,80 \pm 0,13$ секстантів.**Висновок.** Додаткове введення засобів метаболічної корекції та імуностимулятора значно покращує результати лікування і ще раз підтверджує важливу роль обмінних порушень у розвитку запального процесу в яснах.**Ключевые слова:** дети, гингивит, диффузный нетоксичный зоб.

Буковинский медицинский вестник. Т.23, № 4 (92). С. 34-39.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ДИФУЗНЫМ НЕТОКСИЧНЫМ ЗОБОМ**Т.С. Кицак****Цель работы** — разработка новых адекватных методов патогенетической коррекции заболеваний тканей пародонта у детей с сопутствующей патологией щитовидной железы.**Материал и методы.** Для решения поставленных задач проведено обследование 50 детей в возрасте 12–15 лет. Из них 25 детей, больных диффузным нетоксичным зобом и 25 соматически здоровых детей. Предложенный комплекс лечебных мероприятий включал в себя на местном уровне профессиональную гигиену полости рта, применение препарата “Лизак”. В общее лечение входил комплексный витаминно-минеральный препарат “Кальцемина аванс” и иммуностимулятор “Имупрет” на фоне базовой йодотерапии.**Результаты.** В целом за два года проведения предложенных нами лечебно-профилактических мероприятий удалось увеличить количество здоровых секстантов у детей подросткового возраста с $1,12 \pm 0,11$ до $5,78 \pm 0,47$ ($p < 0,05$). В отличие от этого у детей группы сравнения количество интактных тканей пародонта через 2 года достоверно не отличалась от исходных данных — соответственно $1,16 \pm 0,15$ и $2,80 \pm 0,13$ секстантов.**Вывод.** Дополнительное введение средств метаболической коррекции и иммуностимулятора значительно улучшает результаты лечения и еще раз подтверждает важную роль обменных нарушений в развитии воспалительного процесса в деснах.

Keywords: children, gingivitis, diffuse simple goiter.

Bukovinian Medical Herald. V.23, № 4 (92). P. 34-39.

ASSESSMENT OF THE PERIODONTAL TISSUE STATE IN THE DYNAMICS OF TREATMENT OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN SUFFERING FROM DIFFUSE NONTOXIC GOITER

T.S. Kitsak

Objective of the work was development of new adequate methods of pathogenic correction of periodontal tissue diseases in children with comorbid pathology of the thyroid gland.

Material and methods. To solve the tasks 50 children aged from 12 to 15 years were examined including 25 children with diffuse nontoxic (simple) goiter and 25 somatically healthy children. The suggested complex of therapeutic measures included professional oral hygiene at a local level and the use of the medicine "Lizak". A common treatment included a complex vitamin-mineral drug "Calcemin advance" and immune stimulator "Imupret" against the background of basic iodine therapy.

Results. On the whole for the two years of the suggested therapeutic-preventive measures we have managed to increase the number of healthy sextants in teenagers from $1,12 \pm 0,11$ to $5,78 \pm 0,47$ ($p < 0,05$). On the contrary, among the children from the group of comparison the amount of intact periodontal tissues in the course of two years did not differ reliably from that of the initial data – $1,16 \pm 0,15$ and $2,80 \pm 0,13$ sextants respectively.

Conclusion. Additional administration of metabolic correction means and the immune stimulator improves considerably the results of treatment and confirms an important role of metabolic disorders in the development of inflammatory process in the gums.

Вступ. Клініко-параклінічне обстеження дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб (ДНЗ), показало наявність у дитячому організмі ряду метаболічних порушень, що впливають на перебіг основних стоматологічних захворювань [1–3]. Результати власних досліджень засвідчили, що в таких дітей спостерігається недостатність місцевих захисних факторів [4]. Також у ротовій рідині дітей відзначається зменшення рівня глікопротеїнів на тлі збільшення вмісту білка, що може свідчити про частковий розпад захисних амінополіцукридов, які виконують протекторну функцію слини [5].

Тому патогенетично обґрунтованим є проведення корекції виявлених порушень на місцевому та системному рівнях. З цієї метою доцільним є застосування препаратів, що компенсують дефіцит та нормалізують баланс між макро- та мікроелементами в організмі дитини, а також середників, які підвищують локальні захисні механізми ротової порожнини на тлі йодотерапії [5].

Матеріал і методи. Для встановлення ефективності розроблених лікувально-профілактичних заходів щодо хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) в дітей, хворих на ДНЗ, нами сформовано основну групу (25 осіб) та групу порівняння (25 осіб) дітей віком 12–15 років.

У групі порівняння застосовано загальноприйнятий метод лікування ХКГ у дітей згідно з Наказом МОЗ України № 435 від 31.08.2004 р. "Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "Дитяча терапевтична стоматологія".

У дітей основної групи місцево проводилася професійна гігієна ротової порожнини з гігієнічним навчанням та застосування препарату "Лізак" по 1 таблетці для смокання 3–4 рази на день упродовж 10 днів. Загальне лікування включало в себе комплексний вітамінно-мінеральний препарат та імуностимулятор "Імупрет" на тлі базової йодотерапії. Як вітамінно-мінеральний засіб застосовували "Кальцемін аванс". Дозування препарату: по 1 таблетці 1 раз на добу під час прийому їжі протягом 1 місяця 2 рази на рік. "Імупрет" призначався по 25 крапель 3 рази на добу впродовж 2 тижнів. Препарат калію йодиду застосовувався під наглядом ендокринолога. Дозування препарату — по 200 мкг на добу в один прийом. Він застосовувався щоденно перманентно під моніторингом лікаря-ендокринолога. У випадку зняття діагнозу дитина переводилася на профілактичні дози калію йодиду: 150 мкг на добу.

Для оцінки віддалених результатів лікування ХКГ у дітей, які хворіють на ДНЗ, нами проведено катамністичне спостереження, що включало клінічні огляди із встановленням стоматологічного статусу пацієнтів через півроку, рік, півтора та два роки від початку застосування запропонованого лікувально-профілактичного комплексу.

Статистична обробка даних проведена методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення.

У цілому позитивні зміни стану тканин пародонта

Оригінальні дослідження

Таблиця 1
Стан гігієни ротової порожнини дітей у динаміці спостереження
за даними індексу ОНІ-S

Термін	Індекс ОНІ-S	Група основна	Група порівняння	P
До лікування	Значення	1,72±0,14	1,70±0,15	>0,05
	Зубний наліт	1,59±0,12	1,56±0,13	>0,05
	Зубний камінь	0,13±0,01	0,14±0,02	>0,05
Після лікування	Значення	0,67±0,04*	0,82±0,05*	>0,05
	Зубний наліт	0,67±0,05*	0,82±0,06*	>0,05
	Зубний камінь	0*	0*	>0,05
Через 6 місяців	Значення	0,75±0,04	1,23±0,10	<0,05
	Зубний наліт	0,74±0,03	1,19±0,11*	<0,05
	Зубний камінь	0,01±0,001*	0,04±0,002*	<0,05
Через 1 рік	Значення	0,97±0,04*	1,36±0,10*	<0,05
	Зубний наліт	0,94±0,05*	1,26±0,12*	<0,05
Через 1,5 року	Зубний камінь	0,03±0,002*	0,10±0,01	<0,05
	Значення	1,15±0,10*	1,36±0,10*	<0,05
	Зубний наліт	1,10±0,08*	1,26±0,09*	<0,05
Через 2 роки	Зубний камінь	0,05±0,001*	0,10±0,02	<0,05
	Значення	1,21±0,12*	1,56±0,13	<0,05
	Зубний наліт	1,18±0,10*	1,46±0,11	<0,05
	Зубний камінь	0,03±0,002*	0,10±0,01	<0,05

Примітки: * - вірогідна відмінність між показниками у дітей груп спостереження до та після лікування, $p < 0,05$; p – порівняння показників у дітей основної групи та групи порівняння.

зафіксовані вже після проведення першого курсу лікування та спостерігалися із різною динамікою під час усього періоду моніторингу.

Зокрема, стан гігієни ротової порожнини, який суттєво покращився на момент закінчення лікування, продовжував залишатися в межах середніх значень (0,7–1,6 бала за даними індексу ОНІ-S) в усіх групах спостереження. Обстеження пацієнтів упродовж другого року моніторингу продемонструвало встановлення гігієнічного індексу на задовільному рівні — від 1,21±0,12 бала у дітей основної групи до 1,56±0,13 бала у групі порівняння (табл. 1).

Динаміка змін клінічної картини тканин пародонта в катанезі спостереження показала такі результати (табл. 2).

Огляд дітей через півроку показав дещо гірший гігієнічний статус, що був пов'язаний із появою твердих зубних відкладень. Пародонтологічні скарги висували 4 дитини (16%) основної групи. На відміну від цього у групі порівняння значно швидше відновлювалися запальні процеси в тканинах пародонта: 36% обстежених скаргилися на кровоточивість ясен, у 4% - відзначався неприємний запах із рота. Як наслідок — індекс РМА був вірогідно меншим у дітей, які одержували удосконалений метод лікування ХКГ, порівняно з дітьми групи порівняння: відповідно 2,38±0,15 проти 12,04±0,11%

($p < 0,05$).

Через рік встановлено рецидивування ознак запалення та кровоточивості у 84% дітей групи порівняння. Скарги дітей на кровоточивість відновились у 12 осіб (48%). В основній групі поряд із значно меншою кількістю скарг на кровоточивість (у 16% дітей) реєструвалося відновлення початкових патологічних явищ у тканинах пародонта. Індекс РМА становив відповідно 8,15±0,34% порівняно з показниками у дітей групи контролю 20,16±1,96% ($p < 0,05$).

Огляд через 1,5 року встановив подальше погіршення стану тканин пародонта у дітей групи порівняння та стабілізацію запального процесу в яснах пацієнтів основної групи. Зокрема, середня кількість секстантів із кровоточивістю у групі порівняння склала 2,46±0,15 проти відповідного показника основної групи — 0,35±0,02 ($p < 0,05$).

Зубний камінь у дітей основної групи спостерігався, в середньому, у 0,04±0,003 секстантів, що було вірогідно кращим показником, аніж у дітей групи порівняння — 0,11±0,01 ($p < 0,05$). Слід зауважити про появу пародонтальних кишень у дітей (0,01±0,001 уражених секстантів). Підтвердженням оцінки стану тканин пародонта, за основними його ознаками, у секстантів стали результати визначення індексу РМА: відповідно — 3,95±0,22 та 25,87±1,03% ($p < 0,05$).

Таблиця 2
Стан тканин пародонта в динаміці спостереження за даними індексу CPI

Термін	Індекс CPI	Група основна	Група порівняння	P
До лікування	Кількість здорових секстантів	1,12±0,11	1,16±0,15	>0,05
	Кількість секстантів із кровото-чівістю	4,35±0,31	4,27±0,32	>0,05
	Кількість секстантів із зубним каменем	1,15±0,01	1,14±0,02	>0,05
	Кількість секстантів із кишенья-ми	0,08±0,006	0,07±0,005	>0,05
Після ліку-вання	Кількість здорових секстантів	5,61±0,43*	3,66±0,34*	<0,05
	Кількість секстантів із кровото-чівістю	0,39±0,02*	2,34±0,12*	<0,05
	Кількість секстантів із зубним каменем	0*	0*	>0,05
	Кількість секстантів із кишенья-ми	0*	0*	>0,05
Через 6 міся-ців	Кількість здорових секстантів	5,67±0,34*	3,58±0,27*	<0,05
	Кількість секстантів із кровото-чівістю	0,33±0,01*	2,42±0,18*	<0,05
	Кількість секстантів із зубним каменем	0,01±0,001*	0,05±0,003*	<0,05
	Кількість секстантів із кишенья-ми	0*	0*	>0,05
Через 1 рік	Кількість здорових секстантів	5,64±0,43*	3,19±0,14*	<0,05
	Кількість секстантів із кровото-чівістю	0,36±0,03*	2,31±0,20*	<0,05
	Кількість секстантів із зубним каменем	0,02±0,001*	0,10±0,01*	<0,05
	Кількість секстантів із кишенья-ми	0*	0*	>0,05
Через 1,5 року	Кількість здорових секстантів	5,65±0,30*	3,44±0,17*	<0,05
	Кількість секстантів із кровото-чівістю	0,35±0,02*	2,46±0,15*	<0,05
	Кількість секстантів із зубним каменем	0,04±0,003*	0,11±0,01*	<0,05
	Кількість секстантів із кишенья-ми	0*	0,01±0,001*	<0,05
Через 2 роки	Кількість здорових секстантів	5,78±0,47*	2,80±0,13	<0,05
	Кількість секстантів із кровото-чівістю	0,22±0,01*	3,20±0,19	<0,05
	Кількість секстантів із зубним каменем	0,03±0,002*	0,12±0,01*	<0,05
	Кількість секстантів із кишенья-ми	0*	0,02±0,001*	<0,05

Примітки: * - вірогідна відмінність між показниками у дітей груп спостереження до та після лікування, p<0,05; p – порівняння показників у дітей основної групи та групи порівняння.

Оригінальні дослідження

Через два роки після початку лікування ХКГ у дітей груп спостереження ознаки запального процесу в яснах спостерігалися на рівні РМА — $7,04 \pm 0,28\%$ порівняно з дітьми групи порівняння — $24,26 \pm 1,93\%$ ($p < 0,05$). Вірогідно більшою була і кількість уражених секстантів у дітей при загальноприйнятому методі лікування як за ознакою кровоточивості, так і за зубним каменем та кількістю секстантів з пародонтальними кишнями. Пародонтологічні скарги відновлювалися приблизно у половини обстежених групи порівняння (52%) та були мінімальними у дітей основної групи (8%).

У цілому за два роки проведення запропонованих нами лікувально-профілактичних заходів вдалося збільшити кількість здорових секстантів у дітей підліткового віку з $1,12 \pm 0,11$ до $5,78 \pm 0,47$ ($p < 0,05$). На відміну від цього у дітей групи порівняння кількість інтактних тканин пародонта через 2 роки вірогідно не відрізнялася від вихідних даних — відповідно $1,16 \pm 0,15$ та $2,80 \pm 0,13$ секстантів.

Висновки

1. У дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб, спостерігається низька ефективність загальноприйнятого методу лікування хронічного катарального гінгівіту внаслідок відсутності патогенетичного впливу.

2. Поліпшення стану гігієни ротової порожнини у дітей, що зберігалося в динаміці спостереження, не завадило відновленню патологічного процесу в яснах пацієнтів групи порівняння, що підтверджує встановлену нами другорядну роль місцевих чинників гінгівіту за умов тиреопатології.

3. Додаткове введення засобів метаболічної корекції та імуностимулятора значно покращує результати лікування і ще раз підтверджує важливу роль обмінних порушень у розвитку запального процесу в яснах.

Перспективи подальших досліджень. Загалом, використання в комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей при супутньому дифузному нетоксичному зобі вітамінно-мінерального препарату та імуностимулятора дозволяє знизити показники інтенсивності ураження тканин пародонта в дітей, підвищити рівень стоматологічного здоров'я та запобігти розвитку можливих ускладнень з боку зубощелепної системи й організму дитини в цілому, що, безперечно, є перспективним напрямком дослідження у стоматології.

Список літератури

- Біденко НВ. Особливості клініки, профілактики та лікування карієсу і гінгівіту у дітей з дифузним еутиреоїдним зобом [дисертація]. Київ; 1997. 150 с.
- Годованець ОІ. Оптимізація принципів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дітей із супутньою патологією щитоподібної залози [дисертація]. Івано-Франківськ; 2016. 403 с.
- Колесник КА. Патогенетические подходы к комплексному лечению зубочелюстных аномалий у детей с диффузным нетоксическим зобом [автореферат]. Симферополь, 2014. 43 с.
- Годованець ОІ, Кіцак ТС, Вітковський ОО, Павлов ЮО. Характеристика місцевих захисних механізмів ротової рідини дітей за умов дифузного нетоксичного зоба. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2018;3:44-7.
- Годованець ОІ, Кіцак ТС, Муринюк ТІ. Аналіз сполучнотканинних компонентів ротової рідини дітей, хворих на хронічний катаральний гінгівіт за умов дифузного нетоксичного зоба. Клінічна та експериментальна патологія. 2019;3(69):27-32.
- Zimmermann MB. Iodine deficiency and excess in children: worldwide status in 2013. Endocrine practice. 2013;19(5):839-46.
- Турчина СІ, Плехова ОІ, Костенко ТП, Косовцова ГВ. Ефективність монотерапії препаратами калію йодиду дифузного нетоксичного зоба з різним прогнозом перебігу в пацієнтів підліткового віку. Український журнал дитячої ендокринології. 2015;1:19-23.
- Bidenko NV. Osobennosti kliniki, profilaktiki i lecheniya kariyesa i gingivita u detey s diffuznym eutireoidnogo toporom [dissertatsiya]. [Peculiarities of clinical manifestation, prevention and treatment of caries and gingivitis in children with diffuse euthyroid goiter [thesis]. Kiyev; 1997. 150 s.
- Godovanets OI. Optimizatsiya printsipov diagnostiki, lecheniya i profilaktiki stomatologicheskikh zabolovaniy u detey s soputstvuyushchey patologiyey shchitovidnoy zhelezy [dissertatsiya] [Optimization of principles of diagnostics, treatment and prevention of stomatological diseases in children with comorbid thyroid pathology [thesis]. Ivano-Frankovsk; 2016. 403 s.
- Kolesnik KA. Patogeneticheskiye podkhody k kompleksnomu lecheniyu zubochehlyustnykh anomalii u detey s diffuznym netoksicheskiy zobom [avtoreferat] [Pathogenic approaches to a comprehensive treatment of dental-maxillary defects in children with diffuse simple goiter [abstract]. Simferopol', 2014. 43 s.
- Godovanets OI, Kitsak TS, Vitkovskiy OO, Pavlov YUO. Kharakteristika mestnykh zashchitnykh mekhanizmov rotovoy zhidkosti detey v usloviyakh diffuznogo netoksichnogo zoba [Characteristics of local protective mechanisms of the oral fluid in children with diffuse simple goiter]. Neonatologii, khirurgiya i perinatal'naya meditsina. 2018; 3:44-7.
- Godovanets OI, Kitsak TS, Murinyuk TE. Analiz soyedinitel'notkannykh komponentov rotovoy zhidkosti detey, bol'nykh khronicheskim kataral'nyu gingivit v usloviyakh diffuznogo netoksichnogo zoba [Analysis of the connective tissue components of the oral fluid in children with chronic catarrhal gingivitis and diffuse simple goiter]. Klinicheskaya i eksperimental'naya patologiya. 2019, 3(69):27-32.
- Zimmermann MB. Iodine deficiency and excess in children: worldwide status in 2013. Endocrine practice. 2013, 19(5):839-46.
- Turchina SI, Plekhova OI, Kostenko TP, Kosovtsova GV. Effektivnost' monoterapii preparatami kaliya yodida diffuznogo netoksichnogo zoba s razlichnym prognozom techeniya u patsiyentov podrostkovogo vozrasta [Efficacy of monotherapy with potassium iodide drugs indicated for diffuse simple goiter with different prognosis of the course among teenagers]. Ukrainskiy zhurnal detskoy endokrinologii. 2015, 1:19-23.

Відомості про автора

Кіцак Т. С. — асистент кафедри стоматології дитячого віку ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна.

Сведения об авторе

Кицак Т. С. — асистент кафедри стоматології дитячого віку ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» г. Чернівці, Україна.

Information about the author

Kitsak T. S. — assistant, Department of Pediatric Stomatology, Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine.

Надійшла до редакції 15.10.2019

Рецензент — проф. Кузняк Н.Б.

© Т.С. Кіцак, 2019
