

А. М. Москаленко

Клініко-рентгенологічна характеристика факторів ризику виникнення захворювань тканин пародонту в підлітків

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: виявити найбільш поширені місцеві фактори ризику та їх взаємозв'язок з показниками пародонтологічного статусу в підлітковому віці.

Пацієнти та методи. Для виконання поставлених завдань було проведено стоматологічне обстеження 323-х підлітків у віці від 15 до 18-ти років. Визначали комунальний пародонтальний індекс CPI. Оцінку гігієнічного стану порожнини рота проводили за допомогою індексу Гріна-Вермільйона. Стан кісткової тканини альвеолярного відростка вивчали на підставі даних внутрішньоротової прицільної рентгенографії, ортопантомографії та комп'ютерної томографії.

Результати. Виявлено три провідних фактора ризику в розвитку захворювань тканин пародонту в підлітковому віці: незадовільний рівень гігієни порожнини рота, наявність каріозних порожнин на апроксимальних поверхнях молярів, скупченість зубів у фронтальній і бічних ділянках щелеп.

Висновки. Встановлена висока поширеність гінгівіту і пародонтиту в даному віці і наявність місцевих факторів ризику, необхідною є рання діагностика захворювань пародонту. Своєчасне виявлення та усунення факторів ризику дозволить запобігти розвитку запально-деструктивного процесу і втрату альвеолярної кістки.

Ключові слова: захворювання тканин пародонту, фактори ризику, підлітки.

Сучасні літературні дані свідчать про високий рівень розповсюдженості захворювань тканин пародонту в підлітків та осіб молодого віку – 80,0–100,0 % [1, 4–7, 9–10]. Відомо, що хвороби пародонту в молодому віці призводять до прогресуючої деструкції альвеолярної кістки, втрати зубів і, як наслідок, справляють негативний вплив на загальний стан.

Важлива роль у розвитку захворювань тканин пародонту в осіб молодого віку належить місцевим чинникам, зокрема зубощелепним аномаліям, каріозним дефектам твердих тканин зубів [2, 8]. Під впливом цих чинників може порушуватися фізіологічна рівновага в альвеолярній кістці, що супроводжується розбалансуванням процесів остеосинтезу та остеорезорбції й поступово призводить до її резорбції [3]. Саме тому визначення факторів ризику є важливим для прогнозування вірогідності розвитку запальних і запально-деструктивних процесів у тканинах пародонту.

Метою дослідження було виявлення найбільш поширених місцевих чинників ризику та їх взаємозв'язку з показниками пародонтального статусу в підлітковому віці.

Матеріали та методи дослідження

Для виконання поставлених завдань провели стоматологічне обстеження 323-х підлітків віком від 15 до 18-ти років. Обстеження проводилось у стоматологічному медичному центрі Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

З метою вивчення пародонтального статусу визначали комунальний пародонтальний індекс CPI. Оцінку гігієнічного стану порожнини рота проводили за допомогою індексу Гріна-Вермільйона.

Стан кісткової тканини альвеолярного відростка вивчали на підставі даних внутрішньоротової прицільної рентгенографії, ортопантомографії та комп'ютерної томографії. При аналізі рентгенограм звертали увагу на такі ознаки: ширину пародонтальної щілини у пришийковій ділянці, деструкцію кортикальної пластинки та остеопороз губчастої речовини міжальвеолярної перетинки.

Отримані результати оброблені статистично з визначенням t-критерію Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати наших досліджень свідчать про те, що в переважній більшості підлітків був діагностований хронічний катаральний гінгівіт – 76,78 % (n = 248). Розповсюдженість хронічного пародонтиту в даного контингенту обстежених становила 11,15 % (n = 36). Слід відзначити, що у 6,50 % осіб (n = 21) запально-деструктивний процес у тканинах пародонту розвинувся за наявності каріозних уражень зубів на контактних поверхнях молярів. У 4,65 % обстежених (n = 15) було виявлено інші місцеві чинники ризику, зокрема скупченість зубів у фронтальній ділянці щелеп. Питома вага підлітків з інтактними тканинами пародонту в даній віковій категорії склала всього 12,07 % (n = 39).

Серед пацієнтів із хронічним катаральним гінгівітом генералізована форма запального процесу в яснах була зареєстрована у 58,47 % обстежених (n = 145) на тлі незадовільної гігієни порожнини рота. Локалізований хронічний катаральний гінгівіт спостерігався в 41,53 % осіб (n = 103) за наявності таких місцевих чинників ризику, як скупченість зубів і каріозні дефекти II класу за Блеком.

При локалізованому хронічному катаральному гінгівіті поширеність кровоточивості ясен згідно з даними індексу CPI в підлітків 15–18-річного віку становила 41,53 %. Середня інтенсивність кровоточивості ясен у даного контингенту обстежених відповідала помірному рівню – $1,41 \pm 0,001$. Розповсюдженість зубного каменю дорівнювала 71,84 %. Кількість уражених сегментів, що припадає на одного обстеженого, не перевищувала $0,56 \pm 0,002$. Слід відзначити, що середня кількість інтактних секстантів пародонту виявилась достатньо високою й дорівнювала $4,03 \pm 0,003$.

При генералізованому характері запального процесу в яснах розповсюдженість кровоточивості відповідала



Рис. 1. Мінералізовані зубні нашарування на оральній поверхні різців нижньої щелепи.

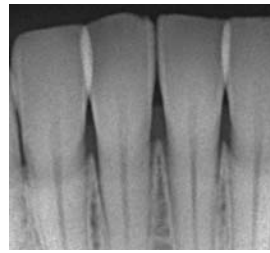


Рис. 2. Остеопороз міжальвеолярних перетинок у фронтальній ділянці нижньої щелепи.

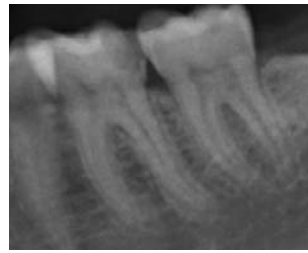


Рис. 3. Каріозна порожнина на дистальній контактній поверхні зуба 36. Нечіткість контурів кортикальної пластинки міжзубної перетинки.



Рис. 4. Резорбція 1/3 висоти міжальвеолярної перетинки в ділянці зубів 36, 37, 1/2 висоти міжальвеолярної перетинки біля зубів 46 і 47.



Рис. 5. Скупченість зубів у фронтальній ділянці щелеп.

високому рівню – 58,47 %. Її інтенсивність була високою і становила $3,07 \pm 0,03$. Звертає на себе увагу висока поширеність зубного каменю в даного контингенту обстежених – 87,38 % при інтенсивності $1,65 \pm 0,01$ сегмента на одного обстеженого. Середня кількість здорових секстантів пародонту складала $1,28 \pm 0,01$.

У 6,50 % підлітків із хронічним локалізованим пародонтитом згідно з даними індексу СРІ були виявлені пародонтальні кишені глибиною до 4 мм. Кількість сегментів із втратою зубоясенного прикріплення дорівнювала $1,14 \pm 0,01$ на одного обстеженого. Розповсюдженість зубного каменю на тлі розвитку запально-деструктивного процесу у тканинах пародонту була високою і складала 80,95 %. Поширеність зубного каменю становила $0,29 \pm 0,03$ сегмента на одного обстеженого. Середня інтенсивність кровоточивості ясен у хворих на хронічний локалізований пародонтит дорівнювала $0,62 \pm 0,02$. Середня кількість інтактних сегментів не перевищувала $3,95 \pm 0,02$.

Хронічний генералізований пародонтит був діагностований у 4,65 % підлітків. Кількість сегментів з пародонтальними кишнями, що припадає на одного обстеженого, становила $2,27 \pm 0,05$. Поширеність зубного каменю відповідала високому рівню – 86,67 % при середній інтенсивності уражених сегментів $1,20 \pm 0,02$. Середня кількість сегментів із кровоточивістю дорівнювала $1,53 \pm 0,04$. Водночас кількість інтактних секстантів пародонту, що припадає на одного обстеженого, виявилася значно нижчою – $1,0 \pm 0,02$.

Провідним чинником ризику запальних і запально-деструктивних захворювань тканин пародонту в підлітковому віці є незадовільна гігієна ротової порожнини. Згідно з даними індексу Гріна-Вермільйона, у 67,34 % (n = 167) підлітків із хронічним катаральним гінгівітом було зареєстровано незадовільний рівень індивідуального гігієнічного догляду за ротовою порожниною – $1,84 \pm 0,06$. За умови розвитку запально-деструктивного процесу у тканинах пародонту незадовільний гігієнічний стан порожнини рота було зареєстровано в 69,44 % (n = 25) обстежених. При цьому значення гігієнічного індексу достовірно не відрізнялось від аналогічних показників при гінгівіті – $1,92 \pm 0,05$.

За даними рентгенологічного дослідження, у 79 пацієнтів (47,31 %) із незадовільним рівнем гігієнічного догляду за ротовою порожниною були виявлені негативні зміни в альвеолярному відростку. Зокрема спостерігались нечіткість контурів кортикальної пластинки на верхівці міжзубної перегородки та остеопороз губчастої речовини в межах 1/3–2/3 її висоти (рис. 1, 2).

У 144 підлітків із 284-х обстежених із хворобами тканин пародонту (50,70 %) провідним чинником ризику їх розвитку була наявність каріозних порожнин на апроксимальних поверхнях молярів, а також неповноцінні реставрації каріозних порожнин II класу. Такі дефекти сприяють накопиченню залишків їжі в міжзубних проміжках,

унеможлижують адекватний гігієнічний догляд у вищезазначених ділянках, призводять до травматизації м'яких тканин, а в подальшому – до порушення зубоясенного прикріплення, резорбції альвеолярної кістки й розвитку локалізованого пародонтиту. Вираженість змін у кістковій тканині залежала від тривалості порушення контактного пункту.

У 26,39 % пацієнтів (n = 38) згідно з даними рентгенологічного дослідження змін у кістковій тканині не виявлені. У 32,64 % випадків (n = 47) біля кутніх зубів спостерігалась нечіткість контурів кортикальної пластинки альвеоли на верхівці міжальвеолярної перетинки при збереженні її цілості (рис. 3). У 40,97 % пацієнтів (n = 59) на рентгенограмі в ділянці перших і других молярів визначались порушення цілості кортикальної пластинки й деструкція губчастої речовини в межах 1/3 висоти міжзубної перетинки (рис. 4).

Вагомим чинником ризику розвитку хвороб тканин пародонту в даній віковій категорії є скупченість зубів як у фронтальній, так і в бічних ділянках щелеп. Її було діагностовано у 132 із 284-х пацієнтів (46,48 %) з ураженням тканин пародонту (рис. 5). Слід відзначити, що скупченість зубів сприяє виникненню патологічного процесу у тканинах пародонту внаслідок перевантаження окремих ділянок щелеп, формуванню травматичної оклюзії, порушенню процесів мікроциркуляції, а також ускладненню гігієнічного догляду за порожниною рота.

За наявності скупченості зубів патологічні зміни в альвеолярній кістці були відсутні у 56,82 % пацієнтів

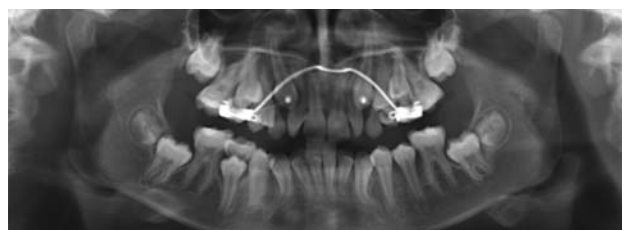


Рис. 6. Відсутність рентгенологічних змін у фронтальній ділянці щелеп.

(n = 75) (рис. 6). Ознаки деструкції міжзубних перетинок до 1/3 її висоти спостерігались у 43,18 % пацієнтів (n = 57).

Треба зауважити, що перераховані вище чинники ризику в осіб молодого віку, на жаль, своєчасно не виявляються й не розглядаються як вагомні фактори розвитку захворювань тканин пародонту. Проте вони значно підвищують можливість розвитку патологічних змін у тканинах пародонту, обтяжують їх перебіг, що веде до тяжких деструктивних змін у кістковій тканині альвеолярного відростка.

Висновки

Виявлені три провідні чинники ризику розвитку хвороб пародонту в підлітків віком від 15 до 18-ти років:

незадовільний рівень гігієни ротової порожнини, наявність каріозних порожнин на апроксимальних поверхнях молярів, скученість зубів у фронтальній і бічних ділянках щелеп. Серед обстеженого контингенту хвороби тканин пародонту були діагностовані у 87,93 % підлітків. Із них: у 76,78 % обстежених спостерігався хронічний катаральний гінгівіт, у 4,65 % – хронічний локалізований пародонтит, у 6,5 % – хронічний генералізований пародонтит. Зважаючи на високу розповсюдженість гінгівіту й пародонтиту в даному віці та наявність місцевих чинників ризику, необхідна рання діагностика хвороб пародонту. Своєчасне виявлення та усунення факторів ризику дозволять запобігти розвитку запально-деструктивного процесу та втраті альвеолярної кістки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненко М.Ю. Наукове обґрунтування сучасної стратегії і профілактики захворювань пародонту в Україні: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.Ю. Антоненко. – Полтава, 2012.
2. Борисенко Е. А. Фактори риска захворювань пародонту і оцінка стоматологічного статусу у взрослого населения / Е.А. Борисенко // Стоматологический журнал. – 2006. – № 6. – С. 128–130.
3. Денисова Ю.Л. Определение структурно-функционального состояния костной ткани у пациентов с генерализованным пародонтитом в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями / Ю.Л. Денисова // Стоматологический журнал. – 2009. – № 1. – С. 17–20.
4. Киселева Е.А. Заболевания пародонта у подростков – прогноз пародонтальной заболеваемости взрослого населения в регионе / Е.А. Киселева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – № 3. – С. 49–52.
5. Мазур І.П. Структурно-функціональний стан тканин пародонту в людей різного віку і статі // Современная стоматология. – 2005. – № 4. – С. 48–51.
6. Максьюков С.Ю. Возрастные особенности заболеваний пародонта у больных с остеопатиями / С.Ю. Максьюков, Д.Н. Гаджиева, Э.В. Курбатова // Стоматология. – 2013. – № 3. – С. 2–4.
7. Остапко О.І. Наукове обґрунтування шляхів і методів профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей в регіонах з різним рівнем забруднення довкілля: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.І. Остапко. – Київ, 2010.
8. Тимофеева О.О. Визначення вагомості факторів ризику виникнення хронічного катарального гінгівіту у дітей / О.О. Тимофеева // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2011. – № 2 (5). – С. 34–40.
9. 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. 54–57.
10. Янушевич О.О. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностические и лечебные аспекты / О.О. Янушевич, В.М. Гринин, В.А. Почтаренко. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 160 с.

Клинико-рентгенологическая характеристика факторов риска возникновения заболеваний тканей пародонта у подростков

А.Н. Москаленко

Цель: выявить наиболее распространенные местные факторы риска и их взаимосвязь с показателями пародонтологического статуса в подростковом возрасте.

Пациенты и методы. Для выполнения поставленных задач было проведено стоматологическое обследование 323-х подростков в возрасте от 15 до 18-ти лет. Определяли коммунальный пародонтальный индекс CPI. Оценку гигиенического состояния полости рта проводили с помощью индекса Грина-Вермилтона. Состояние костной ткани альвеолярного отростка изучали на основании данных внутриротовой прицельной рентгенографии, ортопантомографии и компьютерной томографии.

Результаты. Выявлены три ведущих фактора риска в развитии заболеваний тканей пародонта в подростковом возрасте: неудовлетворительный уровень гигиены полости рта, наличие кариозных полостей на апроксимальных поверхностях моляров, скученность зубов во фронтальном и боковых участках челюстей.

Выводы. Установлены высокая распространенность гингивита и пародонтита в данном возрасте и наличие местных факторов риска, необходимой является ранняя диагностика заболеваний пародонта. Своевременное выявление и устранение факторов риска позволят предотвратить развитие воспалительно-деструктивного процесса и потерю альвеолярной кости.

Ключевые слова: заболевания тканей пародонта, факторы риска, подростки.

Clinical and roentgenological characteristic of risk factors of periodontal diseases in adolescents

A. Moskalenko

Purpose: to identify the most common local risk factors and their relationship with indicators of periodontal status in adolescence.

Patients and methods. To perform the task we conducted dental examination 323 adolescents aged 15 to 18 years. Determined the periodontal index CPI. Assessment of the hygienic condition of the oral cavity was performed using the index by Green-Vermilion. The bone of the alveolar process was studied on the basis of intra-oral radiography sighting, orthopantomography and computered tomography.

Results. Revealed three major risk factors for the development of periodontal tissue diseases in adolescence: unsatisfactory oral hygiene, caries cavities on approximal surfaces of molars, crowding teeth in frontal group of teeth and molars.

Conclusions. Given the high prevalence of gingivitis and periodontitis in this age and the presence of local risk factors, early diagnosis is essential periodontal disease. Timely detection and elimination of risk factors will prevent the development of inflammatory and destructive process and the loss of alveolar bone.

Key words: periodontal disease, risk factors, adolescents.

А.М. Москаленко – канд. мед. наук,

доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

Адреса: вул.Зоологічна, 1, м. Київ. Тел.: (044) 483-17-03, (050) 977-49-47.