

УДК 616.31-002-053.2

В.С. МЕЛЬНИК, Л.Ф. ГОРЗОВ, А.В. САБОВ

*Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет, кафедра дитячої стоматології, Ужгород***ПАТОГЕНЕЗ ТА ХАРАКТЕР РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ**

У статті досліджено характер розвитку запальних захворювань тканин пародонта у дітей і підлітків м. Ужгород і їх причинні фактори. Вивчено поширеність запальних захворювань тканин пародонта, клінічні прояви гінгівіту, характер супутньої патології у дітей в різні періоди розвитку зубощелепної системи.

Ключові слова: поширеність, пародонт, діти, гігієна

Вступ. Запальні захворювання тканин пародонта у дітей та підлітків, поряд з карієсом зубів і зубощелепними аномаліями, відносяться до числа основних стоматологічних захворювань. Висока поширеність стоматологічних захворювань є результатом комплексного впливу соціальних, демографічних та економічних чинників [1, 3, 10, 12].

Вивчення регіональних особливостей частоти і характеру стоматологічних захворювань має важливе значення для жителів Закарпаття, наявність у питній воді фторидів натрію, катіонів кальцію, йоду, магнію, негативно впливають на «якість життя» і захворюваність дитячого населення [2, 4, 5, 8, 9].

Мета дослідження. Визначити характер запальних захворювань пародонта у дітей і підлітків м. Ужгород і їх причинні фактори.

Матеріали та методи. В основу роботи включені результати стоматологічного обстеження 314 дітей і підлітків (159 хлопчиків і 155 дівчаток) віком від 6 до 15 років. Залежно від періоду розвитку зубощелепної системи дітей поділили на дві групи. 180 дітей 6-11-річного віку відповідали періоду змінного прикусу і склали I групи (92 хлопчики, 88 дівчаток). У II групу включені 134 підлітки 12-15 років з постійним прикусом (67 хлопчиків, 67 дівчаток). У обстежуваних дітей визначали: наявність стоматологічних захворювань і фактори, які спровокували виникнення захворювання, аналізували гігієнічний стан ротової порожнини, швидкість утворення м'якого зубного нальоту, інтенсивність карієсу, характер зубощелепних аномалій і деформацій, наявність супутніх соматичних захворювань. Результати дослідження занесли в розроблену індивідуальну карту обстеження дітей. Результати дослідження аналізували методом варіаційної статистики за Стьюдентом за допомогою комп'ютерної програми "Statistica 5". Стандартна обробка вибірок включала підрахунок середніх арифметичних величин (M), середніх помилок (m) і середнього квадратичного відхилення. За вірогідні відмінності в парних порівняннях використовувався t-критерій Стьюдента при $p < 0,05$ [6, 7, 11].

Результати досліджень та їх обговорення.

Поширеність запальних захворювань пародонта у дітей 6-15 років була практично однаковою серед хлопчиків і дівчаток, і визначалася у $74,30 \pm 2,47\%$ оглянутих. У період змінного прикусу частота розвитку запальних захворювань пародонта досягала найбільшого значення ($82,22 \pm 2,85\%$). У групі дітей з постійним прикусом показник поширеності запального процесу в тканинах пародонта був істотно менше – $58,2 \pm 4,83\%$ ($p < 0,05$). Запальний процес у всіх обстеженнях відповідав клінічним проявам гінгівіту, який у $1,33 \pm 0,76\%$ дітей мав ознаки гострого перебігу і у $98,67 \pm 0,76\%$ обстежених – хронічного. Хронічний гінгівіт у $93,73 \pm 1,62\%$ обстежених протікав з ознаками катарального і в $6,27 \pm 1,62\%$ дітей – гіпертрофічного запального процесу, частота якого в період змінного прикусу дорівнювала $2,69 \pm 1,08\%$ і постійного прикусу – $3,59 \pm 1,25\%$ ($p < 0,05$). Хронічний катаральний гінгівіт вірогідно частіше відзначався в період змінного прикусу ($62,33 \pm 3,24\%$), ніж у дітей з постійним прикусом – $31,39 \pm 3,27\%$ спостережень ($p < 0,05$). У $76,68 \pm 1,56\%$ дітей хронічний катаральний гінгівіт мав локалізований характер, і тільки в $17,04 \pm 2,52\%$ обстежених відзначалися ознаки генералізованого запального процесу ($p < 0,05$). Локалізований характер хронічного катарального гінгівіту визначався частіше в період змінного прикусу ($51,12 \pm 3,35\%$), ніж у дітей з постійним прикусом ($25,56 \pm 2,92\%$), ($p < 0,05$). Частота розвитку генералізованого хронічного катарального гінгівіту в змінному прикусі ($11,21 \pm 2,11\%$) помітно перевищувала частоту його формування у дітей з постійним прикусом ($5,83 \pm 1,57\%$, $p < 0,05$). Легкий ступінь хронічного катарального гінгівіту ($59,19 \pm 3,29\%$) переважав над середнім ступенем важкості захворювання ($34,53 \pm 3,18\%$). Показник частоти розвитку легкого ступеня хронічного гінгівіту у дітей із змінним прикусом ($39,01 \pm 3,27\%$) істотно перевищував його значення в групі дітей, які мають постійний прикус ($20,18 \pm 2,69\%$, $p < 0,05$). Середній ступінь хронічного катарального гінгівіту спостерігали частіше в змінному прикусі ($23,32 \pm 2,83\%$) і значно рідше реєстрували у дітей з постійним прикусом ($11,21 \pm$

2,11%, $p < 0,05$). Загострення хронічного катарального гінгівіту виявлено у $5,38 \pm 1,51\%$ спостережень, переважно відзначалось у період змінного прикусу ($4,04 \pm 1,39\%$). Особливості клінічних проявів гінгівіту у дітей в період змінного і пос-

тійного прикусів представлені в таблиці 1. У процесі проведеного дослідження поряд з гінгівітом у дітей виявлялася супутня стоматологічна і соматична патологія, характер якої представлений в таблиці 2.

Таблиця 1

Особливість клінічних проявів гінгівіту у дітей в період змінного і постійного прикусу

Характер гінгівіту	Кількість дітей із захворюваннями пародонта				Всього	
	змінний прикус		постійний прикус			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гострий катаральний гінгівіт легкого ступеня генералізований	3	$1,33 \pm 0,73$			3	$1,33 \pm 0,73$
Хронічний катаральний гінгівіт легкого ступеня локалізований	69	$30,53 \pm 2,99$	38	$16,81 \pm 2,43$	107	$47,35 \pm 3,25$
Хронічний катаральний гінгівіт легкого ступеня генералізований	18	$7,96 \pm 1,76$	7	$3,10 \pm 1,13$	25	$11,21 \pm 2,05$
Хронічний катаральний гінгівіт середнього ступеня локалізований	37	$16,37 \pm 2,41$	17	$7,52 \pm 1,71$	54	$23,89 \pm 2,77$
Хронічний катаральний гінгівіт середнього ступеня генералізований	6	$2,65 \pm 1,07$	5	$2,21 \pm 0,95$	11	$4,66 \pm 1,37$
Хронічний гіпертрофічний гінгівіт легкого ступеня локалізований	6	$2,65 \pm 1,07$	7	$3,10 \pm 1,13$	13	$5,50 \pm 1,48$
Хронічний гіпертрофічний гінгівіт середнього ступеня генералізований			1	$0,44 \pm 0,44$	1	$0,44 \pm 0,44$
Загострення хронічного катарального гінгівіту середнього ступеня локалізованого	8	$3,54 \pm 1,23$	2	$0,88 \pm 0,62$	10	$4,42 \pm 1,37$
Загострення хронічного катарального гінгівіту середнього ступеня генералізованого	1	$0,44 \pm 0,44$	1	$0,44 \pm 0,44$	2	$0,88 \pm 0,62$
ВСЬОГО	148	$65,48 \pm 3,16$	78	$34,52 \pm 3,16$	226	

$P < 0,05$

У групі дітей зі змінним прикусом, у порівнянні з тими, що мають постійний прикус, вірогідність частіше визначалися руйнування зубів каріозним процесом і незадовільний гігієнічний стан ротової порожнини. Високий індекс гігієни ротової порожнини по Федорову-Володкіній ($3,08 \pm 0,29\%$) супроводжувався підвищеною швидкістю утворення м'якого зубного нальоту ($1,55 \pm 0,19\%$). У період постійного прикусу вірогідно частіше спостерігалася аномалія положення зубів і визначався більш високий показник розвитку супутніх соматичних захворювань. Відзначено участь супутніх стоматологічних і соматичних захворювань у

розвитку гінгівіту практично у всіх обстежених дітей. Розвиток гострого катарального генералізованого гінгівіту легкого ступеня у 3 дітей з множинними каріозними ураженнями молочних зубів відбувався при незадовільному гігієнічному стані порожнини рота на тлі супутнього гострого респіраторного вірусного захворювання. Хронічний локалізований катаральний і гіпертрофічний гінгівіти легкого і середнього ступенів у $76,11 \pm 2,84\%$ спостережень розвивався при незадовільному гігієнічному стані ротової порожнини, яке ускладнювалось руйнуванням коронки зуба каріозним процесом, нависаючим краєм пломби,

аномалією положення зубів, дистальною і глибокою різцевою оклюзією зубних рядів. Ознаки хронічного гінгівіту локалізувалися у фронтальній ділянці зубного ряду при укороченій вуздечці губи ($9,73 \pm 1,97\%$) і вродженому мілкому присінку рота ($2,65 \pm 1,07\%$). Формування хронічного

генералізованого катарального гінгівіту легкого і середнього ступенів у $15,49 \pm 2,41\%$ дітей відбувалося на тлі супутнього хронічного соматичного захворювання (цукровий діабет, вікова гормональна дисфункція, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки).

Таблиця 2

Характер супутньої патології у дітей із хронічним гінгівітом у різні періоди розвитку зубощелепної системи

Характер супутньої патології	Кількість дітей із захворюваннями пародонта				Всього	
	змінний прикус		постійний прикус		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Карієс і його ускладнення	96	$64,86 \pm 3,92$	38	$48,72 \pm 5,66$	134	$59,29 \pm 3,27$
Аномалія положення зубів	7	$4,73 \pm 1,74$	41	$52,56 \pm 5,65$	48	$21,24 \pm 2,72$
Аномалія оклюзії зубних рядів	47	$31,76 \pm 3,83$	31	$39,74 \pm 5,54$	78	$34,51 \pm 3,16$
Вкорочення вуздечки губи	16	$10,81 \pm 2,55$	6	$7,69 \pm 3,02$	22	$9,73 \pm 1,97$
Мілкий присінок рота	5	$3,38 \pm 1,49$	1	$1,28 \pm 1,27$	6	$2,65 \pm 1,07$
Незадовільна гігієна ротової порожнини (ГІ більше 2,5)	129	$87,16 \pm 2,75$	43	$55,13 \pm 5,63$	172	$76,11 \pm 2,84$
Захворювання внутрішніх органів	13	$8,78 \pm 2,33$	22	$28,20 \pm 5,09$	35	$15,49 \pm 2,41$
ВСЬОГО обстежених	148		78		226	

$P < 0,05$

Висновки. Поширеність запального процесу в тканинах пародонта у дітей 6–15 років досягла найбільшого показника в період змінного прикусу, істотно перевищуючи частоту захворювання при постійному прикусі. Запальний процес мав у переважній більшості спостережень клінічні прояви хронічного гінгівіту ($98,67 \pm 0,76\%$) і рідко ознаки гострого запалення ($1,33 \pm 0,76\%$). Хронічний гінгівіт найчастіше протікав з явищами катарального локалізованого запалення легкого та середнього ступенів тяжкості. Розвиток хронічного гіпертро-

фічного гінгівіту у дітей мав рідкісну форму запального процесу в пародонті. Факторами, що сприяють розвитку гінгівіту в дитячому віці, були незадовільний гігієнічний стан ротової порожнини, руйнування коронки зубів і дефекти пломбування каріозних порожнин, аномальне положення зубів, порушення співвідношення зубних рядів, укорочена вуздечка губи, вроджений мілкий присінок рота, супутні соматичні захворювання. Вплив одного або декількох з цих факторів на розвиток гінгівіту простежувався у всіх обстежених дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Виноградова Т.Ф. Болезни пародонта / Стоматология детского возраста (Рук-во для врачей) / Под ред. Т.Ф. Виноградовой. — М.: Медицина, 1987. — С.383—418.
2. Горзов І.П. Екологічні аспекти карієсу зубів та хвороб пародонту / І.П.Горзов, А.М. Потапчук. — Ужгород: Патент, 1998. — 225 с.
3. Грудянов А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Е.В. Фоменко. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010. — 96 с.
4. Казакова Р.В. Рівень стоматологічної захворюваності у підлітків м. Ужгорода [Електронний ресурс] / Р.В. Казакова, В.С. Мельник, Л.Ф. Булей // Вісник стоматології. — 2012. — № 4. — С. 103—105. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/VSL_2012_4_31.pdf
5. Клітинська О.В. Аналіз стану тканин пародонта у школярів міста Ужгорода / О.В. Клітинська, В.С. Мельник, О. М. Ступницька // Український медичний альманах. — 2012. — Т. 15, № 3. — С. 89—90. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Uma_2012_15_3_26.pdf
6. Куцевляк В.Ф. Индексная оценка пародонтального статуса: [навч.-метод. посіб.] / В.Ф. Куцевляк, Ю.В. Лахтін. — Суми: ВВП «Мрія-1» ЛТД, 2002. — 80 с.
7. Стоматологические обследования: основные методы: Пер. с. англ. / ВООЗ. — Женева, 1989. — 60 с.

8. Мельник В.С. Оцінка захворюваності тканин пародонта у дітей в Закарпатській області / В.С. Мельник, Л.Ф. Булей // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. — 2012. — № 2. — С. 90—92. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Zkem_2012_2_26.pdf.
9. Мельник В.С. Поширеність і види зубощелепних аномалій серед 12-15-річних дітей м. Ужгорода. / В.С. Мельник // Український стоматологічний альманах. — 2012. — Т.1, №2 — С. 118—119.
10. Смоляр Н.І. Стоматологічне здоров'я дітей. Проблеми і перспективи / Н.І. Смоляр, Е.В. Безвушко, Н.Л. Чухрай // Матер. 3-го Конгресу стоматологів Європи. — Київ, 2009. — С. 34—35.
11. Справочник по детской стоматологии / под ред. А. Камерона, Р. Уидмера. — М.: МЕДпресс-Информ, 2010. — 392 с.
12. Хоменко Л.О. Стоматологічне здоров'я дітей України, реальність, перспектива / Л.О. Хоменко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. — 2007. — №4. — С. 11—14.

V.S. MEL'NYK, L.F. HORZOV, A.V. SABOV

Uzhhorod National University, Dental Faculty, Children Dentistry Department, Uzhhorod

PATHOGENESIS AND CHARACTER OF DEVELOPMENT INFLAMMATORY PROCESS IN PERIODONTAL TISSUES IN CHILDREN

The article presents data of character of periodontal tissues inflammatory diseases and their causal factors in children and adolescents in Uzhgorod. Studied the prevalence of inflammatory diseases of periodontal tissue, clinical signs of gingivitis, the nature of comorbidity in children in different periods of dentition.

Key words: prevalence, parodont, children, hygiene

Стаття надійшла до редакції: 19.09.2015 р.