

УДК 311.14.001.73+616.315-007.254-08-039.71

Л.Б. Козан

Изменение пародонтальных индексов после проведения лечебно-профилактических мероприятий у детей, ранее прооперированных по поводу врожденных расщелин мягкого и твердого неба в динамике

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Цель исследования – изучение динамики изменения пародонтальных индексов у детей с хроническим катаральным гингивитом, ранее прооперированных по поводу врожденных расщелин мягкого и твердого неба.

Материал и методы исследования. Было проведено клиническое обследование 97-и детей в возрасте 7–15 лет, которые были разделены на две группы: основную и сравнения (первая возрастная группа – 7–11 лет и вторая – 12–15 лет). Все дети группы сравнения использовали гигиенический зубной эликсир «Санодент». Дети основной группы были разделены на две подгруппы и получали два варианта комплексного лечения. Первый вариант лечения заключался в применении зубного эликсира «Лизомукоид», аппликаций антисептика «Сангвиритрин» и пробиотика «Хилак форте». Второй вариант лечения предусматривал кроме применения вышеперечисленных препаратов использование еще одного пробиотика «Био Гая прудентис» и аппликаций мукозального геля «Флавогель» (в индивидуальной капе).

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о том, что оба разработанных метода лечения обладают достаточно высоким противовоспалительным и пародонтопротекторным действием.

Выводы. Проведенные исследования показали выраженное пародонтопротекторное и противовоспалительное действие разработанных лечебно-профилактических мероприятий на ткани пародонта как у детей с полной расщелиной мягкого неба, так и у детей с комбинированной расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба в возрасте 7–15 лет, которые были прооперированы ранее.

Ключевые слова: хронический катаральный гингивит, дети, расщелины, антисептик, пробиотик, мукозальный фитогель, зубной эликсир.

Одним из отправных моментов при планировании и проведении лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний пародонта у детей с расщелинами верхней губы, твердого и мягкого неба, перенесших операции хейло- и уранопластики, является изучение основных показателей, характеризующих клиническое состояние тканей пародонта после терапии – лечения ХКГ [1]. Известно, что клиническая эффективность лекарственного препарата или лечебно-профилактического комплекса может проявляться благодаря противовоспалительной и пародонтопротекторной направленности действия препаратов как в комплексе, так и в отдельно взятых его компонентах [2, 3, 4]. При этом судить о состоянии тканей пародонта после лечения можно по изменению клинических показателей, которые его характеризуют (пародонтальные индексы) [5].

Цель исследования – изучение динамики изменения пародонтальных индексов у детей с ХКГ, ранее прооперированных по поводу врожденных расщелин мягкого и твердого неба.

Материал и методы исследования

Было проведено клиническое обследование 97-и детей в возрасте 7–15 лет, которые были разделены на две группы: основную и сравнения (первая возрастная группа – 7–11 лет и вторая – 12–15 лет). Все дети группы сравнения использовали гигиенический зубной эликсир «Санодент». Дети основной группы были разделены на две подгруппы и получали два варианта комплексного лечения. Первый вариант лечения заключался в применении зубного эликсира «Лизомукоид», аппликаций антисептика «Сангвиритрин» и пробиотика «Хилак форте». Второй вариант лечения предусматривал кроме

применения вышеперечисленных препаратов использование еще одного пробиотика «Био Гая прудентис» и аппликаций мукозального геля «Флавогель» (в индивидуальной капе). При этом показатели состояния тканей пародонта у детей до проведения лечебно-профилактических мероприятий достоверно не отличались в основных группах и группе сравнения, что свидетельствует об однородности вариационных рядов для дальнейшего сравнения. Полная оценка эффективности комплексного применения разработанных методов лечения и была изучена в течение всего периода наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что оба разработанных метода лечения обладают выраженным пародонтопротекторным и противовоспалительным действием на ткани пародонта как у детей с полной расщелиной мягкого неба, так и у детей с комбинированной расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба в возрасте 7–15 лет, которые были прооперированы ранее. В таблицах 1–4 представлены клинические результаты влияния разработанных методов лечения на состояние слизистой оболочки десны у этих пациентов во время всего периода наблюдений за изменением показателей основных пародонтологических индексов (РМА, кровоточивости и Ш–П).

В таблицах 1–2 представлены результаты влияния разработанных методов лечения на кровоточивость и признаки воспаления в тканях пародонта по изменению пародонтологических индексов у детей 7–11 лет, ранее прооперированных по поводу изолированной расщелины мягкого неба и комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба в динамике наблюдений.

Во время обследования детей 7–11 лет, прооперированных ранее по поводу полной расщелины мягкого неба, выявлено вялотекущее, малосимптомное течение хронического катарального гингивита. При клиническом обследовании этих детей определялись выраженная клиника хронического катарального гингивита, гиперемия десен с цианотичным оттенком в отдельных участках и их отечность. Маргинальный край десны при этом был увеличен и валикообразно утолщен. В данной группе детей наблюдалось воспаление десневых сосочков, маргинального края и альвеолярной десны. Локализация воспалительного процесса наблюдалась как во фронтальном, так и в боковых участках верхней и нижней челюстей. При этом более выраженные признаки воспаления определялись на верхней челюсти.

Исходные данные индексной оценки состояния тканей пародонта у детей с врожденными патологиями челюстно-лицевой области подтверждают клинические исследования. Так, цифровые значения индекса РМА у всех обследуемых детей в возрасте 7–11 лет, прооперированных ранее по поводу изолированной расщелины мягкого неба, составили в среднем от 36,45±1,87 до 37,12±1,90 % в начале исследования. Однако уже через месяц наблюдений после применения разработанного ЛПК, в состав которого входили зубной эликсир «Лизомукоид», антисептик «Сангвиритрин» и пробиотик «Хилак форте», установлено достоверное снижение изучаемого индекса по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$). При этом у детей этой же возрастной группы, но применявших дополнительно к проведенному лечению еще и пробиотик «Био Гая продентис» с мукозальным гелем «Флавогель» (в индивидуальной капле), показатель индекса РМА снизился в два раза по сравнению с данными в начале исследования. Максимальное снижение

значений изучаемого индекса было установлено через три месяца наблюдений, когда показатель РМА снизился на 44,8 % при лечении первым ЛПК и на 53,2 % – вторым, где использовался дополнительно пробиотик и аппликация мукозального геля. Вместе с тем, несмотря на незначительное повышение значений индекса РМА при дальнейшем исследовании, полученные данные сохранялись до конца наблюдения и оставались достоверно ниже по сравнению с исходными ($p < 0,05$). В группе сравнения цифровые значения изучаемого индекса также изменяются в сторону уменьшения, но эти изменения недостоверны по сравнению с исходными данными ($p > 0,05$).

Анализ цифровых данных индекса кровоточивости показал, что применение первого метода лечения у пациентов 7–11-ти лет с хроническим катаральным гингивитом и прооперированных по поводу изолированной расщелины мягкого неба в основной группе уже через месяц наблюдений снижает его значение в 1,3 раза. При этом комбинированное лечение воспаления десны у этих пациентов с помощью мукозального геля и препарата пробиотика снижает показатель кровоточивости почти в два раза и полученные данные сохраняются до конца наблюдения. В группе сравнения цифровые значения изучаемого индекса также изменяются в сторону уменьшения, но только на 0,17 балла через месяц и максимально на 0,23 балла через три месяца, что является недостоверным по сравнению с исходными данными ($p > 0,05$).

Аналогичная картина наблюдалась и при анализе данных индекса Ш-П (число Свракова). Численные значения йодного числа Свракова, характеризующего хронический воспалительный процесс в тканях пародонта – проба Ш-П, в начале исследования у пациентов, прооперированных по поводу изолированной расщелины мягкого неба, свидетельствовали об умеренно выраженном процессе воспаления

Таблица 1

Индексная оценка состояния тканей пародонта у детей 7–11 лет, ранее прооперированных по поводу изолированной расщелины мягкого неба, в динамике наблюдения, $M \pm m$

Индексы	Группы		до лечения	через 1 мес.	через 3 мес.	через 6 мес.	через 12 мес.
	Варианты лечения						
РМА	Основная	1 n = 8	36,81±1,89 $p_1 > 0,05$	22,16±1,14 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	20,32±1,04 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	21,48±1,10 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	22,35±1,15 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
		2 n = 9	37,12±1,90 $p_1 > 0,05$	18,31±0,94 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	17,39±0,89 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	18,24±0,94 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	18,86±0,97 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 8		36,45±1,87	30,91±1,59 $p > 0,05$	31,45±1,61 $p > 0,05$	32,68±1,68 $p > 0,05$	33,46±1,72 $p > 0,05$
Ш-П (йодное число Свракова)	Основная	1 n = 8	1,76±0,09 $p_1 > 0,05$	1,34±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,33±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,41±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,48±0,08 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
		2 n = 9	1,77±0,09 $p_1 > 0,05$	1,29±0,07 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,25±0,06 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,22±0,06 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,1 ±0,06 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 8		1,75±0,09	1,39±0,07 $p < 0,05$	1,45±0,08 $p < 0,05$	1,57±0,08 $p > 0,05$	1,64±0,09 $p > 0,05$
Кровоточивость	Основная	1 n = 8	2,55±0,13 $p_1 > 0,05$	1,89±0,10 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,63±0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,67±0,09 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,71±0,09 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
		2 n = 9	2,58±0,14 $p_1 > 0,05$	1,38±0,07 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,27±0,07 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,19±0,06 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,04±0,05 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 8		2,53±0,13	2,36±0,12 $p > 0,05$	2,30±0,12 $p > 0,05$	2,31±0,12 $p > 0,05$	2,39±0,12 $p > 0,05$

Примечание: p – показатель достоверности различий по сравнению с исходными данными;

p_1 – показатель достоверности различий по сравнению с группой сравнения.

десен (табл. 4.1). При этом через месяц наблюдений значения числа Свракова изменились следующим образом: в первой подгруппе основной группы пациентов 7–11-ти лет они в среднем снизились в 1,3 раза, а во второй подгруппе основной группы в 1,4 раза, где для лечения воспаления десны использовали комбинацию мукозального геля «Флавогель» и пробиотика «Био Гая проредентис». Однако в течение всего срока наблюдений цифровые значения числа Свракова продолжали уменьшаться после лечения только у детей второй подгруппы основной группы. Вместе с тем в конце исследований число Свракова уменьшилось на 15,9 % у детей первой подгруппы и на 37,9 % – во второй подгруппе, что свидетельствует о выраженном противовоспалительном действии примененного метода лечения. В группе сравнения этот показатель снизился у всех детей на 20,6 % через месяц ($p < 0,05$), но через полгода начал повышаться и в конце наблюдений достоверно не отличался ($p > 0,05$) от своих первоначальных значений.

При анализе цифровых данных, представленные в таблице 2, складывается мнение, что применение разработанных методов лечения хронического катарального гингивита у детей 7–11-ти лет, прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, позволяет не только снизить кровоточивость десен, но и уменьшить их отек и гиперемию, то есть признаки воспаления в тканях пародонта у данной группы пациентов. Об этом может свидетельствовать достоверное уменьшение индекса РМА за все время наблюдений ($p < 0,05$). Так, у детей первой подгруппы основной группы через три месяца показатель РМА снизился на 41,8 %. Причем в конце исследований его значения были в 1,6 раз ниже по сравнению с таковыми в начале исследования. Такая же тенденция была установлена и у пациентов второй подгруппы, где индекс РМА снизился на 50,1 % и в 2,1

раза соответственно. Обращает на себя внимание результат, полученный в группе сравнения у детей, ранее прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, где цифровые значения изучаемого индекса также изменяются в сторону уменьшения, но эти изменения недостоверны по сравнению с исходными данными ($p > 0,05$).

Подобная тенденция была установлена при анализе цифровых значений индекса кровоточивости десен у детей этой же возрастной группы, прооперированных по поводу комбинированной расщелины мягкого и твердого неба (табл. 2).

Эффективность лечения оказалась самой высокой во второй подгруппе основной группы ($p < 0,05$). Именно этим детям проводили лечение хронического катарального гингивита комбинированным методом, применяя для этого разработанный нами ЛПК, состоящий из зубного эликсира, антисептика, двух пробиотиков и мукозального геля, что позволило достоверно снизить кровоточивость десен и в конце наблюдения ее значения были меньше первоначальных почти в два раза. При этом в группе сравнения через три месяца наблюдений степень кровоточивости хотя и уменьшилась на 9,5 %, но эти изменения оставались недостоверными в сравнении с исходными данными ($p > 0,05$).

Динамика цифровых значений йодного числа Свракова (проба Ш-П) у детей 7–11-ти лет, прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, свидетельствовала о положительном результате применения разработанных ЛПК (табл. 2). Так, в первой подгруппе основной группы детей значение числа Свракова через три месяца наблюдений снизилось в 1,3 раза, а во второй подгруппе основной группы в 1,5 раза. Вместе с тем в течение всего периода наблюдений цифровые значения числа Свракова продолжали снижаться

Таблица 2

Индексная оценка состояния тканей пародонта у детей 7–11 лет, прооперированных ранее по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба в динамике наблюдения, $M \pm m$

Индексы	Группы		до лечения	через 1 мес.	через 3 мес.	через 6 мес.	через 12 мес.
	Варианты лечения						
РМА	Основная	1 n = 8	40,82±2,09 $p_1 > 0,05$	27,05±1,39 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	23,74±1,22 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	25,61±1,31 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	25,98±1,33 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
		2 n = 9	41,95±2,15 $p_1 > 0,05$	22,16±1,14 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	20,94±1,07 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	20,18±1,03 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	19,94±1,02 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		40,23±2,06	34,51±1,77 $p > 0,05$	34,97±1,79 $p > 0,05$	35,83±1,84 $p > 0,05$	36,48±1,87 $p > 0,05$
Ш-П (йодное число Свракова)	Основная	1 n = 8	2,11±0,11 $p_1 > 0,05$	1,63±0,08 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,59±0,08 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,62±0,08 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,68±0,09 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
		2 n = 9	2,12±0,11 $p_1 > 0,05$	1,53±0,08 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,45±0,07 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,41±0,07 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,38 ±0,07 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		2,09±0,11	1,82±0,09 $p > 0,05$	1,89±0,10 $p > 0,05$	1,93±0,10 $p > 0,05$	1,98±0,10 $p > 0,05$
Кровоточивость	Основная	1 n = 8	2,76±0,14 $p_1 > 0,05$	2,09±0,11 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,87±0,10 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,94±0,09 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,99±0,09 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
		2 n = 9	2,77±0,14 $p_1 > 0,05$	1,63±0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,49±0,07 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,45±0,07 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,42±0,06 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		2,75±0,14	2,56±0,13 $p > 0,05$	2,49±0,12 $p > 0,05$	2,53±0,12 $p > 0,05$	2,58±0,13 $p > 0,05$

Примечание: p – показатель достоверности различий по сравнению с исходными данными;

p_1 – показатель достоверности различий по сравнению с группой сравнения.

после лечения только у детей второй подгруппы основной группы ($p < 0,05$). При этом в конце исследований цифровые значения изучаемого показателя снизились на 20,4 % у детей первой подгруппы и на 34,9 % – второй подгруппы, что свидетельствует о выраженном противовоспалительном действии разработанных методов лечения ЖКГ. В группе сравнения этот показатель снизился у всех детей на 13 % через месяц, однако в конце наблюдений достоверно не отличался ($p > 0,05$) от своих первоначальных значений.

В таблицах 3–4 представлены клинические результаты применения разработанных ЛПК для лечения воспалительных заболеваний в тканях пародонта по изменению пародонтологических индексов у детей 12–15-ти лет, прооперированных ранее по поводу изолированной расщелины мягкого неба и комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, в динамике наблюдений.

При клиническом исследовании у большинства детей 12–15-ти лет, ранее прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, диагностировали хронический катаральный гингивит средней степени тяжести, но встречались случаи и с тяжелой, запущенной формой этой патологии, а при статистической обработке данных у таких детей индексная оценка тканей пародонта соответствовала нижней границе тяжелой степени тяжести гингивита (табл. 3–4).

Исходные данные индексной оценки состояния тканей пародонта по цифровым значениям РМА у всех исследуемых детей в возрасте 12–15-ти лет, ранее прооперированных по поводу изолированной расщелины мягкого неба, составили в среднем от $37,77 \pm 1,94$ до $39,93 \pm 2,05$ %. Через месяц после применения разработанного ЛПК, в состав которого входили зубной эликсир «Лизомукоид», антисептик «Сангвиритрин» и пробиотик «Хилак форте», установлено достоверное снижение

изучаемого индекса по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$). При этом у детей этой же возрастной группы, но применявших дополнительно к проведенному лечению еще и пробиотик «Био Гая прорентис» с мукозальным гелем «Флавогель» (в индивидуальной капле) показатель индекса РМА снизился в два раза по сравнению с данными в начале исследования. Максимальное снижение значений изучаемого индекса было установлено через три месяца наблюдений, когда показатель РМА снизился в 1,8 раза при лечении первым ЛПК и в 2,1 раза при лечении вторым методом, где использовался дополнительно пробиотик и аппликации мукозального геля. Вместе с тем, несмотря на незначительное повышение значений индекса РМА при дальнейшем исследовании, полученные данные сохранялись до конца наблюдения и оставались достоверно ниже по сравнению с исходными ($p < 0,05$).

В группе сравнения цифровые значения изучаемого индекса также изменяются в сторону уменьшения, но эти изменения недостоверны по сравнению с исходными данными ($p > 0,05$).

Анализ цифровых данных индекса кровоточивости показал, что применение первого метода лечения у пациентов 12–15-ти лет с хроническим катаральным гингивитом, которые были прооперированы по поводу изолированной расщелины мягкого неба, уже через месяц наблюдений снизило его значение в 1,3 раза, а через три месяца – в 1,5 раза. При этом комбинированное лечение ЖКГ у этих пациентов с помощью второго ЛПК снизило показатель кровоточивости в 2,2 раза в конце наблюдения. В группе сравнения цифровые значения изучаемого индекса также изменялись в сторону его снижения, однако уменьшение цифровых значений изучаемого показателя было недостоверным по сравнению с исходными данными ($p > 0,05$).

Таблица 3

Индексная оценка состояния тканей пародонта у детей 12–15-ти лет, ранее прооперированных по поводу изолированной расщелины мягкого неба в динамике наблюдения, $M \pm m$

Индексы	Группы		до лечения	через 1 мес.	через 3 мес.	через 6 мес.	через 12 мес.
	Варианты лечения						
РМА	Основная	1 n = 8	$38,79 \pm 1,99$ $p_1 > 0,05$	$23,95 \pm 1,22$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$21,57 \pm 1,11$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$22,63 \pm 1,16$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$23,41 \pm 1,20$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
		2 n = 9	$39,93 \pm 2,05$ $p_1 > 0,05$	$19,96 \pm 1,02$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$18,82 \pm 0,97$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$18,93 \pm 0,97$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$19,12 \pm 0,98$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		$37,77 \pm 1,94$	$32,48 \pm 1,67$ $p > 0,05$	$33,59 \pm 1,72$ $p > 0,05$	$33,96 \pm 1,74$ $p > 0,05$	$34,92 \pm 1,79$ $p > 0,05$
Ш-П (йодное число Свракова)	Основная	1 n = 8	$1,89 \pm 0,10$ $p_1 > 0,05$	$1,49 \pm 0,08$ $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	$1,42 \pm 0,07$ $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	$1,47 \pm 0,08$ $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	$1,56 \pm 0,08$ $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
		2 n = 9	$1,91 \pm 0,10$ $p_1 > 0,05$	$1,39 \pm 0,07$ $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	$1,33 \pm 0,07$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$1,29 \pm 0,07$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$1,26 \pm 0,06$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		$1,88 \pm 0,10$	$1,56 \pm 0,08$ $p < 0,05$	$1,62 \pm 0,08$ $p > 0,05$	$1,68 \pm 0,09$ $p > 0,05$	$1,75 \pm 0,09$ $p > 0,05$
Кровоточивость	Основная	1 n = 8	$2,67 \pm 0,14$ $p_1 > 0,05$	$1,98 \pm 0,10$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$1,74 \pm 0,09$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$1,79 \pm 0,09$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$1,84 \pm 0,09$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
		2 n = 9	$2,68 \pm 0,14$ $p_1 > 0,05$	$1,49 \pm 0,08$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$1,38 \pm 0,07$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$1,31 \pm 0,07$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$1,23 \pm 0,06$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		$2,66 \pm 0,14$	$2,45 \pm 0,13$ $p > 0,05$	$2,39 \pm 0,12$ $p > 0,05$	$2,42 \pm 0,12$ $p > 0,05$	$2,49 \pm 0,13$ $p > 0,05$

Примечание: p – показатель достоверности различий по сравнению с исходными данными;

p_1 – показатель достоверности различий по сравнению с группой сравнения.

Аналогичная картина наблюдалась и при анализе данных индекса Ш-П (число Свракова). Значения йодного числа Свракова, характеризующего хронический воспалительный процесс в тканях пародонта – проба Ш-П, в начале исследования у пациентов, прооперированных по поводу изолированной расщелины мягкого неба, свидетельствовали о выраженном процессе воспаления десен (табл. 3). При этом через три месяца наблюдений значения числа Свракова изменились следующим образом: в первой подгруппе основной группы пациентов 12–15-ти лет они в среднем снизились в 1,3 раза, а во второй подгруппе основной группы в 1,4 раза, где для лечения воспаления тканей пародонта кроме зубного эликсира и антисептика использовали комбинацию мукозального геля и пробиотика. Однако в течение всего периода наблюдений цифровые значения числа Свракова продолжали уменьшаться после лечения только у детей второй подгруппы основной группы. Вместе с тем в конце исследований число Свракова уменьшилось на 17,5 % у детей первой подгруппы и на 34 % – во второй подгруппе, что свидетельствует о выраженном противовоспалительном действии применяемых методов лечения ХКГ. В группе сравнения этот показатель достоверно снизился у всех детей на 17 % через месяц ($p < 0,05$), но через полгода начал повышаться и в конце наблюдений достоверно не отличался ($p > 0,05$) от своих первоначальных значений.

Анализируя цифровые данные, представленные в таблице 4, можно сделать вывод, что применение разработанных ЛПК для лечения хронического катарального гингивита у детей 12–15-ти лет, которые были ранее прооперированы по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, позволило уменьшить отек и гиперемии в тканях пародонта, а также снизить кровоточивость десен у данной группы детей. Об этом свидетельствует достоверное уменьшение индекса РМА в течение всего

периода наблюдений ($p < 0,05$). Так, у детей первой подгруппы основной группы показатель РМА через месяц снизился на 32,5 %, а через три месяца – на 39,3 %. Причем в конце исследований его значения были в 1,6 раза ниже по сравнению с исходными данными. Такая же тенденция была установлена и у пациентов второй подгруппы, где индекс РМА снизился на 46 % через месяц наблюдений, на 49,8 % – через три месяца и в конце исследований был два раза ниже своих первоначальных значений. Однако положительный результат, полученный в группе сравнения у детей, ранее прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, где цифровые значения изучаемого индекса также изменялись в сторону уменьшения, были недостоверны по сравнению с исходными данными ($p > 0,05$). Подобная тенденция была установлена при анализе цифровых значений индекса кровоточивости тканей пародонта у детей этой же возрастной группы, ранее прооперированных по поводу комбинированной расщелины мягкого и твердого неба (табл. 4). Эффективность проведенного лечения оказалась самой высокой во второй подгруппе основной группы детей ($p < 0,05$).

Было установлено, что детям, которым проводили лечение хронического катарального гингивита разработанным нами ЛПК, состоящим из зубного эликсира, антисептика, двух пробиотиков и мукозального геля, удалось достоверно снизить кровоточивость десен и в конце наблюдения ее значения были меньше первоначальных почти в два раза. При этом в группе сравнения через три месяца наблюдений степень кровоточивости уменьшилась всего лишь на 6,4 % и эти изменения оставались недостоверными в сравнении с исходными данными ($p > 0,05$).

Динамика цифровых значений йодного числа Свракова (проба Ш-П) у детей 12–15-ти лет, прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого

Таблица 4

Индексная оценка состояния тканей пародонта у детей 12–15-ти лет, ранее прооперированных по поводу комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба в динамике наблюдения, $M \pm m$

Индексы	Группы		до лечения	через 1 мес.	через 3 мес.	через 6 мес.	через 12 мес.
	Варианты лечения						
РМА	Основная	1 n = 8	44,71±2,29 $P_1 > 0,05$	30,17±1,55 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	27,14±1,39 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	27,82±1,43 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	28,75±1,47 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
		2 n = 9	45,63±2,34 $P_1 > 0,05$	24,62±1,26 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	22,89±1,17 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	21,73±1,11 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	21,27±1,09 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		44,57±2,29	37,98±1,95 $p > 0,05$	38,45±1,97 $p > 0,05$	39,86±2,04 $p > 0,05$	40,54±2,08 $p > 0,05$
Ш-П (йодное число Свракова)	Основная	1 n = 8	2,27±0,12 $P_1 > 0,05$	1,78±0,09 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,73±0,09 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,75±0,09 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$	1,81±0,10 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
		2 n = 9	2,28±0,12 $P_1 > 0,05$	1,65±0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,57±0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,49±0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,47 ± 0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		2,26±0,12	1,98±0,10 $p > 0,05$	2,05±0,11 $p > 0,05$	2,09±0,11 $p > 0,05$	2,13±0,11 $p > 0,05$
Кровоточивость	Основная	1 n = 8	2,83±0,15 $P_1 > 0,05$	2,18±0,11 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,96±0,10 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	2,04±0,10 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	2,15±0,11 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
		2 n = 9	2,84±0,15 $P_1 > 0,05$	1,75±0,09 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,61±0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,57±0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	1,51±0,08 $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$
	сравнения, n = 9		2,82±0,15	2,64±0,14 $p > 0,05$	2,69±0,14 $p > 0,05$	2,74±0,14 $p > 0,05$	2,79±0,14 $p > 0,05$

Примечание: p – показатель достоверности различий по сравнению с исходными данными;

p_1 – показатель достоверности различий по сравнению с группой сравнения.

и твердого неба, свидетельствовала о положительном результате применения разработанных ЛПК (табл. 4). Так, в первой подгруппе основной группы детей значение числа Свракова через три месяца наблюдений снизилось на 23,8 %, а во второй подгруппе основной группы на 31,1 %. Вместе с тем в течение всего периода наблюдений цифровые значения числа Свракова продолжали уменьшаться после лечения только у детей второй подгруппы основной группы ($p < 0,05$). При этом в конце исследований цифровые значения изучаемого показателя уменьшились в 1,3 раза у детей первой подгруппы и в 1,6 раза – у второй подгруппы, что свидетельствует о выраженном противовоспалительном действии разработанных методов лечения ХКГ. В группе сравнения этот показатель снизился у всех детей на 12,4 % через месяц, однако в конце наблюдений достоверно не отличался ($p > 0,05$) от своих первоначальных значений.

Таким образом, полученные результаты снижения цифровых значений индексов РМА, кровоточивости и Ш-П у детей как 7–11 лет, так и 12–15-ти лет с хроническим ката-

ральным гингивитом, которые были ранее прооперированы по поводу изолированной расщелины мягкого неба и комбинированной расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба, свидетельствуют о том, что разработанные оба метода лечения обладают достаточно высоким противовоспалительным и пародонтопротекторным действием. При этом противовоспалительный и пародонтопротекторный эффекты, полученные после лечения разработанными ЛПК не зависели от вида расщелины, а только от выбранного способа лечения.

Выводы

Проведенные исследования показали выраженное пародонтопротекторное и противовоспалительное действие разработанных нами лечебно-профилактических мероприятий на ткани пародонта как у детей с полной расщелиной мягкого неба, так и у детей с комбинированной расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба в возрасте 7–15-ти лет, которые были прооперированы ранее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Монгуш Ю.Б. Тактика проведения профилактики основных стоматологических заболеваний у детей с врожденными расщелинами губы и неба: Дис. ... канд. мед. наук. – Москва: ДООУВПО, Государственный медико-стоматологический университет. – 2005. – 135 с.
2. Исаков Л.О. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы, неба и профилактика их развития в Республике Саха (Якутия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / Л.О. Исаков. – Иркутск, 2009. – 22 с.
3. Москалева И.В. Комплексная реабилитация пациентов с врожденной расщелиной губы и неба в период постоянного прикуса / И.В. Москалева, А. Дембровска-Ничипорук,

Е.В. Кулецкая // Стоматологический журнал. – 2010. – № 4. – С. 330–333.

4. Фоменко И. В. Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / И.В. Фоменко. – Волгоград, 2011. – 27 с.

5. Пухова О.С. Диагностика и лечение деструкций твердых тканей постоянных зубов у детей с врожденными сквозными расщелинами верхней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / О.С. Пухова. – Новосибирск, 2005. – 21 с.

Змінення пародонтальних індексів після проведення лікувально-профілактичних заходів у дітей, раніше прооперованих із приводу вроджених розщипин м'якого та твердого піднебіння в динаміці

Л.Б. Коган

Мета дослідження – вивчення динаміки зміни пародонтальних індексів у дітей з ХКГ, раніше прооперованих із приводу вроджених розщипин м'якого і твердого піднебіння.

Матеріал і методи дослідження. Були проведені клінічні дослідження 97-и дітей у віці 7–15 років, які були розділені на дві групи: основну та порівняння (перша вікова група – 7–11 років і друга – 12–15 років). Усі діти групи порівняння використовували гігієнічний зубний еліксир «Санодент». Діти основної групи були розділені на дві підгрупи й отримували два варіанти комплексного лікування. Перший варіант лікування полягав у застосуванні зубного еліксиру «Лизомукоид», аплікацій антисептика «Сангвиритрин» і пробіотика «Хілак форте». Другий варіант лікування передбачав крім застосування перелічених вище препаратів використання ще одного пробіотика «Біо Гая продентис» та аплікацій мукозального гелю «Флавогель» (в індивідуальній капі).

Результати. Отримані результати свідчать про те, що розроблені обидва методи лікування володіють досить високою протизапальною та пародонтопротекторною дією.

Висновки. Проведені дослідження показали виражену пародонтопротекторну і протизапальну дію розроблених нами лікувально-профілактичних заходів на тканини пародонту в дітей з повною розщипиною м'якого піднебіння, так і в дітей з комбінованою розщипиною верхньої губи, твердого і м'якого піднебіння у віці 7–15 років, які були прооперовані раніше.

Ключові слова: хронічний катаральний гінгівіт, діти, розщипина, антисептик, пробіотик, мукозальний фітогель, зубний еліксир.

Change of periodontal indexes after treatment and preventive measures in children operated previously for congenital clefts of the soft and hard palate in the dynamics

L. Kogan

The purpose of this study the dynamics of changes in periodontal indices in children with KHKG, previously operated on for congenital clefts of the soft and hard palate.

Material and methods. We have conducted a clinical study of 97 children aged 7–15 years, who were divided into two groups: primary and comparison (the first age group – 7–11 years and the second – 12–15 years). All the children in the comparison group used hygienic mouthwash «Sanodent». The children in the study group were divided into 2 groups and received 2 options for comprehensive treatment. The first treatment option was to use a dental elixir «Lisomukoid», applications of antiseptic «Sangviritrin» and probiotic «Hilak Forte». The second treatment option included in addition to the use of these agents is the use of another probiotic «Bio Gaya prodentis» and applications, mucosal gel «Flavogel» (in the individual kapp).

Results. The results indicate that the developed both methods of treatment have a fairly high anti-inflammatory and parodontoprotective action.

Conclusions. Studies have shown a marked parodontoprotective and anti-inflammatory effect we have developed preventive measures for periodontal tissues in children with complete cleft of the soft palate, and in children with combined cleft lip, hard and soft palate at the age of 7–15 years that were previously operated.

Key words: chronic catarrhal gingivitis, children, cleft, antiseptic, probiotic, mucosal fitogeli, mouthwash.