

В статье приведены 76иэг терапии больных с сочетанной патологией ИБС и ХОБЛ с применением в комплексной терапии кардио – и эндотелий-протективного препарата – кардиоаргина. Положительная клиническая динамика у больных, получавших комплексную 76иэгнос с применением раствора кардиоаргина способствовала повышению качества жизни, увеличение толерантности к физическим 76иэгности, сокращение сроков пребывания больного в стационаре на 1,6 суток.

Ключевые слова: кардиоаргинин, ишемическая болезнь сердца, хронические 76иэгностика76 заболеваний легких.

Стаття надійшла 18.12.2015 р.

The article presents the experience of treatment of patients with coronary artery disease comorbidity and COPD with the use in the treatment of cardio – and endothelium-protective drug – kardyoarhynyna. Positive clinical dynamics in patients receiving combined therapy with application solution kardyoarhynyna contributed to improving the quality of life, increase tolerance to physical activity, shortening patient stays in hospital by 1.6 days.

Key words: kardyoarhinin, coronary heart disease, chronic obstructive pulmonary disease.

Рецензент Катеренчук І.П.

УДК [616.311.2-002.2+616.315-007.254]-053.4-08

П. І. Ткаченко, С. О. Білокоць, Н. М. Лохматова, Н. П. Білокоць
В ДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМ НЕЗРОЩЕННЯМ ПІДНЕБІННЯ

Встановлено, що у всіх дітей з вродженим незрощенням піднебіння, навіть після виконання радикальної ураностафілопластики, має місце хронічний катаральний гінгівіт в переважній більшості середнього ступеня тяжкості. Комплексне стоматологічне обстеження, проведене в групах порівняння по завершенню лікувальних заходів, дозволило встановити переваги методики, до складу якої було додатково введено «Декасан», на що вказували кращі показники гігієнічних індексів та результати оцінки стану тканин пародонта.

Ключові слова: діти, вроджене незрощення піднебіння, хронічний катаральний гінгівіт, лікування.

Робота є фрагментом НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику» (шифр АМН 079.10, державний реєстраційний № 0111U006760).

Посаднане незрощення верхньої губи та піднебіння залишається досить 76иэгностика76я7676ми767676бою формою уроджених вад розвитку людини. Науковці багатьох країн відмічають тенденцію до збільшення числа їх 76иэгностик. Недивлячись на існування 76иэгностика76я7676м хірургічних методик по їх усуненню, кінцевий результат не завжди очікуваний, адже суттєві небажані наслідки у вигляді деформацій щелепних кісток, зубних рядів, нетипове розташування зубів призводить чи сприяє виникненню у значної кількості дітей ураження твердих тканин зубів і пародонта. Незважаючи на значну кількість розроблених методик терапевтичного і ортодонтичного впливу, спрямованих на покращення стоматологічного статусу, вони не дозволяють в повній мірі усунути анатомічно- функціональні порушення, що мають місце у кожному конкретному випадку та впливають на погіршення клінічної ситуації [1, 2, 6, 8, 10, 14, 18]. Особливу занепокоєність викликає інформація про значну поширеність у осіб з вродженими вадами розвитку обличчя передумов для виникнення запалення в яснах, чому сприяє підвищена контамінація порожнини рота різними видами мікроорганізмів, а штамам бактерій, які входять до складу зубного нальоту, притаманна досить висока ступінь патогенності [5, 9, 15, 16, 17].

Крім того, перебіг патологічного процесу в тканинах пародонта досить тісно пов'язаний не тільки з біологічними властивостями мікроорганізмів та їх кількістю, а і з імунним статусом, мікроциркуляторними розладами, метаболічними порушеннями, які в сукупності погіршують прогноз перебігу захворювання на тлі скомпрометованої анатомічної неповноцінності тканини за рахунок присутності щілинного дефекту [3, 4, 7, 19].

Враховуючи наявність у дітей даної категорії 76иэгностика76я патології, функціональних і органічних змін як на рівні організму, так і на рівні порожнини рота дана, проблема потребує детального вивчення і принципової оцінки для вирішення актуального питання, яке стосується покращення якості їх життя та адаптації у суспільстві.

Метою роботи було вивчення ефективності комплексу лікування заходів при хронічному катаральному гінгівіті у дітей з вродженим незрощенням піднебінням після радикальної ураностафілопластики

Матеріал та методи дослідження. Матеріалом для написання даної роботи 76иэгностика76я76 стоматологічного статусу і встановлення ефективності від лікувальних заходів при хронічному катаральному гінгівіті у 41 дитини 7-8 років з одностороннім незрощенням верхньої губи і піднебіння. Термін давності після проведеної радикальної ураностафілопластики сягав не більше трьох років. При розподілі дітей за діагнозом використовували класифікацію,

запропоновану Л.В.Харьковим [12]. Стан гігієни порожнини рота оцінювали при первинному обстеженні і по завершенню лікування (курс тривав 7-10 днів). При 77іагн визначали гігієнічні індекси Green-Vermillion OHI-S (1964) і Silness-Loe (1967); РМА в модифікації Parma (1960); індекс кровоточивості за Muhlemann і Saxer (1975) [13]. Для встановлення цілісності зубо-ясеневого з'єднання застосовували пробу Писарева-Шиллера. При встановленні діагнозу використовували класифікацію хвороб пародонта, запропоновану М.Ф.Данилевським у 1994 році.

Залежно від обсягу лікувальних заходів, пацієнтів було розділено на дві групи, що склалися з 18 і 23 осіб. У всіх було застосовано загальноприйнятий лікувальний комплекс (навчання професійній гігієні порожнини рота, чищення зубів два рази на добу лікувально-профілактичною пастою «SPLATлікувальні трави», санація, оволодіння методики аутомасажу ясен, надання рекомендацій по збалансованому харчуванню). До складу лікувальних заходів в групі дітей, що становила 23 особи, додатково включили антисептичний препарат «Декасан», який було апробовано нами і він добре зарекомендував себе [11]. Контрольну групу склало 20 осіб того ж віку і статі. Отримані дані оброблялися методом варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. В наукову розробку включено 122 дітей, які знаходяться на диспансерному обліку в дитячій клінічній міській стоматологічній поліклініці м.Полтави після оперативного втручання з приводу наявності у них незрощень піднебіння. Із них було відібрано 68 дітей (55,7%) з однібічним щілиним дефектом. У всіх при первинному обстеженні було виявлено хронічний катаральний гінгівіт. Вивчення ступеня тяжкості його дозволило встановити, що легку ступінь діагностовано у 16 пацієнтів (23,5%), середню ступінь тяжкості у 41- (60,3%) і тяжку у 11- (16,2%). Враховуючи, що у виборці превалювали діти із середнім ступенем тяжкості захворювання ми і взяли в подальшому саме їх для поглибленої наукової розробки, але лікування проводили всім задіяним пацієнтам.

Обстеженням встановлено, що 18 дітей із 41 (43,9%) скарг не мали, а 23 (56,1%) звертали увагу на свербіж в яснах, їх періодичне припухання, кровоточивість, яка відчутно проявлялась при чищенні зубів. Конкретизувати час виникнення перших ознак захворювання у них не вдалося.

При візуальному і інструментальному обстеженні у всіх дітей встановлено гіперемію ясеневого краю з ознаками набряку і ціанотичним відтінком, відсутність 77іагнос нальоту на зубах, під'ясених та над'ясених зубних нашарувань та відкладень. Порівняння даних опитування щодо регулярності догляду за порожниною рота дозволило встановити, що лише 10 дітей із 41 (24,4%) дотримуються класичних правил догляду за порожниною рота, 26 дітей (63,4%) нерегулярно чистили зуби, а 5 (12,2%) ніколи не проводили гігієнічні заходи. В той час, серед представників контрольної групи 18 дітей із 20 (90%) дотримувалися всіх правил гігієнічного догляду за порожниною рота, а нерегулярно це здійснювало тільки 2 пацієнти (10%).

Співставленням цифрових результатів показників стоматологічного статусу, отриманих при первинному обстеженні хворих на хронічний катаральний гінгівіт і дітей контрольної групи, встановлено, що індекси Green-Vermillion і Silness-Loe були гіршими в 1,6 і в 2 рази відповідно, що вказувало на незадовільний гігієнічний стан порожнини рота. Індекс РМА сягав $32,57 \pm 2,31\%$ і $34,12 \pm 3,01\%$ в групах порівняння, засвідчуючи присутність у них гінгівіту середнього ступеня тяжкості. Індекс кровоточивості становив $2,23 \pm 0,09$ і $2,34 \pm 0,08$ балів у відповідних групах спостережень. Слід зауважити, що у 6 дітей (14,6%) ступінь кровоточивості нами була оцінена в 1 бал, у 32 (78%) в 2 і у 3 (7,4%) у 3 бали (таблиця).

Визначенням стоматологічного статусу по завершенню лікувальних заходів встановлено, що, не дивлячись на візуальне покращення вираженості клінічних проявів хронічного катарального гінгівіту в групі дітей, які отримували загальноприйняте лікування, індекси Green-Vermillion і Silness-Loe поліпшувалися в 1,2 та в 1,6 рази відповідно в порівнянні із первинним обстеженням. Індекс РМА зменшився до $22,43 \pm 3,04\%$, що вказувало на регрес запальних явищ до рівня легкого ступеня гінгівіта, а індекс кровоточивості зменшився в 1,2 рази за негативної проби Писарева-Шиллера протягом всього періоду спостереження.

В другій групі пацієнтів, де додатково було залучено до складу лікувальних заходів антисептик «Декасан», індекси Green-Vermillion і Silness-Loe покращилися в 1,5 та 2,0 рази порівняно із вихідними величинами. Показник РМА знизився до $16,95 \pm 2,09\%$, а індекс кровоточивості склав $1,07 \pm 0,04$ бали і в, 2,2 рази був меншим від початкової абсолютної 77іагности величини. Проба Писарева-Шиллера була негативною. Співставлення результатів на час завершення лікування в групах порівняння дозволило встановити покращення індексів Green-Vermillion і Silness-Loe в 1,2 рази у пацієнтів, які отримували «Декасан», а індексів РМА і кровоточивості за MuhlemanniSaxer в 1,3 та 1,7 рази відповідно. Не дивлячись на покращення

гігієнічного стану порожнини рота і тканин пародонту після проведення комплексу лікувальних заходів при хронічному катаральному гінгівіті у дітей з однібічним незрошенням піднебіння після радикальної ураностафілопластики жоден із показників, що вивчався, не досягав контрольних величин, і вони залишалися підвищеними. Це вказувало на лише тимчасове покращення клінічної картини захворювання, але не в такому обсязі, як нам того хотілося б. Тому ситуація, що складається у цих дітей, потребує подальшого вивчення і деталізації, і ми не виключаємо необхідності додаткового залучення до складу терапевтичного арсеналу більш дієвих препаратів інших фармакологічних груп та обов'язкового проведення довготривалих реабілітаційних заходів.

Таблиця

Показники стану гігієни порожнини рота та тканин пародонта (M±m)

Показник	Контрольна група (n=20)	Пацієнти			
		Традиційне лікування		Лікування з доповненням	
		Первинне обстеження (n=18)	По завершенню лікування (n=18)	Первинне обстеження (n=23)	По завершенню лікування (n=23)
Індекс Green-Vermillion, бали	1,27±0,09	1,99±0,05 p1 <0,05	1,62±0,09 p2<0,05 p3<0,05	1,97±0,08 p1<0,05	1,30±0,06 p2>0,05 p3<0,05 p4<0,05
Індекс Silness-Loe, бали	0,41±0,04	0,96±0,05 p1 <0,05	0,59±0,06 p2<0,05 p3<0,05	0,98±0,07 p1<0,05	0,48±0,03 p2<0,05 p3<0,05 p4<0,05
Індекс РМА, %	0	32,57±2,31 p1 <0,05	22,43±3,04 p2<0,05 p3<0,05	34,12±3,01 p1<0,05	16,95±2,09 p2<0,05 p3<0,05 p4<0,05
Індекс кровоточивості за Muhlemanni Sa her, бали	0	2,23±0,09 p1 <0,05	0,83±0,07 p2<0,05 p3<0,05	2,34±0,08 p1<0,05	1,07±0,04 p2<0,05 p3<0,05 p4<0,05
Проба Писарева-Шиллера	негативна	негативна	негативна	негативна	негативна

Примітки: 1. p1 – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими на час госпіталізації. 2. p2 – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими на час одужання. 3. p3 – вірогідність різниці між показниками у хворих на час госпіталізації та на час одужання. 4. p4 – вірогідність різниці між показниками у хворих на час одужання при лікуванні за протоколом та за протоколом з доповненням.

Идеумок

Стоматологічне обстеження дітей з вродженим незрошенням піднебіння після проведення радикальної ураностафілопластики дозволило виявити в 100% випадків наявність у них клінічних ознак хронічного катарального гінгівіту: легка ступінь тяжкості 78 іагностика78я у 23,5%, середня у 60,3% і тяжка у 16,2%. Встановлено, що ефективність лікувального комплексу, до складу якого було додатково залучено антисептик «Декасан», перевищувала результативність загальноприйнятих методів, на що вказували кращі показники абсолютних величин індексної оцінки рівня гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта.

Перспективи подальших розробок. Отримані результати вказують на те, що проведені заходи дали змогу покращити клінічний перебіг хронічного катарального гінгівіту у цих дітей, але залишкові запальні явища в яснах, які прослідковувалися по завершенню лікування, спонукають до пошуку більш дієвих фармакологічних препаратів для досягнення кращих результатів і вказують на необхідність проведення реабілітаційних заходів.

Список літератури

1. Anurova A.E. Osobnosti stomatologicheskogo statusa i sanatsii polosti rta u detey s vrozhdennymi rasscheliniami litsa / A.E. Anurova // - MGMSU, Moskva, - 2004. – S.115.
2. Borovaya M. L. Gigienicheskoe sosotoyanie polosti rta u detey s vrozhdennoy rasschelenoy gubyi i neba / M. L. Borovaya // - Vitebsk, - 2000. – S. 205-207.
3. Biloval O. M. Klinichna imunologiya ta alergologiya / O.M. Biloval, P.G. Kravchun, V.D. Babadzhan [ta In.]// -H.:Grif.-2011.-550s.
4. Gavrilova O.A. Klinicheskoe znachenie osobennostey gomeostaza v polosti rta u bolnyh s VRGN / O.A. Gavrilova // - M., - 2002. – S. 51-54.
5. Grigoryan A.S. Mikroorganizmy v zabolevaniyah parodonta: ekologiya, patogenez, diagnostika / A.S.Grygoryan, S.Yu.Pahmetov, N.V.Zyryanova // -M.: GEOTAR-Media, - 2007. – 56 s.
6. Dyakova S. V. Spetsializirovanoe lechenie detey s vrozhdennoy i nasledstvennoy patologiyey chelyusno-litsevoy oblasti v sisteme dispanserizatsii / S. V. Dyakova // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. – 2002. – No.3-4. – S.6-9.

7. Moroz K. A. Rol perioksidnoyi oksidatsiyi lipidiv u rozvitku patologiyi parodonta / K. A. Moroz // Eksperim. Ta klinich. Fiziologiya i biohimiya. – 2004. – No. 2. – S.87-91.
8. Nikitin A. A. Kompleksnoe lechenie detey s vrozhdennoy rasschelenoy verhney gubyi i / A.A. Nikitin, E.Yu. Shevchenko, L.L. Goncharenko [i dr.] // – Moskva, - 2002. – S. 180-181.
9. Puhova O. S. Otsenka roli mikrobiologicheskogo faktora v vznikovenii kariesa zubov u patsientov s vrozhdennymi rasschelinami verhney gubyi i alvelyarnogo otrostka / O.S. Puhova, S.V. Chernenko, O.P. Vorobeva [i dr.] // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. – 2004. – No.1-2. – S.34-37.
10. Pryhodko T. A. Schilini gubi i/abo pidnebinnya: vpliv sotsialno-ekonomichnih chinnikov na yih viniknennya u novorodzenih / T.A. Pryhodko, G.G. Zinchenko, I.P. Krivich [ta In.] // – Kyiv-Lugansk, - 2007. – S. 268-275.
11. Tkachenko P. I. Nayblizhchi naslidki kompleksnogo likuvannya hronichnogo difuznogo kataralnogo gingivitu u ditey / P.I. Tkachenko, N.M. Lohmatova, N.M. Korotich // -Svit meditsini ta biologiyi. – 2015. – No.3. – S.44-48.
12. Harkov L.V. Hirurgicheskoe lechenie vrozhdenyih nesrascheniy nYoba / L.V. Harkov // - Kiev, «Zdorovya» . – 1992. –198 s.
13. Homenko L. A. Terapevticheskaya stomatologiya detskogo vozrasta / L. A. Homenko, Yu.B.Chaykovskiy, A.V.Savchuk [i dr.] // – Kiev: Kniga plyus, - 2010. – 805 s.
14. Bian Z. Caries experience and oral health behavior in Chinese children with cleft lip and/or palate / Z.Bian, R. Mbedi, R. Holt [et at.] // Pediatr Dent – 2001 Sep- Oct, Vol.23 (5), P. 431-434
15. Dongari-Bagtzogiu A. Pathogenesis of mucosal biofilm infections: challenges and progress / A. Dongari-Bagtzogiu // Expert Rev. Antinfect Ther. – 2008. – Vol. 6(2). – P.201-208.
16. Lenos J.A. Protokols to study the Physiology of Oral biofilms / Jose A. Lemos, Jacqueline Abranches, Hyum Koo [et at.] // Methods Mol. Biol. – 2010. – P.87-102.
17. Newman M.G. Clinical periodontologi / M.G. Newman, H.H. Takei, F.A.Carranza // – Philadelphia: ELSEVIR, Saunders Ins.,- 2012. – 826 p.
18. Paul T. Oral and dental health status of children with cleft lip and/or palate / T. Paul, R.S. Brandt // Cleft- palate- Craniofac – J. – 2005, Vol. 35 (4). –P. 329-32.
19. Tsai C.C. Lipid peroxidation: a possible role in the industrion and progression of chronic periodontitis / C.C Tsai, H.S.Chen S.L.Chen [et al.] // J.Periodont. Res. – 2005. – Vol. 40. – P.378-384.

Реферати

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ НЕСРАЩЕНИЕМ НЕБА

Ткаченко П.И., Белоконь С.А., Лохматова Н.М.,
Белоконь Н.П.

Установлено, что у всех детей с врожденными некрращениями неба, даже после проведения радикальной ураностафилопластики, имеет место хронический катаральный гингивит в большинстве 79иагно средней степени 79иагно. Комплексное стоматологическое обследование, проведенное в группах сравнения после завершения лечебных мероприятий, позволило установить преимущества методики, в состав которых дополнительно вводился «Декасан», на что 79иагно лучшие показатели гигиенических индексов и результаты оценки состояния тканей пародонта.

Ключевые слова: дети, врожденное несращение неба, хронический катаральный гингивит, лечение.

Статья надійшла 21.12.2015 р.

EFFICACY OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS COMPREHENSIVE TREATMENT IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE

Tkachenko P. I., Bilokon S. O., Lohmatova N. M.,
Bilokon N. P.

It has been found the that the efficacy of comprehensive treatment, involved adjunctive therapy with “Dekasan” antiseptic agent, was much higher than the outcomes of conventional approaches, indicated by the best rates of absolute value of the assessment of oral hygiene and periodontal tissues state. Perspective of further research will encompass the search for more effective pharmacological agents to achieve better results as well as implementation of rehabilitation therapy.

Key words: children, congenital cleft palate, chronic catarrhal gingivitis, treatment.

Рецензент Аветіков Д.С.

УДК 616.716.4-002.1-053.5:615

П. І. Ткаченко, О. В. Гурій, С. О. Білоконь, Н. М. Коротич
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ОПТИМІЗАЦІЯ ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОДОНТОГЕННИХ ОСТЕОФЛЕГМОНАХ

Вивчено ефективність дезінтоксикаційної активності «Реосорбілакту» в порівняльному аспекті при комплексному лікуванні гострого одонтогенного остеомиєліту, перебіг якого ускладнювався остеофлегмоною із залученням 2-3 суміжних анатомічних ділянок чи міжклітинних просторів. Встановлено динамічні зміни розвитку ендогенної інтоксикації в залежності від обсягу лікувальних заходів у 37 дітей віком від 7 до 12 років, розділених на 2 групи. У 20 із них склад фармакологічних препаратів включав перелік, що відповідає базовій методиці, а в другій групі, яка складалася із 17 дітей, до комплексу додатково було залучено «Реосорбілакт». Як показали результати дослідження маркерів ендогенної інтоксикації, їх рівні на 5 добу спостереження були нижчими саме в другій групі хворих, що вказує на більш виражені дезінтоксикаційні властивості даного плазмозаміщуючого препарату.

Ключові слова: діти, одонтогенна остеофлегмона, ендогенна інтоксикація, лікування.

Робота є фрагментом НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику» (шифр АМН 079.10, державний реєстраційний № 0111U006760).