

ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ РОТОВОЇ РІДИНИ ДІТЕЙ 6-7
РОКІВ, ХВОРИХ НА ГІНГІВІТ

Авдєєв О.В., Змарко Ю.К., Древніцька Р.О.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Лікування запальних захворювань пародонта у дітей залишається актуальною проблемою стоматології внаслідок великої поширеності (80-95 %), частого рецидивування, переходу запального процесу з ясен на кісткову тканину альвеолярного відростка з руйнуванням опорно-утримуючих тканин зуба з наступною їх втратою. Слід зазначити, що гінгівіт у дітей є самостійною нозологічною одиницею, для якої можлива реституція структури і функцій тканин пародонта. Показником, що дозволяє оцінити ступінь захисту пародонта є ступінь антиоксидантного захисту (АОЗ) ротової порожнини, зокрема, після проведеного лікування для його оцінки.

Для оцінки ефективності різних схем лікування хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) нами було проведено дослідження нестимульованої ротової рідини практично здорових (20 дітей) та хворих на гінгівіт дітей 6-7 років (основна група 30 дітей і порівняльна – 31 дитина) із визначенням показників АОЗ ротової рідини. Зокрема було проведено визначення вмісту загального, окисненого та відновленого глутатіону у мкмоль/л, обчислювали редокс-індекс глутатіону: $PI = \frac{\text{загальний глутатіон} - \text{окиснений глутатіон}}{\text{загальний глутатіон}}$ за методикою Griffith O.W. (1980). У порівняльній групі лікування ХКГ проводилося за загальноприйнятою методикою; у основній групі був використаний протизапальний гель з неовітином, при чищенні зубів пропонували застосовувати зубну пасту «VIVAX Dent з активним пептидним комплексом і бетулавітом» протягом 4 тижнів, потім протягом 4 тижнів – зубну пасту «VIVAX Dent з активним пептидним комплексом і бісабололом».

Клінічні спостереження продемонстрували, що у дітей основної групи на 2-3 добу визначалося зниження ознак запалення ясен у 20 пролікованих (83,3 %): слизова оболонка набувала блідо-рожевого кольору, зникали набряк і кровоточивість, ясна щільно охоплювали шийки зубів, значно зменшувалася кількість зубних нашарувань.

В групі порівняння, де дітям проводили традиційне лікування, зменшення ознак запалення визначили на 4-5 добу у 15 хворих (65,2 %).

Вміст загального глутатіону у здорових дітей склав $9,24 \pm 0,34$ мкмоль/л, з гінгівітом – $6,53 \pm 0,36$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Після проведеного лікування вміст загального глутатіону збільшився у дітей порівняльної групи до $6,80 \pm 0,43$ мкмоль/л, в основній – $7,30 \pm 0,34$ мкмоль/л, але достовірно відрізнявся від контрольного показника. Дослідження ротової рідини через 0,5 року засвідчило зростання даного показника: до $7,20 \pm 0,39$ мкмоль/л та $8,20 \pm 0,43$ мкмоль/л у порівняльній та основній групах відповідно. Причому, показник дітей основної групи достовірно не відрізнявся від контрольного показника та достовірно відрізнявся від показника порівняльної групи до лікування.

Проведений аналіз цифрових даних інших показників АОЗ показав достовірну різницю вмісту відновленого глутатіону від контрольного показника в порівняльній і основній групах як до лікування, так після нього та через 0,5 року. Причому, через 0,5 року в основній групі показник збільшився і достовірно відрізнявся від показника порівняльної групи до лікування.

Таким чином, застосування запропонованої терапії сприяло кращим результатам лікування: зменшенню ступеня запалення ясен, зменшенню кількості відвідувань лікаря, покращенню показників АОЗ у ротовій рідині дітей, причому, більшою мірою через півроку після проведеного лікування. Найбільш чутливим показником був вміст загального глутатіону у ротовій рідині.

Перспективи подальших досліджень полягають у дослідженні рівня неспецифічного захисту та ступеню дисбіозу у ротовій рідині дітей з ЖКГ, із використанням різних лікувальних схем.