

А.Г. Димитрова, И.Г. Дикова, К.О. Мялковский

Динамика распространенности и особенности структуры заболеваемости пародонта у лиц молодого возраста

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Резюме. Прослежено на протяжении 10 лет изменение распространенности и структуры заболеваний пародонта у лиц молодого возраста. Установлены причины динамики изменений более тяжелых деструктивных форм заболевания. Обоснована необходимость планирования и осуществления комплекса лечебно-профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: заболевания пародонта, динамика распространенности и структуры заболеваний, лица молодого возраста.

После подписания Соглашения об ассоциации ЕС и Украины (2014), которое должно начать работать с 1 сентября 2017, предусматривающего приближение к европейским стандартам во всех областях, в том числе и социальных, появились новые задачи и требования к современным стандартам в медицине. Статья Европейской социальной хартии (принятой в 1961 году и пересмотренной в 1996 с Дополнительным протоколом 1998) «Право на здравоохранение» является базовым регламентирующим документом. Конституция Европейского Союза (2004) в статье 166 указывает, что при осуществлении всех направлений политики и деятельности Союза обеспечивается высокий уровень здравоохранения, направленный на профилактику и предупреждение причин, представляющих угрозу для здоровья [5, 6].

В Уставе Всемирной организации здравоохранения дано определение здоровья как «состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия заболеваний и физических дефектов». И хотя среди факторов, влияющих на формирование его уровня, состояние медицинской помощи составляет не более 10 %, повышать ее качество, доступность и эффективность профилактики – задачи нынешнего дня. А для планирования этих мероприятий требуется изучение распространенности и структуры заболеваемости [7].

Основными методами изучения заболеваемости населения являются регистрация обращений за медицинской помощью и данные медицинских осмотров. Последний метод имеет как свои преимущества – достаточный перечень хронических заболеваний, выявление их на начальных стадиях, независимость от доступности медицинской помощи и санитарной культуры населения, так и недостатки – невозможность учета острых заболеваний, охват только отдельных групп населения. Поэтому четко определены контингенты, где он рекомендован, куда и входят организованные учебные коллективы, в том числе и студенты. Большинство зарубежных стран для характеристики заболеваемости населения используют изучение выборочно документацию медицинских учреждений и опрос выборочных групп населения с анкетированием [5, 6, 7, 10, 11].

В последнее десятилетие отмечено значительное «омоложение» заболеваний пародонта [3, 9]. Более 80 % подростков, по данным ВОЗ, страдают этими заболеваниями. И если раньше в молодом возрасте встречались в основном воспалительные заболевания пародонта, то в

последние годы увеличивается распространенность деструктивно-воспалительных процессов. Пародонтит диагностируется у 38 % подростков [4, 8]. Здоровый пародонт обнаружен только у 1,85 % подростков. Такая же тенденция отмечается и в Украине [1].

Цель – изучить динамику распространенности и структуру заболеваний пародонта у лиц молодого возраста. Повышение эффективности лечебных и гигиенических мероприятий, а также рационального планирования всех видов профилактики.

Основными **задачами** данного исследования являлись: определение распространенности и интенсивности болезней пародонта; определение влияния местных раздражающих факторов на их развитие.

Материалы и методы исследования

Нами было проведено эпидемиологическое обследование 300 студентов 2-го курса НМУ в возрасте 18–22 года (127 мужчин и 173 женщины) в 2006 и 272 студента в возрасте 19–23 года (106 мужчин и 166 женщин) в 2016 году. Для выявления общесоматических заболеваний все студенты были обследованы специалистами общего профиля в студенческой поликлинике.

Комплекс стоматологического обследования проводился по разработанной нами схеме, созданной на основе карты ВОЗ, в которой учитывалось: состояние зубов (индекс КПУ), тканей пародонта (индексы РМА, СРІТН), состояние гигиены полости рта (индексы Федорова-Володкиной, Грин-Вермильона), слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Для оценки уровня гигиенической культуры был использован метод опроса выборочных групп с анкетированием участников. Выясняли, где участники обучались правилам гигиены полости рта, как оценивают свой уровень гигиены и сколько раз в год проходят профосмотр у стоматолога.

Результаты анкетирования показывают (табл. 1), что за последнее десятилетие повысился уровень «стоматологической культуры» у обследованного контингента и появилось ее более критичное оценивание. Уменьшилось на 10 % количество лиц, обученных самостоятельно правилам гигиены полости рта и увеличилось на 5% получивших первичные навыки у стоматолога (с 14 до 19 %) и родителей (с 45 до 50 %). Это можно объяснить и тем, что все больше наших студентов являются «потомственными стоматологами» или из семей медицинских работников. Несмотря на это, проходят регулярные осмотры два раза в год только 12 %

Таблица 1

Результаты анкетирования студентов

Вопрос	Ответ	Количество пациентов, %	
		2006	2016
Где Вы обучались правилам гигиены полости рта?	Самостоятельно	41 %	31 %
	У родителей	45%	50 %
	У стоматолога	14 %	19 %
Как Вы оцениваете свой уровень гигиены полости рта?	Удовлетворительно	4%	7 %
	Хорошо	29 %	33 %
	Отлично	67 %	60 %
Сколько раз в год Вы проходите профосмотр у стоматолога?	Никогда	61 %	55 %
	1 раз в год	30 %	33 %
	2 раза в год	9 %	12 %

(9 % в 2006 году). Появилась позитивная тенденция: на 6 % уменьшилось количество лиц, кто ни разу за год не обращался к стоматологу для профосмотра.

По результатам клинико-лабораторного обследования в 2006 и 2016 году соответственно 17 и 13 человек были поставлены на диспансерный учет: по поводу хронического тонзиллита (7 и 5), по поводу нарушения зрения (5 и 4), перенесенного ранее вирусного гепатита (3 и 0), ревмокардита (2 и 4). Остальные были практически здоровы.

При обследовании в клинике кафедры терапевтической стоматологии в 2006 и 2016 годах соответственно были выявлены жалобы, характерные для хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастрита, холецистита и т. д.) у 7,3 и 13,2 % человек, частые простудные, вирусные заболевания у 12 и 13,6 %, заболевания щитовидной железы – у 10 и 7,7 %, аллергические реакции на медикаменты – у 8 и 9,4 % человек. Мы обращали внимание прежде всего на те общесоматические заболевания, влияние которых на развитие и течение заболевания пародонта является доказанным. Поэтому группы обследованных в разные годы были практически однородными и имели одинаковые признаки стандартного отклонения.

Воспалительные и дистрофически-воспалительные заболевания пародонта определяли клинически по классической схеме обследования и фиксировали результаты, касающиеся каждого зуба. Параллельно определяли индекс РМА в сочетании с пробой Шиллера-Писарева. Полученные данные суммировались и определялась средняя индивидуальная величина индекса РМА.

При осмотре 300 студентов в 2006 году в результате анализа полученных данных о состоянии пародонта установлено, что распространенность заболеваний пародонта очень высокая и составляет 92 % и лишь у 8 % обследованных не выявлено патологических изменений. Подобная картина наблюдается и в 2016 году при осмотре 272 студентов: 92,6 и 7,4 % ($p > 0,05$). Воспалительные заболевания выявлены у 77 и 71,3 % лиц, а количество дистрофически-воспалительных за десять лет увеличилось с 15 до 21,3 % (рис. 1), что свидетельствует о более глубоких изменениях в тканях пародонта.

При подробном анализе структуры воспалительных и дистрофически-воспалительных заболеваний наибольшую часть в структуре воспалительных заболеваний составляет генерализованный катаральный гингивит I степени 48,6 (134) и 43,4 % (108). Причем в структуре генерализованного катарального гингивита лица со второй степенью тяжести составляют около 14,8 (41) и 10,4 % (26) (рис. 2).

На втором месте локализованный пародонтит – 13,1 (36) и 14,5 % (36). Среди причин нужно отметить ортодонтические проблемы: скученность, короткую уздечку, открытый прикус и некачественно восстановленные контактные пункты при пломбировании аппроксимальных полостей.

У 16,3 (45) и 23,3 % (58) выявлено более тяжелое поражение пародонта – генерализованный пародонтит (у 11 % – начальной и у 4 % – первой степени тяжести).

Проявления гипертрофического гингивита повысились в структуре заболеваний пародонта с 7,2 (20) до 8,4 % (21).

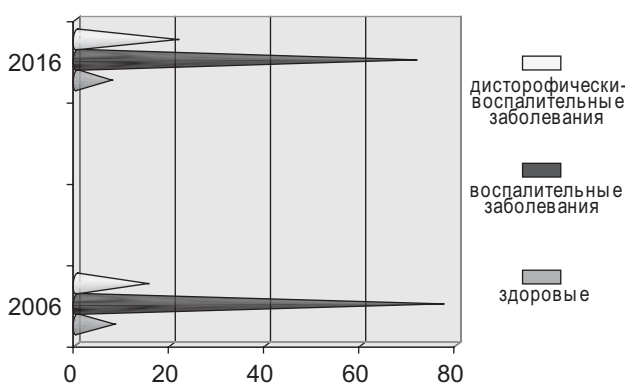


Рис. 1. Распространенность заболеваний пародонта.

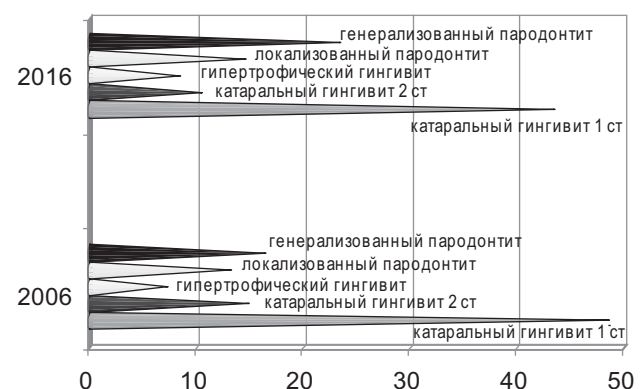


Рис. 2. Структура заболеваний пародонта.

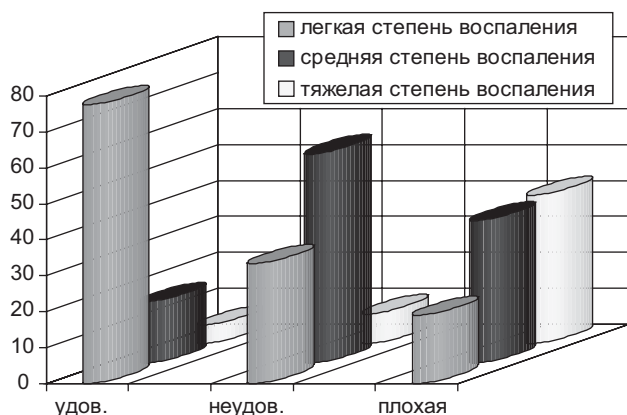


Рис. 3. Влияние гигиены полости рта (по индексу Федорова-Володкиной) на тяжесть воспалительного процесса в десне (по индексу РМА).

На фоне практически не изменившейся за десять лет распространенности заболеваний пародонта отмечено изменение их структуры в сторону уменьшения количества воспалительных, начальных форм заболевания и увеличения более тяжелых, деструктивно-воспалительных форм.

Столь высокая распространенность и интенсивность заболеваний пародонта – 92 % показывают, что практически все обследованные лица нуждаются в лечении.

В развитии заболеваний пародонта, а также в особенностях их клинического течения важная роль принадлежит местным раздражающим факторам, в первую очередь зубному налету. Поэтому было изучено состояние гигиены полости рта у обследованных и его влияние на интенсивность заболеваний пародонта (индекс РМА). Гигиеническое состояние полости рта оценивалось при помощи индексов гигиены Федорова-Володкиной и Грина-Вермийона.

В результате проведенного анализа установлено определенное влияние гигиенического состояния полости рта на интенсивность поражения пародонта, изучено влияние гигиены полости рта на интенсивность воспалительного процесса в тканях пародонта, результаты которого представлены на рис. 3.

Из приведенных данных видно, что при удовлетворительной гигиене полости рта индекс Федорова-Володкиной – легкая степень воспаления составляет примерно 78 %, средняя – 17 %, а тяжелая – 5 %.

При сравнении с аналогичными показателями у лиц с неудовлетворительной гигиеной отмечается снижение удельного веса легкой степени воспаления на 45 % – с 78 до 33 %, то есть почти в 2,4 раза, повышение средней степени воспаления на 41 % – с 17 до 58 %, то есть в 3,4 раза и повышение тяжелой степени воспаления в 1,6 раза – с 5 до 28 %, то есть на 3,16 % ($p < 0,001$).

При плохой гигиене отмечается увеличение процента лиц с более тяжелой степенью воспаления. Так, удельный вес лиц с легкой степенью воспаления снижается до 20 %, что почти в четыре раза меньше аналогичных показателей при удовлетворительной гигиене. Количество лиц со средней степенью уменьшается почти в 1,5 раза и составляет почти 40 %, а количество лиц с тяжелой степенью воспаления увеличивается по сравнению с таковыми при удовлетворительной гигиене в восемь раз, достигая 40 %.

Еще более информативны результаты динамики индекса РМА в зависимости от состояния гигиены определяемой по индексу Грина-Вермийона (рис. 4).

Так, удельный вес лиц с тяжелой степенью воспаления колеблется от 0 % – при удовлетворительной гигиене до 20 % – при неудовлетворительной гигиене и 29 % – при плохом состоянии гигиены.

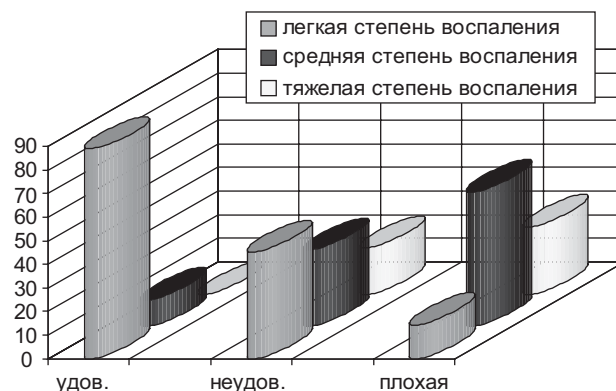


Рис. 4. Зависимость тяжести воспаления пародонта от состояния гигиены полости рта (по индексу Грина-Вермийона).

По мере ухудшения гигиены полости рта процент лиц со средней степенью воспаления возрастает: при неудовлетворительной гигиене – в 2,9 раза до 32 %, при плохой – в 5,2 раза до 57 %, параллельно количество лиц с легкой степенью воспаления уменьшается с 89 % – при удовлетворительном состоянии гигиены – в два раза до 45 % при неудовлетворительном и в 6,4 раза до 14 % – при плохом состоянии гигиены полости рта.

Различные показатели РМА при оценке качества гигиены двумя индексами сохраняют аналогичную закономерность и в большей степени совпадают с клинической оценкой состояния тканей пародонта.

Таким образом, на основании массового обследования лиц молодого возраста установлено, что распространенность болезней пародонта довольно высокая и составляет 92 % (92,5 %) в разные годы соответственно. Среди заболеваний пародонта наиболее распространенными являются генерализованный катаральный гингивит I степени 48,6 и 43,4 % и генерализованный пародонтит 16,3 и 23,3 %.

На интенсивность протекания заболеваний пародонта значительное влияние оказывает состояние гигиены полости рта. Плохое гигиеническое состояние приводит не только к увеличению показателя КПУ почти в три раза по сравнению с удовлетворительным, но и степень тяжести протекания воспалительного процесса в тканях пародонта повышается в пять раз.

Учитывая, что генерализованный катаральный гингивит в определенной степени можно рассматривать как фактор риска развития генерализованного пародонтита, длительная плохая гигиена полости рта, выявленная у обследованных, может стимулировать этот процесс.

При использовании индексов оценки гигиенического состояния полости рта предпочтение следует отдавать индексу Грина-Вермийона – как при массовых исследованиях, так и при диспансерном наблюдении. Кроме того, для полноты данных оценку всех показателей состояния тканей пародонта, зубов и гигиены полости рта необходимо проводить относительно каждого зуба, а индексные величины использовать с целью сравнения полученных результатов.

Учитывая высокий процент поражения контактных поверхностей зубов и выявленную зависимость между состоянием гигиены полости рта и интенсивностью поражения зубов и пародонта при обследовании пациентов, особенно в молодом возрасте, необходимо оценивать состояние межзубных промежутков, как по индексу интердентальной гигиены, так и клиническими методами.

Так как профилактика является реальным механизмом по обеспечению поддержания высокого уровня здоровья и предупреждения заболеваний, то необходимо

уделять внимание как *индивидуальной профилактике*, которую осуществляет сам человек и практически означает поддержание норм здорового образа жизни, так *общественной*, которую осуществляют государственные институты и общественные организации с целью «обеспечения всестороннего развития физических и духовных сторон граждан, устранение факторов, негативно влияющих на здоровье населения».

Для сохранения здорового пародонта у лиц молодого возраста следует в рамках первичной профилактики проводить систему (разработанную программу) социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, повышение сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды. На вторичном этапе профилактики – выявлять и эффективно лечить ранние стадии заболеваний для предупреждения

их развития и возникновения осложнений и хронизации, что четко прослеживается в данном исследовании. На этапе третичной профилактики – предотвращать рецидивы и осложнения, восстанавливать оптимальные функции организма, социальный и профессиональный статус.

Выводы

Изученные показатели полученные результаты позволяют прогнозировать наряду с незначительным повышением распространенности заболеваний пародонта у лиц молодого возраста, значительные изменения в их структуре, в сторону увеличения проявлений более тяжелых деструктивно-воспалительных поражений.

Выявленная ситуация подчеркивает актуальность и насущную необходимость осуществления обучающих гигиенических и лечебно-профилактических программ в организованных коллективах, начиная с детского возраста, и диспансеризации молодого поколения страны.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антоненко М.Ю. Наукове обґрунтування сучасної стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.21 / М.Ю. Антоненко; УМСА. – П., 2012. – 11 с.
2. Антоненко М.Ю. Новые возможности повышения эффективности гигиенических мероприятий в комплексной профилактике стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста / М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова, М.О. Дудникова // Современная стоматология. 2011, № 3, с. 95–95.
3. Борисенко А.В. Обґрунтування вибору засобів індивідуальної гігієни порожнини рота при лікуванні уражень маргінального пародонту / Борисенко А.В., Мьяківський К.О. // Современная стоматология. – 2015. – №3. – С. 24–17.
4. Джано Р. Диагностика и лечение заболеваний пародонта: книга / Джано Риччи. – М.: Азбука, 2015. – 739 с.
5. Здоров'я та охорона здоров'я населення України. Європейський вимір. (Атлас) / Під заг. ред. чл.-кор. АМН України проф. В.Ф. Москаленка. – К., 2009. – 240 с.
6. Конституційні акти Європейського Союзу. Частина 1 / Упорядник Г. Друзенко, під заг. ред. Т. Качки. – К.: Юстиніан, 2005. – 512 с.
7. Новая европейская политика здравоохранения Здоровье – 2020. Проект / Европейский региональный комитет. Шестидесят первая сессия. Док. EUR/RC61/Ina. Doc./4, Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г. – Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2011. – 125 с.
8. Пародонтология. Гигиенические аспекты / Герберт Ф. Вольф, Томас М. Хэсел. – Москва: «МЕДпресс-информ», 2014. – С. 79–85.
9. Сидельникова Л.Ф. Особенности лечения симптома кровоточивости при воспалительных заболеваниях пародонта у лиц молодого возраста пародонтита / Л.Ф. Сидельникова, К.О. Мьяковский // Современная стоматология – 2015. – №4. – С. 32–35.
10. Терапевтическая стоматология. Т. 3. Заболевания пародонта / Данилевский Н.Ф. и др.; под ред. А.В. Борисенко. – Киев: ВСИ «Медицина», 2013. – 616 с.
11. Health Promotion Glossary. – World Health Organization, 1998. – 37 p.

Динаміка розповсюдженості і особливості структури захворювань пародонту в осіб молодого віку

А.Г. Дімітрова, І.Г. Дікова, К.О. Мьяківський

Резюме. Відслідковано протягом 10 років зміни в розповсюдженості та структурі захворювань пародонту в осіб молодого віку. Установлено причини динаміки підвищення проявів більш важких деструктивних форм захворювання. Обґрунтовано необхідність планування та здійснення комплексу лікувально-профілактичних заходів та диспансерного спостереження.

Ключові слова: захворювання пародонту, динаміка розповсюдженості та структури захворювань, особи молодого віку.

Dynamics of prevalence and features of the structure of periodontal diseases in young people

A. Dimitrova, I. Dikova, K. Mytkovsky

Summary. The changes in the spread and structure of periodontal disease in young people have been monitored for 10 years. The reasons for the dynamics of the increase of more severe destructive forms of the disease have been established. The necessity of planning and implementation of a complex of medical and preventive measures and dispensary supervision are substantiated.

Key words: periodontal disease, prevalence dynamics and structure of diseases, young people.

Дімітрова Алла Григорівна – канд. мед. наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.

Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна 1.

Дікова Інна Гарольдівна – канд. мед. наук,

доцент кафедри терапевтичної стоматології Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.

Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна 1.

Мьяківський Костянтин Олегович – аспірант кафедри терапевтичної стоматології

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна 1.