

УДК: 616.31- 003-02-056

## **ДІАГНОСТИЧНА СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

**О.Я. Видойник**

ДВНЗ “ Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

### **Резюме**

Представлены результаты стоматологического обследования 240 детей с бронхиальной астмой в возрасте 7-15 лет и 100 их сверстников без сопутствующей соматической патологии. Определены особенности распространенности воспалительных заболеваний тканей пародонта, в частности хронического катарального гингивита у детей с бронхиальной астмой по сравнению с детьми, не имеющими сопутствующих соматических болезней.

**Ключевые слова:** заболевания пародонта, хронический катаральный гингивит, дети.

### **Summary**

The paper presents the results of investigation of 240 children with asthma aged 7-15 years and 100 of their fellows without accompanying somatic diseases. The features of prevalence of inflammatory diseases of periodontal tissues, particularly chronic catarrhal gingivitis in children with bronchial asthma as compared with children who do not have systemic diseases were provided.

**Key words:** periodontal disease, chronic catarrhal gingivitis, children.

### **Література**

1. Белоклицкая Г.Ф. Современный взгляд на классификацию болезней пародонта / Г.Ф. Белоклицкая // Тези ювіл. міжнар.

- наук.-практ. конф. «Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку». – Івано-Франківськ, 2009. – С. 25-28.
2. Борисенко А.В. Терапевтична стоматологія / А.В. Борисенко. – К.: Медицина, 2008. – 490 с.
  3. Савичук Н.О. Микроекотологія порости рта, дисбактеріоз и пути его коррекції / Н.О. Савичук, О.В. Савичук // Современная стоматологія. – 2002.- № 4. – С. 9-12.
  4. Савичук Н.О. Современные подходы к первичной профилактике заболеваний тканей пародонта у детей / Н.О. Савичук // Современная стоматологія. – 2008. - №3. – С. 53-57.
  5. Стоматологічні обстеження. Основні методи: матеріали ВООЗ // Вісник стоматології. – 2000. - №3. – С. 39-61.

### **Вступ**

Останніми роками помітна значна поширеність захворювань тканин пародонта в дитячого населення [2;3;4]. Найчастіше захворювання пародонта зустрічаються в дітей шкільного віку: у віці 12-15 років, за різними даними, діагностується 92-100 %; кровоточивість ясен спостерігається в 39 % обстежених, зубний камінь – до 82 %, патологічна кишеня – в 4 % дітей цього віку. При цьому поширеність гінгівітів у дитячому віці складає 80 %, а пародонтитів – 3-5 % [3;4].

Проблема запальних захворювань тканин пародонта в дітей пов'язана з тим, що пародонтальний комплекс тривалий час перебуває в стані фізіологічного напруження, пов'язаного з розвитком, прорізуванням, формуванням і розсмоктуванням коренів молочних та формуванням коренів постійних зубів [2;3] на тлі росту, розвитку і перебудови тканин організму, які морфологічно і функціонально незрілі, тому можуть неадекватно реагувати на аналогічні подразники та спадкові фактори, що викликають захворювання тканин пародонта в дорослих [1;2;5].

За даними ВООЗ, до первинного комплексу, що викликає зміни в тканинах пародонта, належать зубна бляшка і зубний наліт. Вторинний комплекс охоплює місцеві та загальні фактори, що впливають на організм і дозволяють реалізуватися складовим первинного комплексу [3;5]. Одним із основних загальних факторів розвитку захворювань тканин пародонта є наявність супутніх хвороб [1;2;5], однією з яких є бронхіальна астма.

Тому **метою дослідження** було визначення діагностичної структури захворювань тканин пародонта в дітей, хворих на бронхіальну астму.

### **Об'єкт і методи дослідження**

У обстеженні брали участь 240 дітей, хворих на БА, віком 7-15 років та 100 їх однолітків без супутньої загальносоматичної патології. Стан тканин пародонта обстежених об'єктивізували за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994 р.) за допомогою пародонтальних індексів РМА, СРІ та гігієнічного індексу ОНІ-S (J. Ygreen, J.Vermillion, 1964) [2;4]. Отримані дані опрацьовані статистично з використанням програмного забезпечення «Statistica, 7» (StatSoft, Inc).

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Аналіз діагностичної структури захворювань тканин пародонта дозволив з'ясувати, що в обох групах дослідження найпоширенішою формою захворювань пародонта був гінгівіт. Так, у дітей основної групи гінгівіт діагностували в  $(44,17 \pm 3,21)$  % випадків, що було у 1,5 рази більше відповідних значень у групі порівняння  $(29,0 \pm 4,53)$  %, ( $p < 0,05$ ). Локалізований пародонтит у дітей основної групи діагностували в 1,3 раза частіше даних порівняльної групи ( $(23,75 \pm 2,75)$  % проти  $(19,0 \pm 3,92)$  %), ( $p > 0,05$ ). У 3,75 % (9 дітей) основної групи, анамнез яких обтяжувався бронхіальною астмою, були констатовані ознаки початкових форм генералізованого пародонтиту за відсутності даних нозологічних одиниць у порівнянні. У групах дослідження не виявлені розвинуті форми генералізованого пародонтиту (рис. 1).

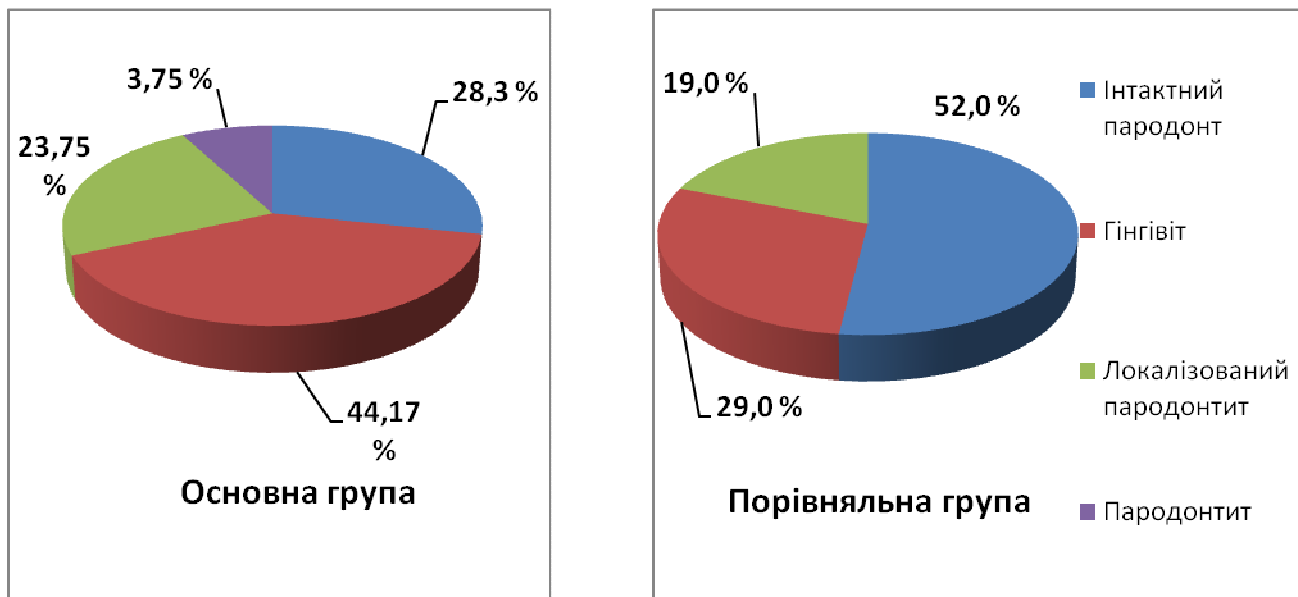


Рис. 1. Стан тканин пародонта в дітей груп дослідження

Ураховуючи те, що в переважній більшості обстежених був діагностований хронічний катаральний гінгівіт, уважали за доцільне вивчити поширеність ХКГ залежно від віку дітей і ступеня тяжкості захворювання.

Поширеність ХКГ із віком збільшувалася в обох групах порівняння. Так, у віковому інтервалі 7-9 років поширеність ХКГ у осіб основної групи була в 1,9 раза вищою значень порівняльної групи ( $30,26 \pm 5,27$ ) % проти ( $16,12 \pm 6,60$ ) %, ( $p < 0,05$ ); у віці 10-12 років у дітей основної групи поширеність ХКГ складала ( $39,24 \pm 5,49$ ) %, що було в 1,7 раза більше відповідних значень групи порівняння ( $23,52 \pm 7,27$ ) %, ( $p < 0,05$ ). Максимальні значення поширеності ХКГ були зафіксовані в обох групах дослідження у віці 13-15 років: ( $61,18 \pm 5,29$ ) % - у основній та ( $45,71 \pm 8,42$ ) % у порівняльній групах ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Таблиця 1

**Поширеність хронічного катарального гінгівіту в дітей груп  
дослідження залежно від віку**

Вік (у роках)	Основна група (n=240)			Порівняльна група (n=100)		
	к-сть обстежених	з хронічним катаральним гінгівітом		к-сть обстежених	з хронічним катаральним гінгівітом	
		абс. число	%		абс. число	%
7-9	76	23	30,26±5,27 p<0,05	31	5	16,12±6,60
10-12	79	31	39,24±5,49 p<0,05	34	8	23,52±7,27
13-15	85	52	61,18±5,29 p<0,05	35	16	45,71±8,42
Усього	240	106	44,17±3,21 p<0,05	100	29	29,00±4,53

p – достовірна різниця стосовно даних порівняльної групи.

У віці 7-9 років у дітей основної групи ХКГ легкого ступеня діагностували в 1,8 раза частіше аналогічних значень групи порівняння (17,10±4,32 % проти 9,67±5,30 %); середній ступінь ХКГ – у 1,6 раза частіше (10,52±3,52 % проти 6,45±4,41 %). Тяжкий ступінь ХКГ був об'єктивізований у 2 дітей основної групи (2,63 %) за відсутності важкого ступеня ХКГ у групі порівняння.

У віковій групі 10-12 років у оглянутих основної групи легкий ступінь ХКГ зустрічався в 1,2 раза частіше даних порівняння (17,72±4,29 % проти 14,71±6,07 %), а середній ступінь ХКГ діагностували в 1,6 раза більше (13,92±3,89 % проти 8,82±4,86 %, відповідно). Тяжкий ступінь ХКГ визначали в 7,59 % випадків (6 дітей) за відсутності згаданої форми в дітей групи порівняння.

У віці 13-15 років легкий ступінь ХКГ у оглянутих основної групи діагностували в 1,2 раза рідше даних порівняльної групи ( $18,82 \pm 4,24$  % проти  $22,85 \pm 7,09$  % , відповідно). Водночас у основній групі поширеність середнього ступеня гінгівіту становила ( $31,76 \pm 5,05$ ) %, що було в 1,6 раза більше даних порівняльної групи ( $20,00 \pm 6,76$ ) %. Поширеність важкого ступеня ХКГ у дітей основної групи складала ( $10,59 \pm 3,34$ ) %, що було в 3,7 раза більше даних порівняльної групи ( $2,85 \pm 1,41$ ) %.

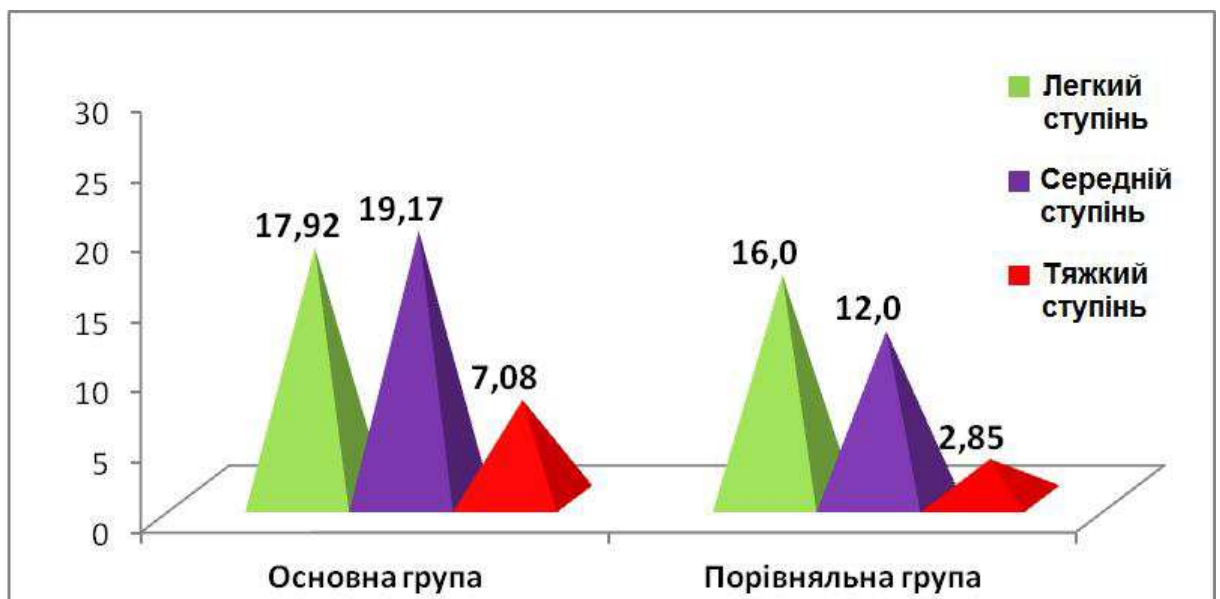


Рис. 2. Середні значення поширеності ХКГ у дітей груп дослідження залежно від ступеня тяжкості захворювання

### Висновки

Отже, проведені дослідження довели, що в середньому по групах поширеність ХКГ легкого ступеня була статистично однаковою, однак у дітей із бронхіальною астмою була значно вища поширеність середнього і важкого ступенів хронічного катарального гінгівіту, що може бути зумовлено патогенетичними механізмами соматичного захворювання.

### Перспективи подальших досліджень

Плануємо досліджувати стоматологічний статус дітей, хворих на бронхіальну астму, і проводити корекцію за допомогою лікарських препаратів.