

УДК: 616.314.17 – 018.4 – 02: 616-056.52] – 053.2

О.І. Лебідь

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

### КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

В даній статті представлені результати досліджень впливу надмірної маси тіла на стан тканин пародонту та клінічну діагностику поєднаної патології.

**Ключові слова :** пародонт, надмірна маса тіла, стоматологічний статус.

*Робота є фрагментом НДР «Клініка, діагностика, лікування вроджених вад розвитку обличчя, захворювання зубів і пародонту» № держреєстрації 0109U002900.*

Захворювання тканин пародонта на сьогоднішній день характеризуються високою розповсюдженістю як серед дорослого, так і серед дитячого населення [1,2,5], що пов'язано з великою кількістю етіологічних факторів, які їх викликають, а також із проявами соматичних захворювань в порожнині рота. Результати численних клініко-епідеміологічних досліджень вказують на тенденцію до зростання поширеності надмірної маси тіла серед дітей та підлітків, обумовлену наявністю супутніх соматичних захворювань [5].

Важливе значення в розвитку запальних змін тканин пародонта при надмірній масі тіла у дітей відіграє посилення патогенного впливу мікрофлори ротової порожнини і зниження загальної реактивності організму [3,4]. Разом з тим, аналіз даних літератури показав неоднозначність проведених досліджень щодо конкретних механізмів пошкодження тканин пародонта при надмірній масі тіла у дітей та підлітків, особливо на ранніх етапах розвитку гінгівіту, що є важливим як для його профілактики, так і для лікування.

**Метою** роботи було діагностувати особливості перебігу ефективної профілактики та лікування хвороб пародонта у цього контингенту дітей стали підґрунтям для проведення нашого дослідження.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами було обстежено 98 осіб віком 15-18 років з надмірною масою тіла, які склали основну групу та 16 осіб такого ж віку з нормальною масою тіла (група порівняння).

Клінічне стоматологічне обстеження включало збір анамнестичних даних, анкетування щодо якості, режиму, структури харчування, режиму рухової активності, можливих факторів ризику у виникненні та розвитку симптомів захворювання тканин пародонта. З'ясували якість індивідуальної гігієни ротової порожнини (регулярність та кратність чищення зубів, використання допоміжних засобів індивідуальної гігієни).

Антропометричне дослідження даного контингенту дітей проводили шляхом визначення росту, ваги, окружності грудної клітки на вдиху та видиху. За розробленою нами картою було проведено комплекс досліджень, які включали визначення варіантів пропорцій тіла за відношенням довжини тулуба і ширини плечей до довжини тіла (індекси відносної довжини тулуба і відносної ширини плечей); рубрикацію індексів створювали за правилом сигмальних відхилень. Пропорції між компонентами маси тіла та їх складові оцінювали по антропометричних даних за допомогою формул (І.Матейки, Я.Брожека та ін.).

Вивчення стоматологічного статусу включало індексну оцінку стану гігієни порожнини рота та тканин пародонту, а також стан твердих тканин зубів та оцінку стану зубо-щелепної системи. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою спрощеного гігієнічного індексу Green-Vermillion [6]. При дослідженні стану ясен звертали увагу на колір, форму та консистенцію міжзубних ясенних сосочків та маргінального краю ясен. Відомо, що гіперемія та набряк є основними клінічними ознаками гінгівіту, тому кровоточивість ясен, особливо при їх зондуванні, у молодому віці є важливим діагностичним критерієм [6]. Для визначення інтенсивності кровоточивості ясен використовували папілярний індекс кровоточивості по Saxer і Muhlemann (1975) шляхом зондування ясен за допомогою пародонтального зонда з щічної сторони в першому та третьому квадрантах, та язикової (піднебінної сторони) – в другому та четвертому квадрантах. Оцінку індексу проводили через 30с після зондування. Критеріями оцінки були - 0 ступінь - кровоточивість відсутня, I ступінь – поява окремих точкових кровотеч, II ступінь – наявність багаточисленних точкових кровотеч або лінійної кровотечі, III ступінь – заповнення кров'ю міжзубного ясенного трикутника, IV ступінь – інтенсивна кровоточивість, коли кров текла по зубу або яснах. Для реєстрації ступеню запалення в тканинах пародонта використовували папілярно-маргінально-пародонтальний індекс – РМА та індекс СРІ [6]. При встановленні діагнозу керувались класифікацією хвороб пародонта М.Ф. Данилевського (1994).

**Результати досліджень та їх обговорення.** За даними проведеного нами антропометричного дослідження встановлено, що значна частина обстежених дітей (47,1 %) мали надмірну масу тіла, яка визначалась на основі антропометричних показників. Росто-ваговий індекс у цієї категорії обстежених коливався в межах 25,0-29,9 кг/м<sup>2</sup>, (в контрольній групі – 19,4 кг/м<sup>2</sup>). Отримані дані підтверджувались аналізом анкетування щодо нераціонального та незбалансованого харчування обстежених основної групи. Так, 51,2 % респондентів харчуються в закладах швидкого харчування, систематично вживають солодкі газовані та енергетичні напої, ведуть малорухливий спосіб життя. Анкетування показало, що 17,3 % із числа опитаних дівчат та 22,4 % хлопців періодично вживають слабоалкогольні напої. Результати проведеного стоматологічного обстеження показали, що розповсюдженість

захворювань тканин пародонта у дітей з основної групи є високою і становить 73,1 %, і лише 23,7 % із числа обстежених дітей з надмірною масою мали клінічно інтактний пародонт. В контрольній групі ці показники були значно нижчі - у 86,3 % визначали інтактний пародонт. Аналіз структури захворювань пародонту у дітей основної групи показав наступне. У 64,8 % із числа обстежених основної групи діагностовано хронічний катаральний гінгівіт, у 4,0 % випадків мало місце загострення хронічного катарального гінгівіту, в 3,2 % – хронічний гіпертрофічний гінгівіт. Слід зазначити, що у 4,0 % випадків діагностовано хронічний генералізований пародонтит легкого ступеня, який підтверджувався рентгенологічно. Індекс РМА засвідчив, що ступінь тяжкості гінгівіту збільшується у дітей з надмірною масою тіла від легкого – 23,5 % випадків до середнього – 31,6 %, (15,5 % в контрольній групі). Розповсюдженість кровоточивості ясен та наявності зубних відкладень у дітей з надмірною масою визначена за індексом кровоточивості становила 94,7 % та 68,4 % відповідно.

Вивчення статусу твердих тканин зуба засвідчило, що в обстежених основної групи поширеність карієсу зубів становить 93,69 %, та лише 6,31% із числа обстежених мають інтактні зубні ряди. Вивчення інтенсивності карієсу зубів показало, в середньому по групі КПВ складає  $8,4 \pm 0,1$  причому в його структурі переважають пломбовані з приводу ускладненого карієсу  $3,9 \pm 0,2$  та видалені зуби  $1,3 \pm 0,1$ . У 39,15 % випадків із числа обстежених був виявлений гострий початковий карієс, переважно у ділянці різців, ікол та премолярів верхньої щелепи, що, очевидно, свідчить про порушення метаболічних процесів, зокрема мінерального обміну в організмі дітей.

### Висновки

1. Збільшення маси тіла, як наслідок загально соматичних порушень в організмі, очевидно, приводить до метаболічних порушень, які в свою чергу, викликають зміни тканин пародонту, приводячи до запальних та запально-дистрофічних процесів різного ступеня важкості.
2. Метаболічні порушення, які супроводжуються збільшенням маси тіла завдають вплив на стоматологічний статус пацієнта та диктують необхідність коректного вибору лікування запальних захворювань тканин пародонту у даного контингенту пацієнтів.

*Перспективи подальших розробок у даному напрямку. Подальші дослідження будуть направлені на визначення метаболічних порушень в тканинах пародонта з метою вибору методу корекції запальних захворювань тканин пародонту у дітей із надмірною масою тіла.*

### Література

1. Белоусов Н.Н. Проблемы обследования и диагностики при заболеваниях пародонта / Н.Н.Белоусов, В.И.Буланов // Стоматология, 2004.Т.83.- №2.-С.19-20.
2. Вишняк Г.Н. Пародонтоз у детей и подростков, отягощенный общей патологией / Г.Н. Вишняк // Мат научно-практ. конференции по вопросам стоматологии детского возраста. - Москва, 1969. - С. 132-135.
3. Загайнова Н.Н. Корреляционная связь между показателями интенсивности кариеса зубов, состоянием тканей пародонта и гигиены полости рта у детей / Н.Н. Загайнова // Вісник стоматології, 2007.-№2.-С.51-52.
4. Кухарская О.Г. Микробиологический баланс полости рта у больных пародонтитом / О.Г. Кухарская, М.Д. Король // Укр. стоматологический альманах, 2007.-№1.- С.58-60.
5. Пожарицкая М.М. Воспалительные заболевания пародонта у больных с метаболическим синдромом / М.М.Пожарицкая, Т.Г.Симакова, Л.К.Старосилцева [и др.] //Стоматология, - 2004.-Т.83.- №6.- С. 13-16.
6. Хоменко Л.А. Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблема риска и диагностики /Л.А.Хоменко, Н.В. Биденко, Е.И.Остапко // Стоматолог, 2006.-№1-2.- С.54-58.

### Реферати

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Лебидь О.И.

В статье представлены результаты исследований влияния избыточной массы тела на состояние тканей пародонта и клиническую диагностику комбинированной патологии.

**Ключевые слова:** пародонт, избыточная масса тела, стоматологический статус.

Стаття надійшла 6.02.2013 р.

#### CLINICAL FEATURES PERIODONTAL LESIONS IN CHILDREN WITH OVERWEIGHT

Lebid O.I.

In this article the impact study of overweight on periodontal status tissue and clinical diagnosis of combined pathology.

**Key words:** periodontal, overweight, dental status.

УДК 616-006.04+576.353

Н.В. Ройко, Б.М. Филенко, Д.Є. Ніколенко, І.О. Мамай  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

### ПАТОЛОГІЯ МІТОЗІВ ПРИ ПУХЛИНАХ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Патологічні мітози характерні для пухлин різної локалізації. Нерівномірний розподіл спадкового матеріалу між дочірніми клітинами під час патологічних мітозів призводить до анеуплоїдії та поліплоїдії, що є причиною клітинного та ядерного атипізму інтерфазних клітин.

**Ключові слова:** патологічний мітоз, анеуплоїдія, поліплоїдія.

*Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Підвищення ефективності ранньої діагностики та лікування передракових станів слизової оболонки порожнини рота та бронхів», номер держреєстрації 0110U006864.*

За останні п'ять років в Україні рівень захворюваності на рак збільшився на 2,4%, щорічний приріст рівня захворюваності становив 0,6%. Про це свідчить аналіз динаміки ураження населення України злоякісними новоутвореннями на основі персоналізованої бази даних Національного канцер-реєстру [5]. У зв'язку з цим проблема діагностики та лікування пухлин постає все гостріше.