

©М. А. Лучинський, Ю. І. Лучинська, В. М. Лучинський

ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ З ДИЗМЕТАБОЛІЧНИМИ НЕФРОПАТІЯМИ*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ З ДИЗМЕТАБОЛІЧНИМИ НЕФРОПАТІЯМИ. У статті наведена характеристика стоматологічного стану порожнини рота у дітей хворих на дизметаболічну нефропатію. Показано, що у дітей, які проживають в екологічно забруднених регіонах та хворіють на дизметаболічну нефропатію поширеність та інтенсивність карієсу зубів, а також частота ускладнених форм карієсу значно вищі, ніж дані показники у дитячого населення з умовно чистого регіону та від соматично здорових дітей.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ. В статье представлена характеристика стоматологического состояния полости рта у детей больных дизметаболической нефропатией. Показано, что у детей, проживающих в экологически загрязненных регионах и страдающих дизметаболической нефропатией распространенность и интенсивность кариеса зубов, а также частота осложненных форм кариеса значительно выше, чем данные показатели у детского населения с условно чистого региона и от соматически здоровых детей.

FEATURES OF DENTAL STATUS OF CHILDREN WITH DISMETABOLIC NEPHROPATHY. The article presents a characterization of dental oral health in children with dysmetabolic nephropathy. It has been shown that children living in polluted areas and suffer dysmetabolic nephropathy prevalence and intensity of dental caries, and the frequency of complicated forms of caries significantly higher than these figures in the child population of the region and relatively clean of somatically healthy children.

Ключові слова: діти, дизметаболічна нефропатія, карієс.

Ключевые слова: дети, дизметаболическая нефропатия, кариес.

Key words: children, dysmetabolic nephropathy, caries.

ВСТУП. Історія розвитку наукового пізнання свідомості людини від часу, коли людство навчилося фіксувати свою поведінку, вчинки, результати діяльності, і до наших днів, свідчить, що процес проходить циклічно і кожен виток проявляється в першу чергу науково-технічним прогресом. На сучасному етапі, вступаючи в нову епоху розвитку, ми зустрічаємося з глобальними екологічними проблемами, і їх подолання має обов'язково проходити через розвиток свідомості і духовності людини [1, 2, 3, 4, 5].

Особливу турботу в державі має викликати сьогоднішній стан здоров'я дітей – в Україні дуже малий відсоток здорових дітей. Погіршення здоров'я дітей відбувається за всіма основними класами хвороб, зокрема: інфекційними, нервової системи та психічних розладів, ендокринної і сечостатевої системи, органів травлення, травм та отруєнь [6, 7, 8, 9].

Основною умовою безпеки здоров'я дитини в реальних екологічних умовах довкілля стає максимально можливий захист організму саме від негативних впливів довкілля.

Для реального запобігання шкідливому впливу довкілля на здоров'я дитини необхідно проводити заходи з профілактики та контролю рівня екологічного забруднення. При цьому дуже важливо виходити із засад педології, яка найповніше враховує вплив середовища на розвиток дитини, мати відповідні методики обстеження стану здоров'я дитини, які б надавали змогу якомога раніше виявляти всі шкідливі наслідки [10, 11].

Будь-яка програма екологічної профілактики чи оздоровлення буде лише тоді корисною і ефективною, коли вона проводитиметься щоденно. Якщо немає постійної ендекопрофілактики організму, це призводить до виникнення екопатології, а зрештою, і до сер-

йозних незворотних захворювань дитини, одним з яких є дизметаболічні нефропатії [12, 13].

Мета. Вивчити особливості перебігу карієсу зубів у дітей з дизметаболічними порушеннями функції нирок, що зумовлені несприятливим впливом чинників довкілля.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ. Для вирішення поставленої мети та завдань впродовж 2010–2013 років проведено обстеження 166 дітей віком 6–15 років з дизметаболічними нефропатіями, які проживають в екологічно несприятливих регіонах і становили основну групу. Групу порівняння склали 65 їх однолітків з аналогічною соматичною патологією, що мешкали в умовно «чистому» районі Івано-Франківської області. Контрольну групу становили 125 дітей відповідного віку, без соматичних захворювань. Обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statsoft STATISTIKA.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Дані епідеміологічних досліджень дозволили порівняти стоматологічний статус дітей з дизметаболічними нефропатіями залежно від екологічної ситуаціями у регіонах їх проживання.

Так, поширеність карієсу (рис. 1) у дітей з дизметаболічними нефропатіями екологічно несприятливого району становила (91,56±2,15) %, що згідно з критеріями ВООЗ, вважається масовою. У дітей, хворих на дизметаболічну нефропатію з умовно «чистого» району, поширеність карієсу зі значенням (81,48±3,34) % оцінювалась як висока. У дітей контрольної групи без соматичних захворювань поширеність карієсу становило (74,00±2,77) %, що трактувалося, як середня.

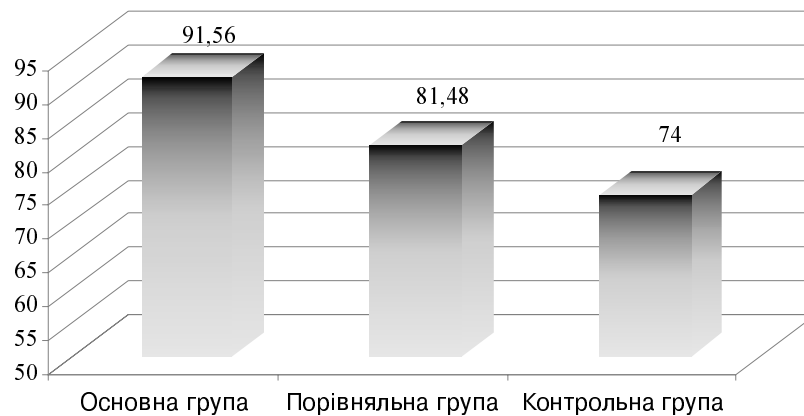


Рис. 1. Поширеність карієсу зубів у дітей з дизметаболічними нефропатіями, які проживають у різних екологічних умовах.

Аналіз поширеності карієсу у дітей груп дослідження, залежно від віку, дозволив виявити наступні особливості:

– у дітей основної групи у віці 6–9 років поширеність карієсу зубів перевищувала аналогічну у порівняльній групі на 9,96 %, однак отримані показники ($85,42 \pm 5,09$) % та ($76,92 \pm 6,74$) % не відзначались статистичною достовірністю ($p > 0,05$). Статистично висока достовірність ($p_1 < 0,05$) досліджувалась у дітей основної групи стосовно показника контрольної групи ($75,00 \pm 4,48$) %. У 6–9-річних дітей порівняльної та контрольних груп показники поширеності карієсу були однаковими ($p_2 > 0,05$);

– у дітей основної групи з дизметаболічними нефропатіями у віковому інтервалі 10–12 років поширеність карієсу ($92,86 \pm 3,44$) % була 1,2 рази вище стосовно показника дітей порівняльної групи з дизметаболічними нефропатіями ($77,78 \pm 6,19$) %, $p < 0,05$, та у 1,2 рази перевищувала дані дітей контрольної групи ($66,67 \pm 5,44$) %, $p_1 < 0,01$. У дітей порівняльної групи з дизметаболічними нефропатіями показник поширеності карієсу не виявився достовірним стосовно даних соматично здорових дітей контрольної групи ($p_2 > 0,05$);

– у віковому інтервалі 13–15 років, у дітей основної групи поширеність карієсу ($95,16 \pm 2,72$) % у цифровому еквіваленті була вищою стосовно даних групи порівняння ($88,24 \pm 4,51$) %, однак не відрізнялась статистичною достовірністю ($p > 0,05$), у той самий час, у контрольної групи показник карієсу ($76,0 \pm 4,93$) % був у 1,3 рази нижче даних осіб основної групи та статично не відрізнявся від показника дітей групи порівняння ($p_1 < 0,01$; $p_2 > 0,05$).

Оцінка інтенсивності карієсу зубів у дітей з дизметаболічними нефропатіями, що проживають у екологічно чистому районі, виявила високий рівень інтенсивності карієзного процесу у всіх вікових групах: від ($7,12 \pm 0,69$) у віці 6–9 років до ($7,60 \pm 0,54$) карієзного зуба у 13–15-річних дітей.

У дітей, хворих на дизметаболічну нефропатію, що проживають у екологічно чистому районі, у 6–9-річних дітей кп+КВП, зі значенням ($5,85 \pm 0,72$), трактувався, як середній, а у решти вікових груп (10–12 та 13–

15 років), з показниками ($6,44 \pm 0,72$) та ($6,84 \pm 0,75$) карієзного зуба відповідно, трактувався, як високий.

У той самий час, у соматично здорових дітей контрольної групи інтенсивність карієсу у віці 6–9 років ($4,21 \pm 0,58$) карієзного зуба; у 10–12-річних осіб – ($4,99 \pm 0,53$) та у 13–15-річних дітей – ($5,40 \pm 0,62$) карієзного зуба, оцінювався, як середній.

Отримані дані переконливо засвідчують, що у дітей з дизметаболічною нефропатією основної та порівняльних груп інтенсивність карієзного процесу значно перевищує аналогічний показник соматично здорових дітей.

Звертає на себе увагу той факт, що у дітей груп дослідження у всіх вікових інтервалах виявлялася досить висока ефективність санації по константі «П», що є оптимістичною ознакою не тільки для здорових дітей, а особливо для соматично хворого контингенту.

Отже, детальний аналіз інтенсивності карієзної хвороби у дітей з дизметаболічними нефропатіями, виявив високу інтенсивність карієсу зубів у осіб з патологією нирок, незалежно від ксенобіотичного навантаження довкілля стосовно показників соматично здорових дітей.

Аналіз частоти ускладнених форм карієсу довів, що, у середньому, у дітей з дизметаболічними нефропатіями, незалежно від екологічних умов проживання, показники статистично не відрізняються ($p > 0,05$), однак достовірно перевищують ($p_1 < 0,05$; $p_2 < 0,05$) дані дітей контрольної групи (рис. 2).

Якщо у віковому інтервалі 6–12 років у дітей основної групи частота ускладнених форма карієсу була однаковою стосовно даних груп порівняння, то у віковому інтервалі 13–15 років згаданий показник у осіб основної групи ($21,54 \pm 1,23$) % був у 1,2 рази вищим стосовно даних порівняльної групи ($18,00 \pm 1,21$) %.

ВИСНОВКИ. Таким чином, у результаті проведених досліджень, можливо констатувати наступне:

- у дітей з дизметаболічними нефропатіями, які проживають у екологічно забрудненому регіоні, поширеність, інтенсивність, частота ускладнених форм карієсу вище як стосовно даних дітей з дизметаболічними нефропатіями, що мешкають у екологічно чи-

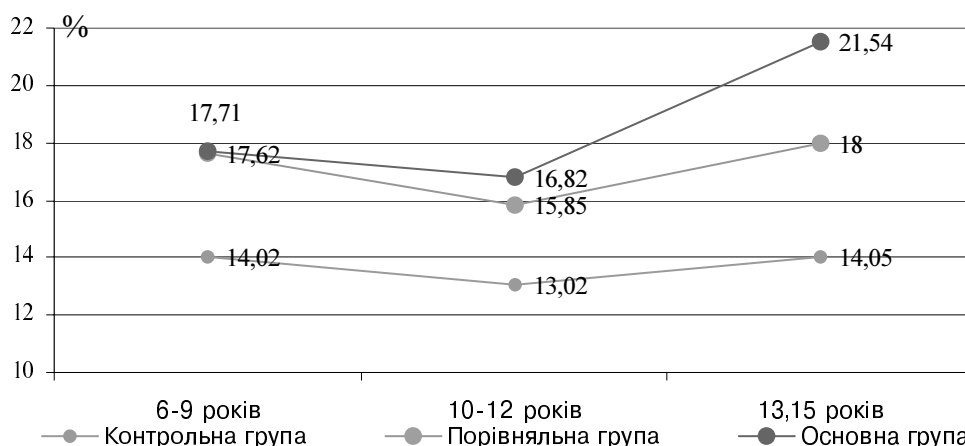


Рис. 2. Частота ускладнених форм карієсу у дітей груп дослідження залежно від віку.

стому регіоні, так і відносно показників соматично здорових дітей;

- у дітей з дизметаболічними нефропатіями, які проживають у екологічно чистому регіоні, поширеність карієсу не відрізняється від такої у групі соматично здорових дітей, однак, інтенсивність та частота ускладнених форм карієсу перевищувала показники групи контролю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Національна екологічна політика України: оцінка і стратегія розвитку. – К.: Тов. Компанія "ВАІТЕ", 2007. – 184 с.
2. Сердюк А. М. Медична екологія і проблеми здоров'я дітей / А. М. Сердюк // Журнал АМН України. – 2001. – № 3. – С. 437–449.
3. Алексеев С. В. Экология человека. / С. В. Алексеев, Ю. П. Пивоваров, О. И. Янушанец. – М.: Издательство «ИКАР», 2002. – 770 с.
4. Гнатейко О. З. Екогенетичні аспекти патології людини, спричиненої впливом шкідливих факторів зовнішнього середовища / О. З. Гнатейко, Н. С. Лук'яненко // Здоров'я ребенка. – 2007. – № 6(9). – С. 82–87.
5. Гончаренко М. С. Екологія людини / М. С. Гончаренко, Ю. Д. Бойчук. – Суми: ВТД "Університетська книга", 2005. – 394 с.
6. Антипкін Ю. Г. Стан здоров'я дітей в умовах дії різних екологічних чинників / Ю. Г. Антипкін // Мистецтво лікування. – 2005. – № 2. – С. 16–23.
7. Грузева О. В. Європейська стратегія з охорони довкілля і здоров'я дітей / О. В. Грузева // Науковий вісник НМУ імені О. О. Богомольця. – 2006. – № 4. – С. 95–100.
8. Даниленко Г. М. Здоров'я дітей шкільного віку: проб-

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ полягають в подальшому вивченні чинників ризику розвитку карієсу зубів у дітей з дизметаболічними нефропатіями, для проведення ефективних лікувально-профілактичних заходів, з метою зменшення показників карієсу зубів та підвищення реактивності організму обстежених дітей.

9. Доскин В. А. Многофакторная оценка состояния здоровья детей раннего возраста / Доскин В. А., Макарова З. С. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 6. – С. 30–37.
10. Ильченко И. Н. Стратегия построения программ по укреплению здоровья и профилактике эколого-зависимых состояний для жителей промышленных городов России (на примере г. Подольска) / И. Н. Ильченко, П. Ю. Горобец, М. А. Шпак [и др.]. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. – № 1. – С. 7–11.
11. Лук'янова О. М. Проблеми здоров'я здорової дитини та наукові аспекти профілактики його порушень / О. М. Лук'янова // Мистецтво лікування. – 2005. – № 2. – С. 6–15.
12. Сердюк А. М. Методологічні засади поліпшення медико-екологічної ситуації в Україні / А. М. Сердюк, О. І. Тимченко // Екологія довкілля та безпека життєдіяльності. – 2002. – № 1. – С. 3–9.
13. Хунов Ю. А. Здоров'я і навколишнє середовище: оцінка впливу і обґрунтування управлінських рішень / Ю. А. Хунов // Український медичний альманах. – 2003. – Том 6. – № 4. – С. 167–170.

Отримано 24.01.14