

DOI 10.36074/logos-20.09.2024.057

ДИНАМІКА ЗМІНИ СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ

Сухомейло Данило Олександрович¹,
Рейзвіх Ольга Едуардівна², Сухомейло Ксенія Олександрівна³,
Науковий керівник: Шнайдер Станіслав Аркадійович⁴

1. аспірант кафедри загальної стоматології

Одеський національний медичний університет, УКРАЇНА

ORCID ID: 0009-0002-9281-7060

2. д-р. мед. наук, доцент, професор кафедри загальної стоматології

Одеський національний медичний університет, УКРАЇНА

ORCID ID: 0000-0001-7433-9240

3. студентка V курсу стоматологічного факультету

Одеський національний медичний університет, УКРАЇНА

4. доктор медичних наук, член-кор. НАМН, професор

Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Національної академії медичних наук України», УКРАЇНА

ORCID ID: 0000-0003-4392-5081

Серед захворювань, що впливають на стоматологічне здоров'я дітей одне з найважливіших місць займає порушення опорно-рухового апарату (ОРА). Однією з причин виникнення патології ОРА є недиференційована дисплазія сполучної тканини, різновидами якої є кісткова і хрящова [1, 2]. З огляду на тісний взаємозв'язок сполучної тканини і твердих тканин зубів, є важливою оцінка впливу патології ОРА на виникнення основних стоматологічних захворювань у дітей.

Мета дослідження. Клінічна оцінка стану твердих тканин зубів, та пародонту у дітей 12-15 років з патологією опорно-рухового апарату різного генезу на тлі низького рівня загального вітаміну D в сироватці крові.



SECTION 18.

SCIENCES MÉDICALES ET SANTÉ PUBLIQUE

Була обстежена 41 дитина віком від 12 до 15 років. У дітей була діагностована різна патологія опорно-рухового апарату. Діти були розподілені на 2 групи: основна (n=21) та група порівняння (n=20). Дітям основної групи призначено відповідний лікувально-профілактичний комплекс (ЛПК) до складу якого включені наступні препарати: гель «Слюрем», гель «Муміє», Аквадетрим вітамін D₃ водний розчин, хондроїтин з глюкозаміном, вітамінно-мінеральний комплекс «Алфавіт-школяр». Діти групи порівняння приймали вітамінно-мінеральний комплекс «Алфавіт-школяр» за схемою, зазначеною в ЛПК.

Стоматологічне обстеження проводилось через 6, 12 та 24 міс. Протягом 2-х років спостереження, після повної санації порожнини рота, діти обох груп 1 раз на 6 місяців відвідували стоматолога з метою профілактичного огляду та проведення професійної гігієни порожнини рта. В домашніх умовах рекомендовано використання зубної пасти «Lacalut антикарієс», чищення зубів після кожного прийому їжі.

У дітей кожної групи визначали інтенсивність каріозного процесу в постійних зубах за КПВз та КПВп (каріозні ураження, пломба, вилучений зуб), розповсюдженість карієсу зубів [3].

Стан пародонту оцінювали на підставі визначення папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА, %) в модифікації Parma (1960). Також використовували пробу Шилера-Писарева та визначали симптом кровотечі в модифікації Muhlemann HP, Son S. [4].

Особливу увагу було приділено якості продуктів харчування, та режиму прийому їжі.

Додаткові обстеження включали – дослідження сироватки крові на вміст загального вітаміну D (25-ОН)(D₂+D₃) (метаболізм кісткової тканини). Дослідження проведені в лабораторіях «Смартлаб» м. Одеси.

При статистичній обробці отриманих результатів використовувалася комп'ютерна програма STATISTICA 6.1. для оцінки їхньої достовірності та похибок вимірювань [5].

Результати та обговорення.

Розповсюдженість карієсу зубів у дітей основної групи при первинному обстеженні склала 80,95 %, у дітей групи порівняння – 90 %. Через 24 місяці цей показник склав 85,7 % та 95 % відповідно. Розповсюдженість карієсу у дітей обох груп – суцільна. Такі показники свідчать про те, що у досліджених дітей каріозний процес в постійних зубах розпочався одразу після їх прорізування і швидко прогресував; к 15 рокам майже не лишається дітей, в яких всі зуби були б здоровими.

Результати інтенсивності карієсу зубів у дітей основної групи та групи порівняння Приріст карієсу за індексом КПВп за 6 місяців першого року становить 0,14 в основній групі, що у 5,4 рази менше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$). Однак, за наступні 6 місяців (один рік від вихідного), ми бачимо, що в основній групі приріст карієсу становив 0,19, що у 7,6 рази менше, ніж у групі порівняння (1,45) ($p < 0,001$). Приріст карієсу за КПВп за два роки спостережень в основній групі склав 0,57, що в 2,4 рази менше, ніж 1,35 групи порівняння ($p_2 < 0,001$).

Карієспрофілактичний ефект за 2 роки спостережень в основній групі порівняно з групою порівняння становив 57,8 %.

В основній групі вихідний рівень 25(OH)D становив $12,05 \pm 0,69$ нг/мл, групи спостереження – $16,25 \pm 0,83$ нг/мл ($p < 0,001$).

Наступні дослідження стосувалися оцінки стану тканин пародонту у дітей із патологією опорно-рухового апарату. Для цього використано індекс РМА, кровоточивості та пробу Шиллера-Писарева. Дослідження індексу РМА, що свідчить про розповсюдженість запального процесу в яснах, показало, що ППЕ в основній групі у дітей через 2 роки складає 78,14 %.

Розповсюдженість захворювань пародонту у дітей основної групи – 100 %, у дітей групи порівняння – 95 %. Дослідження індексу РМА, що свідчить про розповсюдженість запального процесу в яснах, показало, що ППЕ в основній групі у дітей через 2 роки складає 78,14 %. Через 2 роки розповсюдженість захворювань пародонту у дітей основної групи складає 66,7 % ($p_1 < 0,001$), групи порівняння залишається 95 % ($p_1 < 0,001$).

Таким чином, результати досліджень клінічних показників розповсюдженості та інтенсивності карієсу та гінгівіту протягом 2-х років у дітей 12-15 років з патологією ОРА, показали, що найбільш виражена позитивна динаміка цих змін є у дітей, яким регулярно проводили професійну гігієну порожнини рота із застосуванням запропонованого ЛПК. Вдалося стабілізувати процес поширеності як карієсу, так і захворювань пародонту.

2. Позитивна динаміка клінічних показників стану твердих тканин зубів і пародонту в дітей віком 12-15 років із захворюваннями ОРА спостерігалася на фоні підвищення рівня сироваткового 25(OH)D. Таким чином, стабільний позитивний терапевтичний ефект стоматологічної патології у дітей з захворюваннями ОРА доводить включення в комплексне лікування медикаментозної корекції статусу вітаміну D.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

[1] Бенца Т. М. Дисплазія сполучної тканини: особливості клінічних проявів,

SECTION 18.

SCIENCES MÉDICALES ET SANTÉ PUBLIQUE

- діагностики та лікування. Ліки України № 7 (253) / 2021. С. 28-31.
- [2] Gun ZH, Arif A, Boyce AM. Fibrous dysplasia in children and its management. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2024 Feb 1;31(1):60-66. doi: 10.1097/MED.0000000000000847.
- [3] Godovanets O, Kotelban A, Romaniuk D, Moroz P. Clinical features of the caries course of temporary teeth in children. *Wiad Lek.* 2023;76(7):1549-1553. doi: 10.36740/WLek202307106.
- [4] Kutsevlyak V.F., Lakhtin YU.V. (2002). Indeksna otsinka parodontal'noho statusu: navch-metod. posib [Index assessment of periodontal status: educational and methodological manual]. Sumy: VVP «Mriya-1» LTD [in Ukrainian].
- [5] Майборода Р. Є. Комп'ютерна статистика: підручник. Київ: ВПЦ Київський університет, 2019. 589 с.