

УДК 616.311.1 – 002 – 07 – 053.2:618.2:613.65

©Ю. О. Слинко, Н. В. Волченко, І. І. Соколова

Харківський національний медичний університет

Показники індексу РМА в дітей, народжених від матерів із різним режимом рухової активності під час вагітності

Сучасний спосіб життя людини пов'язаний із багатьма негативними чинниками, серед яких й малорухомий спосіб життя або гіпокінезія, наслідки якої чинять негативний вплив майже на всі органи та системи людини (Т. С. Грузева, 2003; Р. В. Алексеєнко, 2011; З. І. Коритко, 2013). Особливого акценту ця проблема набуває у вагітних жінок через можливість впливу на частоту акушерської та перинатальної патології, розвиток плода, адаптацію новонародженого до позаутробного існування. Тому вивчення взаємозв'язку гіпокінезії майбутньої матері та стану зубощелепної системи можна вважати актуальним.

Метою роботи є вивчення розповсюдження запального процесу в яснах школярів різних вікових груп залежно від активності рухового режиму їх матерів під час вагітності.

У 206 дітей, мешканців Харківського регіону, вивчали стан тканин пародонта з проведенням пародонтальних проб та індексів, зокрема індексу РМА. Групи дітей були сформовані залежно від віку (6–7, 11–12, 15–16 років) і характеру рухової активності їхніх матерів під час вагітності: основна – з низьким рівнем (до 2 год на день), група порівняння – із середнім (не менше 4 год на день).

Результати дослідження виявили різноспрямовані тенденції в показниках індексу РМА. Так, питома вага осіб зі здоровим пародонтом (РМА = 0 %) в обох групах знижувалася з дорослішання дитини. У 6–7-річних школярів основної групи відсутність змін тканин пародонта зустрічалася в (42,9±6,1) % випадків, у 11–12-річних – у (22,2 ± 4,9) % і у 15–16-річних – у (8,6 ± 2,1) % ($p < 0,05 - 0,001$ між усіма віковими групами). В групі порівняння аналогічний стан пародонта мали (54,8±6,1) % 6–7-річних дітей, (41,2±5,9) % – 11–12-річних і (28,6±5,4) % – 15–16-річних (з достовірною відмінністю лише між групами 6–7 та 15–16-річних дітей, $p < 0,01$). Узагальнені дані

демонструють 1,5-разове перевищення зустрічальності здорового пародонта у дітей, матері яких зберігали середній рівень рухової активності під час вагітності ($p < 0,01$).

Кількість дітей з показниками індексу РМА ≤ 25 %, що відповідає гінгівіту легкого ступеня тяжкості, з дорослішанням збільшується в обох групах, але тільки у потомства гіпокінетичних матерів різниця в показниках була статистично значущою ($p < 0,01$).

Аналіз показників індексу РМА в межах від 25 до 50 %, які відповідають середньому ступеню тяжкості гінгівіту, показав його відсутність у віці 6–7 років у дітей обох груп. Але також дозволив встановити і протилежні тенденції залежно від характеру рухової активності їх матерів під час вагітності. Так, якщо в основній групі питома вага 15–16-річних дітей, порівняно з 11–12-річними із середньотяжким гінгівітом, зросла в 1,6 раза, то у дітей групи порівняння, навпаки, – знизилася в 2,1 раза ($p < 0,01$). Узагальнені дані також відрізняються в 2,1 раза ($p < 0,01$).

Також при обстеженні дітей обох груп показників індексу РМА, що перебільшують 51% і відповідають тяжкому ступеню гінгівіту, виявлено не було.

Звертає на себе увагу і те, що у більшості дітей основної групи визначався хронічний катаральний гінгівіт з високим ступенем розповсюдження запального процесу. Вікова динаміка демонструє наростання генералізації запального процесу відповідно в 1,3 та 1,2 раза, а в цілому з 6–7-річного віку до 15–16-річного даний показник зростає у 1,5 раза ($p < 0,01$). При цьому в дітей групи порівняння розповсюдження гінгівіту в цілому не перевищувало 50 % протяжності ясен. І не дивлячись на те, що вікова динаміка і в групі порівняння все ж таки мала місце та від молодших дітей до старших становила 1,3 раза, вона не була достовірною ($p > 0,01$).

Таким чином, розповсюдження та інтенсивність запального процесу за показниками індексу РМА в пародонті дітей, які народилися від матерів з малорухомим способом жит-

тя під час вагітності, були більш виражені, ніж у школярів групи порівняння, що й потрібно враховувати при плануванні лікувально-профілактичних заходів.

УДК 616.314.17-053.3/.4

©В. А. Сірик, Т. О. Чикор

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Стан тканин пародонта у дітей із зубощелепними деформаціями

Розвиток сучасної медицини йде шляхом комплексного рішення проблем пацієнта, а не симптоматичного лікування. За даними ВООЗ, 80 % дітей мають захворювання пародонта. Враховуючи той факт, що поширення зубощелепних аномалій та деформацій, за різними авторами, сягає 72–84 %, ортодонтичні пацієнти мають ті або інші ознаки захворювань пародонта.

Метою дослідження стало вивчення стану тканин пародонта у дітей із зубощелепними деформаціями до та в процесі ортодонтичного лікування.

Проведено аналіз стану тканин пародонта 70 дітей із різними зубощелепними деформаціями віком від 7 до 14 років.

У 80 % дітей діагностовано катаральний гінгівіт, у 20 % обстежених визначено реце-

сію ясен різного ступеня в ділянці нижніх фронтальних зубів. Встановлено, що найбільшу частоту захворювань тканин пародонта виявлено у дітей із скупченим положенням фронтальних зубів і складає 30 % серед дітей із зубощелепними деформаціями, із глибоким прикусом – у 20 % дітей, із прогнатичним глибоким – у 14,2 %, із піднебінним положенням зубів – в 10 %, із прогенічним прикусом – у 15,6 %, із звуженням зубних дуг – в 10 %. У процесі ортодонтичного лікування стан тканин пародонта значно покращувався, а у дітей, які закінчили лікування, нормалізувався. Таким чином, своєчасне ортодонтичне лікування зубощелепних деформацій призводить до нормалізації тканин пародонта або запобігає появі патологічних процесів у них.