

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА  
«ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

**ШИРОКОВА Ольга Іванівна**

УДК 616-18.031.81-053.2/6 +616.311.2-002

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ  
ТА ЛІКУВАННЯ ГІНГІВІТІВ У ДІТЕЙ**  
(клініко-експериментальне дослідження)

14.01.22 – стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Одеса – 2008

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Одеському державному медичному університеті МОЗ України та в Державній установі «Інститут стоматології Академії медичних наук України», м. Одеса.

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, старший науковий співробітник

**Терешина Тетяна Петрівна**, Державна установа

«Інститут стоматології АМН України», м. Одеса,

завідувач лабораторії гігієни порожнини рота

**Офіційні опоненти:**

- доктор медичних наук, професор **Дєньга Оксана Василівна**, Державна установа «Інститут стоматології АМН України», м. Одеса, завідувач відділення стоматології дитячого віку

- доктор медичних наук, професор **Дичко Євген Никифорович**, Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, професор кафедри дитячої стоматології

Захист відбудеться «13» жовтня 2008 р. о 15.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.563.01 в Державній установі «Інститут стоматології АМН України» за адресою: 65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Інститут стоматології АМН України» (65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11).

Автореферат розісланий «12» вересня 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

Ю.Г. Чумакова

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Проблема патології пародонту в дітей обумовлена як широкою поширеністю захворювань, так і тим фактом, що несвоєчасне їх лікування в дитячому і юнацькому віці призводить згодом до важких необоротних уражень тканин пародонту у дорослих (Burton J.F., 2001; Albandar J.M., 2002). За даними експертів ВООЗ у 80% дитячого населення розпізнаються окремі ознаки або весь комплекс симптомів запалення в пародонті (Barmes D., 1993; World Health Organization, 1997).

На даний час накопичений банк даних щодо епідеміологічних характеристик поширеності захворювань пародонту в дітей, які свідчать про те, що зростання захворюваності продовжується (Леус П.А., 2002), у тому числі і в Україні (Хоменко Л.О., 1997; Данилевский Н.Ф., 2003; Деньга О.В., 2003, 2004).

Слід зазначити, що гінгівіт у дітей є самостійною нозологічною одиницею, для якої можлива реституція структури і функцій тканин пародонту. Тому етіологію та патогенез його необхідно розглядати більшою мірою з вікових позицій і функціонального стану організму.

Проте, прийнято вважати, що хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) є початковою стадією запальних захворювань пародонту і найчастіше він зустрічається у дітей (Иванова Ж.В., 2002; Модина Т.Н., 2006). Гіпертрофічний гінгівіт (ГГ) є також досить поширеним захворюванням, у загальній структурі захворювань пародонту ГГ складає в різних країнах і регіонах від 5,2 % до 41,6 % (Мельничук Г.М., 2004; Dibart S., 1977; Abine D.A., Lupas G., 2007).

Сучасна концепція патогенезу гінгівіту, як у дітей, так і у дорослих, базується на тому, що порожнина рота розглядається як збалансована біологічна система, при порушенні рівноваги в якій виникає патологічний процес. І в першу чергу, це порушення співвідношення «мікробні агенти – захисні механізми» (Мащенко И.С., 2003; Никифорчин У.Р., 2004; Kidd E., Joyston S., 1997; Wilson T., Kornman K., 1996).

Розглядаючи пускові механізми запального процесу в яснах, необхідно враховувати стан загальних систем організму в підтримці гомеостазу. Це особливо актуально в період статевого дозрівання, коли відбувається перебудова всього організму, що викликає могутній потік симпатичної імпульсації до різних органів і систем (Безруких М.М., 2002). І саме на цьому фоні можливий розвиток важчих форм гінгівіту – гіпертрофічного.

Одним з ведучих патогенетичних чинників, що обумовлюють розвиток деструктивних змін в тканинах пародонту, є незадовільний гігієнічний стан порожнини рота, який сприяє накопичуванню зубних відкладень (Улитовский С.Б., 2000; Lim L.P., 1996). При недостатньому гігієнічному догляді за зубами інтенсивність зубних відкладень корелює із змінами стану пародонту

(Улитовский С.Б., 2000; Каськова Л.Ф., Абрамова О.Е., 2006). Тому профілактика запалення ясен у дітей передбачає, в першу чергу, усунення головного етіологічного чинника, а саме, зубних відкладень.

При лікуванні гінгівіту, крім етіологічного чинника, враховуються особливості перебігу запального процесу, що передбачає відновлення бар'єрної функції епітелію, дію на патологічні ланки запальної реакції, мікроциркуляцію і нормалізацію обмінних процесів в яснах, підвищення резистентності організму (Деньга О.В., 2001; Алімова Р.Г., 2003; Ковач І.В., 2006).

В останній час набули широкого застосування в якості лікувально-профілактичних засобів при захворюваннях пародонту, в тому числі і в дітей, препарати адаптогенної дії, переважно на основі рослинних поліфенолів. Причому вони можуть використовуватися як самостійний лікарський засіб, так і у складі засобів гігієни порожнини рота (Безрукова І.В., Александровская І.Ю., 2003; Улитовский С.Б., 2003; Косенко К.Н., Терешина Т.П., 2003). Встановлено, що адаптогени рослинного походження справляють протизапальну дію, сприяють відновленню і нормалізації тканинного дихання та мікроциркуляції. В цілому ж вони підвищують резистентність організму на місцевому та загальному рівнях (Деньга О.В., 2001; Левицкий А.П., 2001).

Слід зазначити, що ефективність методів профілактики та лікування гінгівіту у дітей, що проводяться регулярно і своєчасно, достатньо висока (Леонова Е.В., 2000; Деньга О.В., 2001; Деньга О.В., Спичка І.А., 2003; Dibart S., 1997). Проте, проаналізувавши наявні літературні дані, виявлено, що практично не обговорюються питання про диференційований підхід до лікування і профілактики різних форм гінгівіту у дітей – хронічного катарального і гіпертрофічного. Це і стало підставою для проведення наступних досліджень.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Одеського державного медичного університету МОЗ України „Розробка та оцінка ефективності засобів ангіопротекторної, ремінералізуючої дії та методів їх введення в комплексному лікуванні захворювань пародонту” (№ ДР 0100U006457), „Вікові аспекти функціональної активності слинних залоз при стоматологічній патології” (№ ДР 0105U008883) та науково-дослідної роботи ДУ «Інститут стоматології АМН України», м. Одеса, «Розробити засоби гігієни порожнини рота для підвищення ефективності профілактики та лікування ксеростомії» (№ ДР 0105U000914). Здобувач була виконавцем окремих фрагментів вищезазначених тем.

**Мета дослідження** – підвищення ефективності профілактики та лікування хронічного катарального і гіпертрофічного гінгівіту у дітей шляхом розробки й обґрунтування комплексу диференційованих лікувально-профілактичних заходів із застосуванням засобів на основі рослинних поліфенолів.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні **завдання**:

1. Вивчити поширеність й особливості клінічного перебігу хронічного катарального і гіпертрофічного гінгівіту в дітей.
2. Дослідити функціональні, морфологічні й біохімічні показники, що характеризують стан тканин пародонту дітей з хронічним катаральним і гіпертрофічним гінгівітом.
3. Провести пошук компонентів і розробити фітополоскання для порожнини рота на основі рослинних поліфенолів.
4. В експерименті на тваринах вивчити протизапальну дію та вплив на тканини пародонту розробленої фітокомпозиції.
5. Розробити схему диференційованого підходу до лікування та профілактики хронічного катарального і гіпертрофічного гінгівіту в дітей.
6. Визначити ефективність розробленого способу профілактики і лікування різних форм гінгівіту в дітей та виявити особливості реакції організму дітей на курс лікувально-профілактичних заходів залежно від тяжкості ураження ясен і віку дитини.

**Об'єкт дослідження** – хронічний катаральний і гіпертрофічний гінгівіти в дітей 12-15 років; полоскання для порожнини рота на основі рослинних поліфенолів.

**Предмет дослідження** – обґрунтування та оцінка ефективності диференційованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у дітей з хронічним катаральним і гіпертрофічним гінгівітом з застосуванням розробленого полоскання порожнини рота на основі рослинних поліфенолів.

**Методи дослідження:** Експериментальні на тваринах – морфометричні (оцінка ступеню атрофії альвеолярного відростка щелеп), токсико-гігієнічні (оцінка токсикологічних показників фітополоскання); клініко-лабораторні - оцінка гігієнічного стану порожнини рота і стану тканин пародонту в дітей; біохімічні – вивчення показників стану перекисного окислення ліпідів й протеолітичної активності у ротовій рідині дітей; морфологічні – вивчення клітинного складу ротових змивів (проба Ясиновського); функціональні – оцінка функціональної активності слинних залоз і зарядного стану клітин букального епітелію; статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Встановлено високий рівень поширеності різних форм гінгівіту у дітей 12-15 років: у дітей 12-13 років ХКГ - 77,3 %, ГГ – 4,5 %; у 15-річних дітей ХКГ – 73,3 %, ГГ – 9,3 %. До 15 років характер уражень ясен змінюється: в порівнянні з 13-річними дітьми зменшується кількість спостережень ХКГ і в 2 рази збільшується частота виявлення ГГ, при цьому в 12-13-річному віці частіше страждають дівчатка на ГГ, а в 15-річному – хлопчики.

Вперше встановлено, що гіпертрофічний гінгівіт у дітей протікає на тлі зниженого рівня слиновиділення і високої інтенсивності злучення епітелію слизової оболонки порожнини рота.

Показано, що наявність запалення в тканинах ясен дітей майже в 2 рази знижує електрофоретичну рухливість ядер клітин букального епітелію.

Встановлено, що біохімічні показники ротової рідини, які характеризують інтенсивність запального процесу в пародонті, не мають вікових відмінностей і не відрізняються у дітей з ХКГ і ГГ, проте істотно відрізняються порівняно з дітьми з інтактним пародонтом. У хворих на гінгівіт спостерігається активізація перекисного окислення ліпідів, зниження фізіологічного антиоксидантного захисту, підвищення протеолітичної активності ротової рідини.

Розроблено полоскання для рота на основі лікарських рослин кореневища змеєвки, кори дуба і каланхое (фітокомпозиція "Мальвіна", Патент на корисну модель № 30025 від 11.02.2008 р.) і встановлено його виражений протизапальний ефект.

Вперше обґрунтовано і застосовано диференційований підхід до лікування різних форм гінгівіту у дітей. Встановлено, що під впливом запропонованого лікувально-профілактичного комплексу у дітей з ХКГ і ГГ зменшився рівень поширеності і ступінь важкості захворювання. Клінічне одужання наступило в 2 рази швидше, ніж при традиційному лікуванні.

Показано, що реакція на проведене лікування залежить від віку дітей: у 13-річній віковій групі терміни одужання менші, ніж у 15-річних дітей, але в останніх досягнуті більш стабільні й стійкі результати лікування.

**Практичне значення одержаних результатів.** Розроблено склад фітополоскання для рота («Мальвіна») з включенням рослинних екстрактів для застосування в комплексі лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях пародонту.

Для дітей з ХКГ запропоновано комплекс лікувально-профілактичних заходів, що включає полоскання рота фітокомпозицією «Мальвіна», прийом всередину таблеток «Біотрит-С», чистку зубів лікувально-профілактичною зубною пастою «Восход-8», що містить рослинні поліфеноли. Для дітей з ГГ обґрунтовано комплекс, до складу якого входять фітополоскання «Мальвіна», чистка зубів пастою «Восход-8» та спеціальною зубною пастою «Восход-19», що містить лактат кальцію.

Встановлено, що у дітей з ГГ знижено рівень слиновиділення, що обумовлює в схемі лікування застосування засобів, стимулюючих функціональну активність слинних залоз.

Запропоновані комплекси прискорюють клінічне одужання і покращують гігієнічний стан порожнини рота дітей з хронічним катаральним і гіпертрофічним гінгівітом.

Розроблені лікувально-профілактичні комплекси впроваджено у клінічну практику кафедри дитячої стоматології Одеського державного медичного університету МОЗ України та відділу профілактики стоматологічних захворювань ДУ «Інститут стоматології АМН України», м. Одеса, в обласній клінічній стоматологічній поліклініці м. Одеса, в МДСП № 9 м. Одеса.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто зроблено патентно-інформаційний пошук, аналіз наукової літератури по обраній темі, проведені усі експериментальні й клінічні дослідження, узагальнені та проаналізовані отримані результати, проведена їх статистична обробка. Спільно з науковим керівником визначені мета й завдання дослідження, сформульовані основні висновки роботи.

Дисертант брала безпосередню участь у розробці фітополоскання «Мальвіна», створеного колективом лабораторії гігієни порожнини рота ДУ «Інститут стоматології АМН України», м. Одеса, під керівництвом д.мед.н., с.н.с. Т.П. Терешиної.

Клінічні дослідження виконані на кафедрі терапевтичної стоматології Одеського державного медичного університету МОЗ України (зав. – член-кор. АМН України, д.мед.н., проф. К.М. Косенко\*); експериментальні та лабораторні – в ДУ «Інститут стоматології АМН України», м. Одеса: в лабораторії гігієни порожнини рота (зав. – д.мед.н. Т.П. Терешина\*), лабораторії біохімії (зав. – к.б.н. О.А. Макаренко\*), у віварії (зав. – І.В. Ходаков\*).

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації доповідалися на Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання дитячої стоматології та ортодонтії» (Одеса, 2005), на Міжнародному форумі стоматологів «Современные достижения стоматологии» «Одесса-Дента 2006» (Одеса, 2006), на науково-практичній конференції «Актуальні питання профілактики захворювань пародонту та слизової оболонки порожнини рота» (Київ, 2007).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 7 наукових праць, з них 4 статті у наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 патент України на корисну модель, 2 тез науково-практичних конференцій.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 200 сторінках комп'ютерного тексту і складається із вступу, 6 розділів (огляд літератури, 4 розділи власних досліджень, аналіз й узагальнення результатів дослідження), висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел. Фактичні дані наведені в 30 таблицях. Список літератури містить 414 першоджерел, з них 142 іноземних.

---

\* Автор щиро вдячний співробітникам вищезгаданих структур за допомогу в проведенні даних досліджень

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

**Матеріали та методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети і завдань дисертаційної роботи проведено комплекс експериментальних, клінічних і лабораторних досліджень. В експерименті використано 85 білих щурів, в клінічних випробуваннях взяло участь 246 дітей.

*Експериментальні дослідження* проведені з метою вивчення токсикологічних характеристик і специфічної ефективності фітополоскання «Мальвіна». Токсикологічні дослідження проводилися згідно вимог ДержСанПін (1999) і Державного фармакологічного центру МОЗ України (2003). Дослідження проводилися на білих щурах, введених в експеримент у місячному віці, які отримували повноцінний раціон віварію.

*Пародонтопротекторну дію* фітополоскання вивчали на моделі вікової атрофії альвеолярного відростка (Пешкова Л.В. с соавт., 1982). Для цього тваринам щодня, протягом 70 днів, проводили полоскання рота 1 раз на день 2 мл розробленого засобу. По закінченню експерименту щурів піддавали евтаназії, проводили забір крові, виділяли зубо-щелепні блоки для подальших біохімічних та морфометричних досліджень.

Ступінь атрофії альвеолярного відростка щелеп експериментальних тварин оцінювали за методом А.В. Ніколаєвої (1967).

*Протизапальні властивості* фітополоскання вивчали на моделі асептичного запалення. Модель одержували шляхом нанесення на спинку язика розчину їдконого натру на 10 сек. Інтенсивність запального процесу оцінювали по різниці в масі взятого матеріалу в групах порівняння, при цьому про зниження запалення свідчить зменшення запального ексудату, що призводить до зменшення маси язика.

У *клінічних дослідженнях* взяли участь 246 дітей. Для оцінки пародонтального статусу й гігієнічного стану порожнини рота були використані методи, запропоновані Фармакологічним центром МОЗ України для клінічної оцінки засобів гігієни порожнини рота (2004).

Клінічне обстеження дітей починали із збору анамнезу, оцінки загального соматичного статусу. Далі проводили огляд порожнини рота (оцінювали анатомо-топографічні особливості, стан прикусу та ін.) й тканин пародонту (колір, щільність прилягання, рель'єф маргінального краю ясен, наявність набряку, вираженої гіперемії, гіперплазії ясен, стан зубів та ін.). З метою об'єктивної оцінки клінічного стану тканин пародонту визначали й аналізували показники папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) і проби Шиллера-Писарева (І.А. Новік, 1967), які характеризують наявність запального процесу та його інтенсивність; гігієнічних індексів Гріна-Вермільона та



Федорова-Володкиної, що вказують на наявність зубних відкладень; індексу кровоточивості, що характеризує інтенсивність кровотечі.

Крім того, про наявність запалення в порожнині рота судили за показниками проби Ясиновського в модифікації О.І. Сукманського із співавт. (1980) (вміст в ротових змивах, одержаних за допомогою фізіологічного розчину, лейкоцитів та епітеліальних клітин).

Для оцінки ступеня деструкції альвеолярної кістки та уточнення діагнозу проводили рентгенологічні дослідження внутрішньоротовим контактним методом.

Функціональну активність слинних залоз визначали за показником швидкості слиновиділення, яку виражали об'ємом виділеної слини за одиницю часу (мл/хв.).

*Біохімічні методи дослідження.* У ротовій рідині визначали вміст малонового діальдегіду (МДА) за методом І.Д. Стальної, Т.Г. Гарішвілі (1977), активність ферменту антиоксидантного захисту каталази – за методом М.А. Королук із співавт. (1988), протеолітичного ферменту еластази – за методом Visser L., Blaut E.R. (1972) та лізосомального ферменту кислої фосфатази – за методом Bessey O.A. et al. (1946), а також вміст білка – за методом Lowry O.H. et al. (1957); у сироватці крові експериментальних тварин при оцінці токсикологічних показників вивчали вміст білка, активність лужної фосфатази, катепсинів – за методом Anson M.N. (1938) і трансаміназ – за методом Reitman S., Frankel S.A. (1957).

*Вивчення електрофоретичних параметрів клітин букального епітелію* проводили за методом Шахбазова (1986) в модифікації О.В. Деньга (1997).

*Статистичну обробку* даних проводили за методом Е.В. Монцевічуте-Ерінгене (1964) з використанням t-критерію Ст'юдента. Дані вважали достовірними при рівні значущості 0,95, тобто  $P < 0,05$ .

**Результати досліджень та їх обговорення.** Для реалізації 1-го завдання було обстежено 88 дітей у віці 12-13 років (школярі 6-х класів) та 75 дітей у віці 15 років (школярі 8-х класів).

Було встановлено, що тільки 15 % дітей (25 дітей з 163 опитаних) вказали на наявність в них патологічних змін в яснах, причому з них був 6,1 % дітей, яким згодом було поставлено діагноз гіпертрофічний гінгівіт, та 3,7 % – хронічний катаральний гінгівіт.

На підставі клінічних симптомів у віковому діапазоні 12-13-років діагноз ХКГ було поставлено 68 дітям (77,3 %), а ГГ – 4 дітям (4,5 %). Всього із запаленням ясеневого краю було 81,8 % дітей. З інтактним пародонтом в групі обстежених було всього 16 осіб (18,2 %). Серед 15-річних дітей ХКГ було зафіксовано у 73,3 % випадків (55 дітей), а ГГ – в 9,3 % (7 дітей).

У 12-13-річному віці гінгівіт частіше зустрічається у дівчат (45,4 %). У хлопчиків цей показник дорівнює 36,3 %. Серед них же і більше дітей з інтактним пародонтом. У дівчат і хлопчиків 15 років практично однаково зустрічався ХКГ, а ось відсоток спостереження гіпертрофічного гінгівіту в хлопчиків був більше, ніж в 2 рази.

На підставі вивчення індексу РМА було встановлено, що у більшості дітей (58,9 % 13-річних і 63,6 % 15-річних) визначався генералізований гінгівіт з високим ступенем розповсюдження запального процесу. При цьому в 13-річних дітей тяжкість ГГ не перевищувала 50 % ураження ясен, тоді як запалення ясен більш ніж 50 % відмічалось у майже чверті дітей з ХКГ.

В дітей обох вікових груп, як з катаральним, так і з гіпертрофічним гінгівітом, гігієнічний стан порожнини рота був значно гіршим (ГІ Федорова-Володкіної –  $2,50 \pm 0,22$  та  $2,48 \pm 0,36$  балів відповідно), ніж у дітей з інтактним пародонтом ( $1,65 \pm 0,15$  балів). Було зафіксовано вищу інтенсивність запального процесу в дітей з ГГ, ніж з ХКГ, про що свідчили показники проби Шиллера-Писарева (ГГ:  $2,15 \pm 0,14$  – у 13-річних та  $2,11 \pm 0,17$  – у 15-річних; ХКГ:  $1,77 \pm 0,20$  – у 13-річних та  $1,75 \pm 0,16$  – у 15-річних).

При вивченні функціональної активності слинних залоз саливація нижче за нормальні значення була тільки у дітей з ГГ ( $0,45 \pm 0,03$  мл/хв. у 13-річних та  $0,35 \pm 0,02$  мл/хв. – у 15-річних).

В обох вікових групах дітей з ХКГ та ГГ при порівнянні з показниками дітей з інтактним пародонтом виявлено більш високий вміст лейкоцитів й епітеліальних клітин в ротових змивах. Причому в дітей з ХКГ (особливо в 12-13-річному віці) більш виражено ступінь міграції лейкоцитів ( $653,5 \pm 32,6$  тис. в 1 мл ротового змиву), а в дітей з ГГ – інтенсивність злучення епітеліальних клітин ( $41,5 \pm 4,0$  тис. в 1 мл ротового змиву в 15-річних).

Електрофоретичні показники КБЕ мали істотні відмінності у дітей із здоровим пародонтом і у дітей з гінгівітом. Наявність запалення в тканинах ясен майже в 2 рази знижує електрофоретичну рухливість ядер та клітинних мембран (у 13-річних:  $1,06$  – з ХКГ та  $1,30$  – з ГГ проти  $2,04$  - з інтактним пародонтом; у 15-річних:  $1,16$  – з ХКГ та  $1,13$  - з ГГ проти  $2,08$  - з інтактним пародонтом).

Біохімічні показники ротової рідини, що відображають динаміку розвитку запального процесу в порожнині рота: активність ферментів еластази й кислій фосфатази, вміст білка, інтенсивність ПОЛ (вміст МДА) й ступінь антиоксидантного захисту (активність ферменту каталази) вказали на істотні відмінності тільки між дітьми з інтактним пародонтом і з захворюваннями пародонту. Відмінностей між різними формами гінгівіту і у віковому аспекті зафіксовано не було (табл. 1).

**Біохімічні показники ротової рідини дітей з інтактним пародонтом та гінгівітом (М ± м)**

Показник, що досліджується	Діти 12-13 років			Діти 15 років		
	Інтактний пародонт (n=10)	ХКГ (n=12)	ГГ (n=10)	Інтактний пародонт (n=10)	ХКГ (n=11)	ГГ (n=10)
Вміст МДА (мкмоль/л)	0,32 ± 0,06	0,48 ± 0,07 P < 0,05	0,53 ± 0,09 P < 0,05 P <sub>1</sub> > 0,05	0,24 ± 0,05	0,40 ± 0,06 P < 0,05	0,50 ± 0,08 P < 0,01 P <sub>1</sub> > 0,05
Активність каталази (мкат/л)	0,18 ± 0,03	0,10 ± 0,02 P < 0,05	0,07 ± 0,01 P < 0,01 P <sub>1</sub> > 0,05	0,22 ± 0,03	0,13 ± 0,02 P < 0,01	0,11 ± 0,03 P < 0,01 P <sub>1</sub> > 0,05
Активність фосфатази рН 4,8 (мкат/л)	0,41 ± 0,06	0,93 ± 0,1 P < 0,001	0,85 ± 0,07 P < 0,001 P <sub>1</sub> > 0,05	0,38 ± 0,05	0,64 ± 0,08 P < 0,01	0,71 ± 0,09 P < 0,01 P <sub>1</sub> > 0,05
Активність еластази (мккат/л)	15,2 ± 1,9	42,5 ± 3,0 P < 0,001	50,2 ± 6,1 P < 0,001 P <sub>1</sub> > 0,05	10,7 ± 1,3	28,4 ± 3,6 P < 0,001	35,2 ± 4,9 P < 0,001 P <sub>1</sub> > 0,05
Вміст білка (г/л)	1,85 ± 0,16	5,1 ± 0,16 P < 0,001	4,57 ± 0,63 P < 0,001 P <sub>1</sub> > 0,05	1,36 ± 0,12	4,92 ± 0,54 P < 0,001	4,16 ± 0,38 P < 0,001 P <sub>1</sub> > 0,05

Примітка: P – достовірність розрахована по відношенню до даних, зафіксованих у дітей з інтактним пародонтом; P<sub>1</sub> – між показниками в групах дітей з ХКГ і ГГ.

Найбільш виразні відмінності в дітей з гінгівітами у порівнянні з показниками, зафіксованими в дітей з інтактним пародонтом, спостерігалися у вмісті МДА (у бік збільшення) й активності ферменту каталази (у бік зниження). При цьому активність протеолітичного ферменту еластази, своєрідного маркера запалення, у дітей з ХКГ була значно вище, ніж у дітей з інтактним пародонтом. Активність лізосомального ферменту кислої фосфатази в ротовій рідині дітей з ХКГ та ГГ також мала достовірні відмінності у бік підвищення.

Таким чином, на підставі проведених досліджень зроблено основний висновок: поширеність гінгівіту в дітей 12-15 років висока. До 15 років характер уражень ясен змінюється: в порівнянні з 13-річними дітьми зменшується кількість спостережень ХКГ і в 2 рази збільшується ГГ. При цьому в 12-13-річному віці частіше страждають дівчата, а в 15-річному - хлопчики.

Спираючись на одержані результати й на дані літератури, що свідчать про вплив ПОЛ на розвиток деструктивних змін в тканинах пародонту, було проведено пошук засобів пародонтопротекторної дії з превалюючою антиоксидантною дією для застосування в комплексі лікувально-профілактичних заходів у дітей з гінгівітом.

Вибір було зупинено на рослинних поліфенолах, а саме рослинах з флавоноїдною (Р-вітамінною) активністю й танінах.

Було розроблено фітокомпозицію (умовна назва "Мальвіна"), що містить в якості біологічно активних компонентів екстракти лікарських рослин, які відносяться до групи поліфенолів: кореневище змеєвки (0,3-0,6 %), кора дуба (0,8-1,2 %), каланхое (1,8-2,2 %), а також антимікробний засіб – хлоргексидин (0,3-0,6%). Підбір екстрактів заснований на їх потенціуючій взаємодії.

Для вивчення протизапальної дії та токсикологічних характеристик були проведені експериментальні дослідження фітокомпозиції.

Протизапальні властивості вивчали в гострому досліді на моделі асептичного запалення. Порожнину рота тварин обробляли фітополосканням 5 разів кожну годину. Було зареєстровано достовірне зменшення відносної маси виділеної частини язика під дією полоскання фітокомпозицією "Мальвіна" в порівнянні з інтактними тваринами й полосканням-плацебо ( $P < 0,05$ ;  $P_1 < 0,05$  відповідно). Це вказує на те, що фітополоскання сприяло зменшенню набряклої стадії запалення.

Застосування фітокомпозиції "Мальвіна" привело до достовірного зменшення атрофії альвеолярного відростка щелеп в порівнянні з контрольними групами тварин ( $27,8 \pm 0,9$  % проти  $31,5 \pm 1,1$  % в інтактних тварин та  $32,5 \pm 0,7$  % при використанні полоскання-плацебо).

Наступний етап досліджень полягав у вивченні можливого негативного впливу композиції на організм в цілому та тканини ротової порожнини. Встановлено, що полоскання «Мальвіна» не оказує подразнюючої дії на слизову оболонку порожнини рота та є нешкідливим для організму при тривалому застосуванні.

Полоскання «Мальвіна» стало основою комплексного патогенетично спрямованого лікування гінгівіту в дітей. Діти з ХКГ додатково приймали «Біотрит-С», догляд за порожниною рота проводили із застосуванням зубної пасти «Восход-8», а дітям з ГГ, крім фітокомпозиції «Мальвіна», в курс лікувально-профілактичних заходів було включено чистку зубів спеціальною зубною пастою «Восход-19» (табл. 2).

Оцінку ефективності дії запропонованого комплексу проводили на 2-х вікових групах дітей: 13 і 15 років. Діти були розділені на 2 групи: основну і порівняння.

У групі порівняння базове лікування здійснювали кожні півроку.

У 13-річних дітей з ХКГ через 1 рік після проведеного комплексного лікування показники стану тканин пародонту свідчили про стійку стабілізацію процесу і через 2 роки ця тенденція підтвердилася.

## Лікувально-профілактичний комплекс для дітей з ХКГ та ГГ

Елемент комплексу	Біологічно активні речовини	Ефект, що надається	Рекомендації до застосування	
			Хронічний катаральний гінгівіт	Гіпертрофічний гінгівіт
Полоскання фітокомпозицією «Мальвіна»	Кореневище змеєвки, кора дуба, каланхое, хлоргексидин	Антиоксидантний дублячий, капілярозміцнюючий, антисептичний, стимуляція слиновиділення	Полоскання рота після чистки зубів вранці та ввечері 30 мл розчину протягом 40-60 секунд. Тривалість курсу – 1 місяць.	Полоскання рота після чистки зубів вранці та ввечері 30 мл розчину протягом 40-60 секунд. Тривалість курсу – 1 місяць.
Таблетки «Біотрит-С»	Екстракт паростків пшениці, вітамін С	Імуномодуючий	По 1 табл. 3 рази на день після їжі. Тривалість курсу – 1 місяць	
Зубна паста «Восход-8»	Екстракт шавлії, вітамін С	Протизапальний, капілярозміцнюючий	Чистка зубів 2 рази на день протягом усього терміну спостереження	Чистка зубів 2 рази на день 10 місяців на рік протягом усього терміну спостереження
Зубна паста «Восход-19»	Лактат кальцію, екстракт хвоща польового	Протизапальний, протинабряклий, в'язучий		Чистка зубів 2 рази на день 2 місяця на рік (кожні 6 міс.) протягом усього терміну спостереження

Основним клінічним симптомом у дітей, яким був поставлений діагноз – генералізований гіпертрофічний гінгівіт, була гіперплазія ясеневих сосочків та ясеневого краю (гранулююча форма гіпертрофічного гінгівіту, I ст.).

Показники стану гігієни порожнини рота і тканин пародонту в 13-річних дітей з ГГ групи порівняння та основної групи, вивчені через 1 рік, були нижче за початковий рівень та свідчили про стабілізацію процесу. При порівнянні з первинними даними тяжкість запального процесу (РМА %) в групі порівняння була нижче майже в 1,5 рази, а в основній групі більш, ніж в 1,8 рази. Через 2 роки в дітей основної групи була досягнута стійка стабілізація запального процесу. В дітей групи порівняння через 2 роки зберігалися високі показники тяжкості запального процесу (РМА 36,6 %).

В дітей 15-річного віку з ХКГ, що одержували лікувально-профілактичний комплекс протягом 2-х років, з кожним етапом дослідження спостерігалися позитивні зміни як відносно гігієнічного стану порожнини рота, так і стану пародонту. Через 1 та 2 роки за результатами показників, що відображають гігієнічний стан порожнини рота й тканин пародонту, відмічалася висока

достовірність відмінностей у бік поліпшення по відношенню до початкового рівня, на підставі чого було зроблено висновок, що гінгівіт вже не носить генералізований характер.

У 15-річних дітей з ГГ основної групи також за всіма показниками спостерігалася позитивна динаміка стану пародонту на всіх етапах спостереження. При огляді дітей через 2 роки в 45 % з них гіпертрофічного гінгівіту вже не було, а в решти дітей спостерігався гіпертрофічний гінгівіт тільки I ступеня.

В дітей з ГГ до початку лікування спостерігалася зниження слиновиділення, причому понад усе в 15-річних дітей. Відразу після лікування в них було зафіксовано збільшення салівації, а через півроку швидкість слиновиділення була вже на рівні нормальних значень. Через 1 рік рівень салівації був ще більше, а до кінця другого року салівація була більше 0,5 мл/хв.

Кількість лейкоцитів в ротових змивах дітей як з ХКГ, так і ГГ, після першого курсу лікування зменшилася, і це свідчить про зниження запалення. Що ж до інтенсивності злущення епітелію, то зміни цього показника більш рельєфно відмічалися в дітей з ГГ. Це вказує на те, що зменшилася гіпертрофія ясен і, як наслідок, знизився темп проліферації та злущення базальних шарів епітелію ясен.

При вивченні електрофоретичних параметрів КБЕ було встановлено, що застосований лікувально-профілактичний комплекс привів до нормалізації енергетичних процесів в клітинах слизової оболонки порожнини рота й стабілізації ядерного і мембранного потенціалів клітин.

В 13-літніх дітей з ХКГ та ГГ, що одержували лікувально-профілактичний комплекс, вже після першого курсу лікування було зафіксовано значне зниження МДА (проміжного продукту перекисного окислення ліпідів) до критерію достовірності відмінностей. Така тенденція зберігалася ще півроку, але надалі концентрація МДА в ротовій рідині збільшилася, і результати досліджень, проведених через 2 роки, хоча і були нижчими за початковий рівень, але відмітні дані недостовірні. У 15-річних дітей, що одержували запропонований комплекс, вміст МДА в ротовій рідині через 2 роки був достовірно нижче за початковий рівень.

Активність антиоксидантного ферменту каталази в ротовій рідині дітей основної групи і групи порівняння, як 13-річних, так і 15-річних, коливалася на всіх етапах дослідження: то підвищувалася до рівня достовірності відмінностей по відношенню до початкових даних, то знижувалася. Проте чітко було зафіксовано факт збільшення активності каталази у 15-річних дітей основної групи до кінця дослідження, а саме через 2 роки.

Вміст білка в ротовій рідині тільки у 15-річних дітей основної групи до кінця дослідження був на рівні дітей з інтактним пародонтом.

За результатами досліджень було зроблено висновок, що лікувально-профілактичний комплекс, що включає полоскання «Мальвіна», надає стійкіший і стабільніший ефект, ніж базове лікування з періодичною підтримуючою терапією. Під впливом дворічного застосування комплексу в дітей з ХКГ і ГГ поширеність та тяжкість запального процесу (за даними індексу РМА) знижується більш ніж в 1,5 рази, як по відношенню до початкового рівня, так і даним, зафіксованим у дітей групи порівняння. У цих же дітей і гігієнічний стан порожнини рота був кращим. Відмічалася позитивна динаміка зміни функціональної активності слинних залоз, біохімічних і морфологічних показників ротової порожнини: збільшення салівації, зниження інтенсивності перекисного окислення ліпідів та підвищення антиоксидантного захисту, зменшення протеолітичної активності; зниження еміграції лейкоцитів та інтенсивності злущення епітелію.

Механізм протизапальної дії комплексу, за нашою думкою, пов'язаний з антиоксидантною дією поліфенолів, а також з вітаміном С, що міститься у складі таблеток «Біотрит-С». Доведено, що поліфеноли та вітамін С доповнюють і потенціюють вплив один одного на капіляри, зміцнюючи їх стінку (М.Д. Машковський, 1977; Н.П. Максютіна, 1985). Важливе значення має і підвищення функціональної активності слинних залоз, що сприяє збільшенню виділення слини й очищенню порожнини рота.

Крім того, за рахунок препарату адаптогенної дії «Біотрит-С» підвищилися власні захисні механізми шляхом активізації факторів неспецифічної резистентності.

## ВИСНОВКИ

В дисертації представлено теоретичне узагальнення та нове рішення актуального наукового завдання, що полягає в підвищенні ефективності лікування хронічного катарального і гіпертрофічного гінгівіту в дітей шляхом диференційованого цілеспрямованого застосування лікувально-профілактичного комплексу та спеціально розробленого фітополоскання для порожнини рота на основі рослинних поліфенолів.

1. Встановлена висока поширеність гінгівіту в дітей 12-15 років: у дітей 12-13 років ХКГ зустрічався в 77,3 % випадків, ГГ – в 4,5 %; у 15-річних дітей ХКГ - у 73,3 %, ГГ – у 9,3 %. До 15 років характер уражень ясен змінюється: в порівнянні з 13-річними дітьми зменшується кількість спостережень ХКГ і в 2 рази збільшується частота виявлення ГГ. При цьому в 12-13-річному віці частіше страждають дівчата, а в 15-річному – хлопчики. Гігієнічний стан порожнини рота в дітей з гінгівітом значно гірший, ніж в дітей з інтактним пародонтом.

2. Результати досліджень показали, що характерною ознакою у дітей з ГГ є знижений рівень слиновиділення. В дітей з ГГ відмічена також висока інтенсивність злучення епітелію слизової оболонки порожнини рота, а при ХКГ більше виражена міграція лейкоцитів в порожнину рота. Наявність запалення в тканинах ясен майже в 2 рази знижує електрофоретичну рухливість ядер КБЕ.

3. Біохімічні показники інтенсивності запального процесу в яснах не мають вікових відмінностей і не відрізняються у дітей з ХКГ і ГГ, проте мають істотні відмінності по відношенню до дітей з інтактним пародонтом: підвищується вміст МДА в ротовій рідині, знижується активність каталази, збільшується протеолітична активність.

4. Розроблена й обґрунтована рецептура полоскання для рота, що містить екстракти лікарських рослин – кореневища змєєвки, кори дуба, каланхое та антимікробний засіб хлоргексидин (фітокомпозиція "Мальвіна"). Експериментальними дослідженнями на тваринах показано, що фітополоскання справляє виразну протизапальну дію та перешкоджає розвитку дистрофічних явищ в пародонті. Полоскання «Мальвіна» стало основою комплексного патогенетично спрямованого лікування гінгівіту в дітей.

5. Під впливом розробленого лікувально-профілактичного комплексу в дітей 12 та 15-річного віку з ХКГ і ГГ зменшилися поширеність і ступінь тяжкості захворювання. Через 2 роки в дітей з ХКГ індекс РМА (бали) зменшився в 2-2,5 рази, РМА (%) – на 34-35,5 %, показник проби Шиллера-Писарева – на 34,2-65,7 %, ступінь кровоточивості – в середньому в 2-3,5 рази, а у дітей з ГГ – за всіма показниками більш, ніж в 2 рази. Зросла швидкість саливації, особливо у дітей з ГГ (у 1,3-1,5 рази), знизилася інтенсивність міграції лейкоцитів (на 23-39 %) та злучення епітелію (на 3-31 %) в порожнині рота.

6. Виявлено особливості реакції організму дітей на курс лікувально-профілактичних заходів залежно від важкості ураження ясен і віку: в дітей з ХКГ відчутне зниження ступеня важкості й розповсюдження запального процесу спостерігалось відразу після першого курсу лікування, а в дітей з ГГ – тільки через півроку; в дітей з ГГ динаміка зниження інтенсивності злучення епітелію була більш виражена, ніж у дітей з ХКГ; в 13-річній віковій групі реакція на комплексну терапію наступала швидше, ніж в 15-річних дітей, але в останніх була більш стабільна.

7. Встановлено, що механізм протизапальної дії запропонованого комплексу пов'язаний із зменшенням інтенсивності ПОЛ (зменшення рівня МДА в 1,1-1,6 рази), активізацією антиоксидантної системи (підвищення активності каталази в 1,6-1,8 рази) та інших факторів неспецифічної резистентності (нормалізація загального функціонального стану КБЕ й підвищення його



опірності на 17-70 %), підвищенням стійкості капілярів (індекс кровоточивості ясен знизився в 2-3,5 рази) та зниженням інтенсивності зубних відкладень (зменшення ГІ Грін-Вермільона в 1,3-2,9 рази), посиленням салівації (в 1,3-1,5 рази).

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Запропоновано спосіб профілактики та лікування гінгівіту в дітей, основною складовою якого є фітополоскання «Мальвіна»:

- для дітей з ХКГ комплекс лікувально-профілактичних заходів включає полоскання рота фітокомпозицією «Мальвіна», прийом всередину таблеток «Біотрит-С» кожні 6 місяців протягом місяця та чистку зубів лікувально-профілактичною зубною пастою «Восход-8» протягом усього періоду спостереження (2 роки);

- для дітей з ГГ комплекс лікувально-профілактичних заходів включає полоскання рота фітокомпозицією «Мальвіна» та чистку зубів спеціальною зубною пастою «Восход-19» протягом місяця, кожні 6 місяців. Протягом усього періоду спостереження (за винятком 2-х місяців в році) чистка зубів проводилася лікувально-профілактичною зубною пастою «Восход-8».

2. Схема застосування окремих компонентів комплексу:

*Фітополоскання «Мальвіна».* Полоскання порожнини рота після чистки зубів, вранці та ввечері, 30 мл розчину протягом 40-60 секунд. Тривалість курсу – 1 місяць.

*Таблетки «Біотрит-С».* По 1 таблетці 3 рази на день після їжі. Тривалість курсу – 1 місяць.

*Зубна паста «Восход-8».* Для дітей з ХКГ – чистка зубів 2 рази на день протягом усього терміну спостереження, для дітей з ГГ – чистка зубів 2 рази на день 10 місяців на рік.

*Зубна паста «Восход-19».* Для дітей з ГГ чистка зубів 2 рази на день 2 місяці на рік (кожні 6 місяців).

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:**

1. Широкова О. И. Экспериментальная оценка пародонтопротекторных эффектов фитоконпозиции «Мальвина» для полоскания рта / О. И. Широкова, Н. В. Мозговая // Вісник стоматології. – 2004. – № 1. – С. 18-19. *Здобувачем проводилися обробка ротової порожнини тварин розробленим лікувально-профілактичним комплексом, збір ротової рідини, аналіз результатів досліджень, оформлення статті до друку.*

2. Терешина Т. П. Сравнительная оценка нескольких клинических и морфологических показателей ротовой полости у детей с катаральным и гипертрофическим гингивитом / Т. П. Терешина, О. И. Широкова, Е. А. Юдина // Вісник стоматології. – 2007. – № 2. – С. 53-57. *Здобувачем проведено клінічне обстеження та лікування хворих, статистична обробка результатів дослідження та оформлення статті до друку.*

3. Терешина Т. П. Влияние фитополоскания «Мальвина» на функциональную активность слюнных желез у детей с хроническим гипертрофическим гингивитом / Т. П. Терешина, О. И. Широкова // Вісник стоматології. – 2007. – № 4. – С. 100-103. *Здобувачем проведено клінічне обстеження та лікування хворих, статистична обробка результатів дослідження та оформлення статті до друку.*

4. Широкова О. И. Клиническая оценка эффективности применения фитополоскания с флавоноидной активностью в комплексном лечении хронического генерализованного катарального гингивита у детей / О. И. Широкова // Вісник стоматології. – 2007. – № 5. – С. 64-69.

5. Патент на корисну модель № 30025, Україна, МПК (2006) А61Q 11/00. Полоскання для порожнини рота / Т. П. Терешина, К. М. Косенко, О. І. Широкова, Г. О. Бабеня – № и 2007 10455; Заявл. 21.09.2007; Опубл. 11.02.2008. – Бюл. № 3.

6. Широкова О. И. Применение фитокомпозиции с флавоноидной активностью в комплексном лечении хронического катарального гингивита у детей / О. И. Широкова, Т. П. Терешина, Н. В. Мозговая // Вісник стоматології. – Спецвипуск: матеріали симпозіуму «Рослинні полі феноли та неспецифічна резистентність (Одеса, 4-5 жовт. 2006 р.) – Одеса, 2006. – № 3. – С. 33-34. *Здобувачем проведено клінічне обстеження та лікування хворих, статистична обробка результатів дослідження та оформлення статті до друку.*

7. Широкова О. И. Особенности клинического течения хронического катарального и гипертрофического гингивита у детей / О. И. Широкова // Актуальні питання профілактики захворювань пародонту та слизової оболонки порожнини рота : наук.-практ. конф., 12-13 квітня 2007 р. : тези доп. – Київ, 2007. – С. 104-105.

## АНОТАЦІЯ

**Широкова О.І. Диференційований підхід до профілактики та лікування гінгівітів у дітей (клініко-експериментальне дослідження).** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Державна установа «Інститут стоматології АМН України», Одеса, 2008.

Дисертаційна робота присвячена розробці методів профілактики й лікування хронічного катарального і гіпертрофічного гінгівіту в дітей.

Для вирішення поставленої задачі розроблено полоскання для порожнини рота з флавоноїдною активністю (фітокомпозиція "Мальвіна").

До лікування гінгівітів у дітей застосовано диференційований підхід. При хронічному катаральному гінгівіті, крім протизапальної терапії, важливо стимулювати опірність організму. Основна задача при лікуванні гіпертрофічного гінгівіту, що розвинувся на фоні гормонального дисбалансу в пубертатний період, полягає в ліквідації запалення, зменшенні гіперплазії сполучної тканини основи ясен та скороченні об'єму гіпертрофованих ясеневих сосочків.

Для дітей з хронічним катаральним гінгівітом запропоновано комплекс лікувально-профілактичних заходів, що включає полоскання рота фітокомпозицією «Мальвіна», прийом всередину таблеток «Біотрит-С» та чистку зубів лікувально-профілактичною зубною пастою «Восход-8», що містить рослинні поліфеноли. Для дітей з гіпертрофічним гінгівітом обґрунтовано комплекс, що включає полоскання рота фітокомпозицією «Мальвіна», чистку зубів пастою «Восход-8» та спеціальною зубною пастою «Восход-19» (містить лактат кальцію) за схемою.

**Ключові слова:** гінгівіти у дітей, хронічний катаральний гінгівіт, гіпертрофічний гінгівіт, фітокомпозиція, флавоноїди.

## АННОТАЦІЯ

**Широкова О.И. Дифференцированный подход к профилактике и лечению гингивитов у детей (клинико-экспериментальное исследование).** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Государственное учреждение «Институт стоматологии АМН Украины», Одесса, 2008.

Диссертационная работа посвящена разработке методов профилактики и лечения хронического катарального и гипертрофического гингивита у детей.

Для решения поставленной задачи разработано полоскание для полости рта с флавоноидной активностью (фитокомпозиция “Мальвина”).

Показано, что распространенность гингивита у детей 12-15 лет высокая. При этом в 12-13-летнем возрасте чаще страдают девочки, а в 15-летнем – мальчики.

Характерной особенностью течения хронического гипертрофического гингивита является пониженный уровень слюноотделения и более высокая интенсивность слущивания эпителия слизистой оболочки полости рта.

Наличие воспаления в тканях десны почти в 2 раза снижает электрофоретическую подвижность ядер клеток буккального эпителия. Увеличивается интенсивность перекисного окисления липидов и протеолитическая активность ротовой жидкости.

К лечению гингивитов у детей применен дифференцированный подход. При хроническом катаральном гингивите, помимо противовоспалительной терапии, важно было стимулировать сопротивляемость организма. Основная задача при лечении гипертрофического гингивита, развившегося на фоне гормонального дисбаланса в пубертатный период, состояла в ликвидации воспаления, уменьшении гиперплазии соединительной ткани основы десен и сокращении объема гипертрофированных десневых сосочков.

Для детей с хроническим катаральным гингивитом предложен комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающий полоскание рта фитокомпозицией «Мальвина», прием внутрь таблеток «Биотрит-С» и чистку зубов лечебно-профилактической зубной пастой «Восход-8», содержащей растительные полифенолы. Для детей с ГГ обоснован комплекс, включающий полоскание рта фитокомпозицией «Мальвина», чистку зубов пастой «Восход - 8» и специальной зубной пастой «Восход -19» (содержит лактат кальция) по схеме.

Под влиянием лечебно-профилактического комплекса у детей 12 и 15-ти летнего возраста с ХКГ и ГГ уменьшилась распространенность и тяжесть заболевания.

Механизм противовоспалительного действия комплекса связан с уменьшением интенсивности ПОЛ, активизацией антиоксидантной системы и других факторов неспецифической резистентности, повышением стойкости капилляров и снижением интенсивности зубных отложений.

**Ключевые слова:** гингивиты у детей, хронический катаральный гингивит, гипертрофический гингивит, фитокомпозиция, флавоноиды.

## ANNOTATION

**Shirokova O.I. Differentiated approach to the prophylaxis and treatment of gingivitis at children** (clinical-experimental research). – A manuscript.

Dissertation for the candidate of medical sciences degree in speciality 14.01.22-dentistry. – State Establishment «Institute of Dentistry of the Academy of Medical Sciences of Ukraine», Odessa, 2008.

Dissertation is devoted to development of methods of prophylaxis and treatment of chronic catarrhal and hypertrophy gingivitis at children.

For the decision the set task the rinse for the oral cavity with flavonoid activity is developed (phytocomposition «Mal'vina»).

Before treatment of gingivitis at children the differentiated approach is applied. At chronic catarrhal gingivitis, except for anti-inflammatory therapy, it is important to stimulate organism resistance. A basic task at treatment of hypertrophy gingivitis, that developed on a background a hormonal disbalance in a pubertal period, consists in liquidation of inflammation, diminishment of hyperplasia of gums connecting tissue and reduction of volume of the hypertrophied papillae.

For children with chronic catarrhal gingivitis the complex of medical-prophylactic measures is offered, that includes the oral rinse by phytocomposition «Mal'vina», reception inward of the pills «Biotrit-C» and tooth brushing by the medical-prophylactic tooth-paste «Voshod-8», that contains vegetable polyphenols. For children with hypertrophy gingivitis is based complex, that includes the oral rinse by phytocomposition «Mal'vina», tooth brushing by the tooth-paste «Voshod-8» and special tooth-paste «Voshod-19» (contains lactate of calcium) after a chart.

**Key words:** children with gingivitis, chronic catarrhal gingivitis, hypertrophy gingivitis, phytocomposition, flavonoids.