УДК 616.311.2–018.4–02:616–056.5]–053.2

©О. І. Лебідь
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА – У статті наведено результати досліджень стану тканин пародонта у дітей з надмірною масою тіла. Представлено порівняльний аналіз результатів комплексного дослідження, яке включало визначення пропорцій тіла та стоматологічного статусу дітей з надмірною масою тіла.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ТЕЛА – В статье приведены результаты исследований состояния тканей пародонта в детей с избыточным весом тела. Представлен сравнительный анализ результатов комплексного исследования, которое включало определение пропорций тела и стоматологического статуса детей с избыточным весом тела.

CONDITION OF PARODONTIUM TISSUES IN CHILDREN WITH OVERWEIGHT – The results of assessment of the parodontium tissues in children with overweight are presented in the article. There is given the comparative analysis of complex research, which included determination of body proportions and dental status of children with overweight and somatically healthy children.

Ключові слова: пародонт, надмірна маса тіла, гігієнічний стан порожнини рота.

Ключевые слова: пародонт, избыточный вес тела, гигиеническое состояние полости рта.

Key words: parodontium, overweight, oral hygiene status.

ВСТУП Соціально-економічні чинники, урбанізація, вплив еколого-біологічних та соціально-гігієнічних чинників знижують функціональні резерви організму дітей, викликаючи дисгармонію фізичного, емоційного та інтелектуального розвитку, негативно впливають на здоров'я дітей [1, 2]. Динамічне спостереження за станом здоров'я дитячого населення України свідчить про суттєве його погіршення, загальна дитяча захворюваність зросла за останні кілька років на 50 % [2]. Цю тенденцію можна пояснити зниженням якості та погіршенням умов життя, несприятливою екологічною ситуацією, розповсюдженням нездорового способу життя, зокрема погіршенням якості та структури харчування населення та малорухливим способом життя.

Надмірне і незбалансоване харчування, споживання продуктів, отриманих із застосуванням хімічних та генних технологій, витіснення з ринку продовольчих продуктів сільськогосподарських виробників, агресивний маркетинг алкоголю, тютюну, кондитерських виробів, солодких газованих напоїв, лікарських речовин, висококалорійних і неякісних продуктів харчування, а також сучасна політика розвитку міст призвела до збільшення кількості дітей з порушенням метаболізму, що в подальшому сприяє розвитку ожиріння серед дитячого населення.

Актуальність проблеми надмірної маси тіла в дитячому й підлітковому віці зумовлена, насамперед, обмінними порушеннями, що є основою для виникнення й прогресування патологічних змін у всіх органах і системах ростучого організму.

Ожиріння є досить частою патологією і, як показали дослідження, проведені в різних країнах, від 3,8 до 20 % дітей страждають від надлишкової маси тіла [3, 4]. У структурі хвороб ендокринної системи серед дітей та підлітків України ожиріння становить 11,1 % [4]. Щорічно ожиріння фіксується у 18–20 тис. хворих віком від 0 до 17 років [4]. Так, у 2007 році цей показник становив 23,325 нових випадків (2,73 на 1000 населення відповідного віку). Захворюваність на ожиріння та його поширеність серед дитячого населення постійно зростають, а серед підлітків за останні 7 років ці показники виросли майже вдвічі [5].

Як відомо, гармонійність пропорцій тіла має пряме відношення до стану здоров'я людини: із диспропорціональності будови тіла можна судити про порушення процесів росту та розвитку дитини. Оскільки стоматологічне здоров'я є невід'ємною частиною загальносоматичного, то метаболічні порушення в організмі людини впливають, зокрема, і на стан органів та тканин порожнини рота, в тому числі й на тканини пародонта.

Метою дослідження стало встановлення частоти захворювань тканин пародонта та їх структури у дітей з надмірною масою тіла.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 29 осіб віком 15–18 років з надмірною масою тіла, з яких 15 – хлопців, 14 – дівчат та 20 осіб такого ж віку з нормальною масою тіла. За розробленою нами картою було проведено комплексне дослідження, яке включало збір анамнезу життя дитини, вид вигодовування, перебіг вагітності, визначення 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, значення яких визначали для кожної віко-статевої групи.

Пропорції між компонентами маси тіла та їх складові оцінювали за антропометричними даними за допомогою формул Я. Матейки і Брожека та ін. як один із найдоступніших та інформативних [6]. Для цього було застосовано метод капіляроскопії. Вивчення стоматологічного статусу включало індексну оцінку стану гігієни порожнини рота та тканин пародонта та оцінку стану зубо-щелепної системи.

Оцінку гігієнічного стану порожнини рота здійснювали методами, які тією або іншою мірою відображають динаміку мікрофлори порожнини рота і стан тканин пародонта, а саме наявність запальнодеструктивних змін в тканинах пародонта.

Для виявлення зубного нальоту, зубного каменя та оцінки гігієни порожнини рота, а також ефективності гігієнічних заходів поверхні досліджуваних зубів зафарбовували розчинами Люголя, метиленового синього, фуксину основного та обчислювали індекси, що відображають кількість і якість зубних відкладень.

Для оцінки гігієнічного стану ротової порожнини використовували індекси, які умовно можна поділити на 4 групи: перша – індекси, що оцінюють площу зубного нальоту; друга – індекси, що оцінюють товщину

зубного нальоту; третя – індекси, що оцінюють масу зубного нальоту; четверта – індекси, що оцінюють фізичні, хімічні, мікробіологічні параметри зубного нальоту [2, 7].

Для оцінки запального процесу тканин пародонта визначали папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (PMA) в модифікації Parma [2]. Суму балів обчислювали шляхом додавання всіх найвищих показників кожного зуба, кількість зубів у обстежуваних нами дітей складала 30.

Пародонтальний індекс PI (Russel) [2] використовували для виявлення запальнодеструктивних змін у тканинах пародонта. При його визначенні оцінювали стан пародонта навколо кожного зуба; брали до уваги ступінь запалення, глибину ясенної кишені, рухомість зубів.

Індекс гінгівіту (ІГ) Silness-Loe [2] використовували для оцінки вираженості запального процесу ясен біля молярів, премолярів та різців на кожній щелепі. Обстежували ясна з усіх боків, оцінювали за чотирибальною системою шляхом ділення суми на 4 і знаходили індекс біля даного зуба. Товщину зубної бляшки у пришийковій ділянці визначали за допомогою зонда на 4-х поверхнях зуба: вестибулярній, язиковій та обох контактних без їх забарвлення (індекс Silness-Loe).

Гігієнічний стан порожнин рота оцінювали за допомогою індексів: Green-Vermillion та OHJ-S. Для визначення спрощеного індексу гігієни ротової порожнини фарбували вестибулярні поверхні 11, 16, 26, 31 зубів і язикові поверхні 36 і 46 зубів розчином Шиллера–Писарєва. На досліджуваних поверхнях спершу визначали зубний наліт – Debris-index (DI), а потім зубний камінь – Calculus-index (CI).

Індекс Ю. А. Федорова і В. В. Володкіної визначили за забарвленням губної поверхні нижніх шести фронтальних зубів розчином Шиллера–Писарєва. Наявність зубного нальоту оцінювали на 16 зубах верхньої і нижньої щелеп. Суму балів, отриманих при обстеженні кожного зуба, ділили на кількість зубів [2]. Для виявлення деструктивних змін у тканинах пародонта проводили ретгенологічне дослідження (прицільні дентальні рентгензнімки фронтальних зубів нижньої щелепи).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Вивчення анамнезу життя дітей дозволило встановити порушення перебігу перинатального періоду 32,6 % випадках. Найчастіше виявлялися гестози I триместру вагітності (26,1 %), загроза переривання вагітності (19,6 %), передчасні пологи (17,3 %). Із анамнезу життя дитини виявлено, що на природному вигодовуванні в ранньому дитячому віці знаходилося лише 12 (32,6 %) із 29 дітей, інші діти отримували адаптовані молочні суміші.

У результаті проведених нами досліджень встановлено, що в осіб із надмірною масою тіла відмічають збільшення частоти ураження тканин пародонта порівняно з дітьми відповідного віку з нормальними показниками маси тіла. Так, у дівчат, жировий компонент маси тіла яких складав 21,3–23,7%, частота виявлення захворювань пародонта в 1,8 раза більша, ніж у обстежених з рекомендованою для даного віку масою тіла. В структурі захворювань пародонта цих обстежених переважав хронічний катаральний гінгівіт середнього ступеня тяжкості (69,3 %). Що стосується хлопців вказаного віку, то слід зазначити, що при збільшенні жирового компоненту маси тіла до 19,8–21,1% в структурі захворювань тканин пародонта домінували ураження запальнодистрофічного характеру. Так, у цій групі обстежених переважав хронічний катаральний гінгівіт тяжкого ступеня та пародонтит легкого ступеня, що підтверджувалось рентгенологічно, питома вага яких склала 55,4 і 11,7 % відповідно.

ВИСНОВКИ Отримані дані дають підстави вважати, що збільшення жирового компоненту маси тіла у дітей, очевидно, приводять до метаболічних порушень, викликаючи, окрім іншого, запальнодистрофічні процеси в тканинах пародонта різного ступеня тяжкості. Виявлені порушення в тканинах пародонта потребують комплексного лікування як місцевого, так і загального за участю суміжних спеціалістів та проведення реабілітаційних заходів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Заболеваемость тканей пародонта и состояние гигиены полости рта у детей Одесской области / О. В. Деньга, И. А. Спичка, В. С. Иванов [и др.] // Український стоматологічний альманах. – 2004. – № 1–2. – С. 52–60.

2. Терапевтическая стоматология детского возраста / [Л. А. Хоменко, Ю. Б. Чайковский, А. В. Савичук и соавт.]. – Киев : Книга плюс, 2007. – 816 с.

3. Merchant A. T., Pitiphat W. Researching periodontitis: challenges and opportunities //J. Clin. Periodontol. – 2007. – Vol. 34. – P. 1007–1015.

4. Вишняк Г. Н. Генерализованные заболевания пародонта / Г. Н. Вишняк – Киев,1999. – С. 216

5. Гударьян А. А. Частота и особенности клинического проявления генерализованого пародонтита при различных компонентах метаболичного синдрома / А. А. Гударьян // Вісник стоматології. – 2003. – № 1. – С. 20–23.

6. Радько М. М. Спортивна морфологія / М. М. Радько. – Чернівці : Книга - XXI, 2007. – 196 с.

7. Хоменко Л. А. Рентгеноденситометрична оцінка кісткової тканини альвеолярного відростка у дітей при хронічному катаральному гінгівіті / Л. А. Хоменко, О. І. Остапенко, О. О. Тимофеева // Новини стоматології. – 2008. – № 2. – С. 40–43.

Отримано 20.06.12