

О. М. Ославський

ВПЛИВ СКУПЧЕНОГО ПОЛОЖЕННЯ ЗУБІВ НА ГІГІЄНИЧНИЙ СТАН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ І ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ 8–15-РІЧНОГО ВІКУ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Відомо, що аномалії зубощелепної системи (ЗЩС) є однією з найрозповсюдженіших патологій ЗЩС у дітей [1], серед яких провідне місце займає скупчене розташування зубів [1; 6].

Скупченість, або тісне розташування зубів, негативно впливає на гігієну порожнини рота, функціональний стан травної системи, психіку дитини, а також є одним з етіологічних факторів розвитку карієсу зубів і запальних захворювань пародонта [3; 5; 7].

Метою даного дослідження була оцінка гігієни порожнини рота і стану тканин пародонта при скупченості зубів у дітей 8–15-річного віку.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебувало 410 дітей віком від 8 до 15 років зі скупченим розташуванням зубів. Вони були розподілені на 3 групи: I група — діти 8–10 років (змінний прикус); II група — 11–13 років (формування постійного прикусу); III група — 14–15 років (постійний прикус). Кожна вікова група була поділена на дві підгрупи. У

першій підгрупі (група спостереження) — діти, у яких був здоровий пародонт. Друга група — діти, які мали запалення тканин пародонта.

Об'єктом досліджень був стан гігієни ротової порожнини та тканин пародонта у дітей віком від 8 до 15 років зі скупченістю зубів. Для визначення наявності запальних процесів у тканинах пародонта нами були використані проба Шиллера — Писарева, індекси РМА та кровоточивості. Для визначення гігієнічного стану порожнини рота були використані індекси Silness–Loe і Stallard [2; 4].

Результати дослідження та їх обговорення

Обстеження ротової порожнини дітей віком від 8 до 15 років зі скупченістю зубів показали, що (73,1±6,5) % (304 дитини) мають початкові запальні процеси в тканинах пародонта, а рівень гігієни ротової порожнини задовільний. Негативні зміни в тканинах пародонта проявлялись у вигляді гіперемії, пастозності ясенних сосочків, кровоточивості. У дітей 8–10 років поширеність запальних процесів тканин пародонта становить (70,6±6,8) %, в основному

діагностували хронічний катаральний гінгівіт. Ступінь тяжкості гінгівіту визначали за індексом РМА, який становив (62,7±6,4) %, що відповідає важкому ступеню гінгівіту, це також підтверджується пробю Шиллера — Писарева ((1,87±0,20) бала). При визначенні симптому кровоточивості встановлено, що у більшості обстежених дітей цієї групи спостерігається точковий крововилив ((0,90±0,09) бала) (табл. 1).

У період формування постійного прикусу (11–13 років) дещо зростають показники, якими вимірювали, що характеризує запальні процеси в тканинах пародонта. Так, поширеність захворювань пародонта зросла до (72,4±7,1) %, відзначався тяжкий ступінь гінгівіту — (74,1±18,2) % і точковий крововилив — (1,12±0,11) бала, що підтверджено пробю Шиллера — Писарева ((1,97±0,18) бала).

У період постійного прикусу (14–15 років) так само спостерігаємо зростання поширеності запальних процесів у пародонті — (76,3±7,5) %. У той же час дещо зменшується показник індексу РМА — (57,6±5,8) %, що відповідає важкому ступеню

Таблиця 1

Стан пародонта у дітей зі скупченим положенням зубів

Вік обстежених, роки	Кількість обстежених дітей	Кількість дітей з інтактним пародонтом, %	Стан тканин пародонта		
			РМА, %	Кровоточивість, бали	Ш–П, бали
8–10	51	29,4±1,1 (15 дітей)	62,7±6,4	0,91±0,09	1,87±0,20
11–13	148	27,6±1,2 (41 дитина)	74,1±18,2	1,12±0,11	1,97±0,18
14–15	211	23,7±1,1 (50 дітей)	57,6±5,8	1,07±0,16	1,84±0,17
Разом	410	26,9±1,2 (106 дітей)	64,8±10,1	1,03±0,12	1,89±0,18



Гігієнічний стан порожнини рота у дітей зі зкупченим положенням зубів

Вік обстежених, роки	Кількість обстежених	Стан тканин пародонта			
		Індекс Silness–Loe, бали	Рівень гігієни	Stallard, бали	Рівень гігієни
8–10	51	1,72±0,20	Незадовільний	0,50±0,02	Добрий
11–13	148	1,81±0,20	Незадовільний	0,64±0,01	Добрий
14–15	211	0,94±0,10	Задовільний	0,40±0,01	Добрий
Разом	410	1,49±0,10	Задовільний	0,51±0,01	Добрий

хронічного катарального гінгівіту. Подібні результати отримані при визначенні симптому кровоточивості — (1,07±0,16) бала і проби Шиллера — Писарева — (1,84±0,17) бала.

У II і III групах дітей, порівняно з I групою, хронічний катаральний гінгівіт виявляється частіше: відповідно (43,7±3,9) % у 11–13 років і (49,4±4,1) % у 14–15 років проти (31,8±2,8) % у 8–10 років. Зростання показників захворювань пародонта у дітей у період постійного прикусу (11–15 років), на нашу думку, можна пояснити гормональними змінами, які відбуваються у цей віковий період.

Таким чином, аналіз отриманих результатів досліджень свідчить про те, що у дітей, які мають зкупчене положення зубів, наявні високі показники запальних процесів у тканинах пародонта: при цьому найчастіше діагностували хронічний катаральний гінгівіт — (47,8±4,6) %.

Визначення кількості м'якого зубного нальоту в навколясенній ділянці (індекс Silness–Loe) показало, що у дітей 8–10 років стан гігієни був незадовільний і становив (1,72±0,20) бала. Проте визначення площі зубної бляшки за індексом Stallard становило (0,50±0,02) бала, що відповідає добрій гігієні (табл. 2).

У дітей 11–13-річного віку незадовільний гігієнічний стан визначався як за індексом зубного нальоту Silness–Loe — (1,81±0,20) бала, так і за індексом Stallard — (0,64±0,01) бала.

У дітей 14–15-річного віку гігієнічний стан ротової порожнини значно покращується. Зменшується кількість зубного на-

льоту до (0,94±0,10) бала (індекс Silness–Loe) і площа зубної бляшки — до (0,40±0,01) бала (індекс Stallard). Рівень гігієни у цих дітей за індексом зубної бляшки можна оцінити як добрий, а за кількістю зубного нальоту — як задовільний.

Висновки

Аналізуючи отримані результати проведеного дослідження дітей віком від 8 до 15 років зі зкупченістю зубів, можна зробити такі висновки:

1. Поширеність запальних процесів тканин пародонта знаходиться на досить високому рівні — (73,1±6,5) %.

2. Стан гігієни ротової порожнини за індексом Silness–Loe оцінюється як «задовільний» (1,49±0,10), а за індексом Stallard як «добрий» (0,51±0,01).

3. У II (11–13 років) і III (14–15 років) групах дітей, порівняно з I групою (8–10 років), хронічний катаральний гінгівіт виявляється частіше: відповідно у (43,7±3,9) % і (49,4±4,1) % проти (31,8±2,8) %.

4. Середній показник зубного нальоту в навколясенній ділянці (1,49±0,10) у обстежених дітей свідчить про задовільну гігієну порожнини рота, однією з причин якої є тісне положення зубів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алимский А. В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников / А. В. Алимский // Стоматология. — 2002. — № 5. — С. 67-71.

2. Ортодонтическая помощь в комплексном лечении пациентов с выраженной патологией пародонта

/ С. А. Блум, Ю. Г. Трофимова, И. Г. Трофимов [и др.] // Сучасна ортодонція. — 2009. — № 4 (18). — С. 25-30.

3. Данилевский Н. Ф. Пародонтология детского возраста / Н. Ф. Данилевский, Т. Н. Вишняк, А. М. Политун. — К. : Здоров'я, 1981. — 296 с.

4. Диагностика и лечение воспалительных процессов в пародонте, возникших при ортодонтическом лечении / О. И. Арсенина, А. С. Григорьян, О. А. Фролова, О. В. Петрунина // Институт стоматологии. — 2005. — № 1 (26).

5. Орехова Л. Ю. Заболевания пародонта / Л. Ю. Орехова. — Поли Медиа Пресс, 2004.

6. Леоненко П. В. Ортодонтическое лечение взрослых пациентов как составляющая часть комплексного лечения пациентов с заболеваниями тканей пародонта. Обзор литературы / П. В. Леоненко, Г. П. Леоненко // Сучасна ортодонція. — 2007. — № 2 (8). — С. 17-21.

7. Денисова Ю. Л. Современные ортодонтические мероприятия в комплексном лечении рецессии десны у пациентов с зубочелюстными аномалиями / Ю. Л. Денисова // Пародонтология. — 2008. — № 4 (48). — С. 20-22.

