

УДК 616.314.18-002.4-007.1-053.2.6

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, З.Р. КАМИЕВА, К.Х. ИБРАГИМОВА, А.Г. СЕРЕКОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Ермуханова Г.Т.

Актуальность вопроса обусловлена высокой распространенностью данной патологии у населения во всех возрастных группах, нередко у детей и подростков от 8 до 18 лет. Важным фактором риска, способствующим развитию воспалительных заболеваний пародонта, являются аномалии зубочелюстной системы.

***Цель исследования.** Изучение особенностей течения пародонтита у детей и подростков с зубочелюстными аномалиями.*

***Материал и методы.** Осмотрено 250 детей и подростков в возрасте от 8 до 18 лет, у 67 из которых выявлено наличие зубочелюстных аномалий и различных форм пародонтита. Проведено изучение анамнестических данных, клинической картины.*

***Результаты и обсуждение.** Установлено, что среди обследованных в 27% случаев выявлены зубочелюстные аномалии, из них аномалии зубных рядов выявлены у 22,7%, аномалии окклюзии – у 65,4%, аномалии отдельных зубов – у 11,9%. Отмечены более яркие клинические проявления. Воспалительно-деструктивные болезни пародонта агрессивно разрушают опорно-удерживающие структуры зуба, усугубляя имеющуюся аномалию прикуса и вызывая вторичные деформации зубных рядов, особенно при комбинации воспаления.*

***Выводы.** В 27% случаев причинами развития воспалительных заболеваний пародонта явились зубочелюстные аномалии. Течение заболеваний пародонтитов осложняли деформации зубных рядов и перемещения отдельных зубов.*

***Ключевые слова:** дети, подростки, пародонтит, зубочелюстные аномалии.*

В современной стоматологии одной из приоритетных проблем остаются вопросы диагностики, профилактики и лечения заболеваний пародонта. Актуальность вопроса обусловлена высокой распространенностью данной патологии у населения во всех возрастных группах, достигающей в возрасте от 30 до 50 лет 80-95% [1, 2]. Важным фактором риска, способствующим развитию воспалительных заболеваний пародонта, являются аномалии зубочелюстной системы [3].

В структуре стоматологического здоровья детей зубочелюстные аномалии (ЗЧА) занимают ведущее место, а также выявленные тенденции к дальнейшему росту их распространенности, что свидетельствует о существовании устойчивых механизмов формирования этой патологии. В то же время, несмотря на значительное внимание исследователей, вопросы стоматологического здоровья, с учетом влияния факторов риска у детей, изучены фрагментарно, что требует дальнейшего исследования и анализа [4, 5, 6].

Для объективной оценки клинико-функционального состояния тканей пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями, уточнения патогенеза и выявления донозологических форм заболеваний пародонта рекомендован комплекс современных высокоинформативных методов исследования: лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), реопародонтография (РПГ) и ультразвуковая доплерография. Полученные результаты позволили установить взаимосвязь между биометрическими показателями скученности зубов и ранними доклиническими признаками патологии пародонта у детей 12-15 лет, которая выражается в изменении

реактивности сосудов, прогрессирующем повышении показателей тонуса регионарных сосудов, развитии стойкой вазоконстрикции [7, 8, 9].

Целью исследований явилось изучение особенностей течения пародонтита у детей и подростков с зубочелюстными аномалиями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Осмотрены 250 детей и подростков г. Алматы в возрасте от 8 до 18 лет, у 67 из них выявлено наличие различных форм пародонтита. Вместе с тем в этой группе пациентов отмечено наличие и зубочелюстных аномалий. В структуре зубочелюстных аномалий преобладают сочетанные аномалии (65,23%). Аномалии зубных рядов выявлены у 22,72%, аномалии окклюзии – у 65,4%, аномалии отдельных зубов – у 11,9%. Проведено изучение анамнестических данных, клинической картины. Все дети и подростки прошли консультацию у ортодонта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные исследования среди 250 детей в возрасте от 8 до 18 лет показали, что высока роль зубочелюстных аномалий в развитии воспалительных заболеваний. Если заболевания пародонта развиваются на фоне зубочелюстных аномалий, то деформации наблюдаются значительно чаще, выражены ярче и характеризуются своеобразной клинической картиной. Воспалительно-деструктивные болезни пародонта агрессивно разрушают опорно-удерживающие структуры зуба, усугубляя имеющуюся аномалию прикуса

Контакты: Ермуханова Гульжан Тлеумухановна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. +7 701 988 07 60, e-mail: guljan.adab@mail.ru

Contacts: Gulzhan Tleumuhanova Ermuhanova, MD, Professor, Head of Department of Pediatric Dentistry Asfendiyarov KazNMU, Almaty c. Ph.: +7 701 988 07 60, e-mail: guljan.adab@mail.ru

и вызывая вторичные деформации зубных рядов, особенно при комбинации воспаления. Распространенность заболеваний пародонта у пациентов с зубочелюстными аномалиями встречается в два раза чаще, чем при нормальном ее состоянии, и диагностируется в 95-96% случаев. Тртоаномалийное положение зубов способствовало механическому сдавлению сосудов, уменьшению их просвета и, соответственно, увеличению сопротивления току крови в артериях, что являлось пусковым механизмом развития патологии пародонта.



Рисунок 1 – Пародонтит легкой степени тяжести



Рисунок 2 – Пародонтит средней степени тяжести на фоне аномалии положения, скученности зубов



Рисунок 3 – Быстро прогрессирующий агрессивный пародонтит на фоне аномалии окклюзии

Частота заболеваний тканей пародонта увеличивается с возрастом. Так, распространенность воспалительных заболеваний пародонта в 15 лет составляет 55-80% и приближается к 100% у взрослого населения. Сравнительный

анализ состояния пародонта, проведенный у детей и подростков от 8 до 18 лет, показал, что фактически лишь 4-5% из них поддерживают адекватную гигиену полости рта [10,11,12].

Исследования, проведенные среди школьников, свидетельствуют, что распространенность воспалительных изменений десны составляет 83,4%, при этом кровоточивость десен встречалась у 13,5%, зубной камень выявлен у 56,2%, пародонтальные карманы различной глубины установлены у 13,7% студентов [13,14].

При проведении клинического стоматологического обследования 250 школьников г. Алматы заболевания пародонта выявлены у 85,7% детей и подростков и были представлены гингивитом (68,7%) и пародонтитом (31,3%). Челюстно-лицевые аномалии, включая аномалии прикуса, обнаружены у 27% школьников [8, 9].

Для изучения состояния пародонта определяли: упрощенный индекс гигиены полости рта по Green-Wermillion (Oral Hygiene Index-simplified, OHI-S, 1964); индекс гигиены Федорова – Володкиной (1971); индекс гигиены полости рта и несъемного ортодонтического аппарата Улитовского – Ореховой (2008), пародонтальный индекс SPITN (индекс ВОЗ, 1982); индекс кровоточивости по Мюллеману в модификации Коуэлла (1975); индекс гингивита (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс - РМА в модификации Parma, 1960).

В подростковом возрасте недостаточно тщательная гигиена полости рта, изменение гормонального фона, различные формы аномалий строения зубов, например, открытый прикус, и многие другие причины приводят к возникновению воспалительного процесса. Зуд, чувство распирания в деснах, неприятный запах изо рта у ребенка, загустение слюны, выделения из пародонтальных карманов и расшатывание зубов – вот основные симптомы пубертатного, или подросткового, пародонтита.

Любой ортодонтический аппарат ухудшает гигиеническое состояние, затрудняет уход за полостью рта, снижает возможности самоочищения зубов. Микроорганизмы, развивающиеся на пищевых остатках, способствуют возникновению кариеса зубов и воспаления слизистой оболочки полости рта. Поэтому необходимо обратить самое пристальное внимание на гигиенические мероприятия. Зубы необходимо чистить после каждого приема пищи по 3–5 минут, тщательно очищая все поверхности зубов и межзубные промежутки (после обеда чистку зубов можно заменить тщательным полосканием полости рта). По поводу применяемой зубной пасты необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность зубочелюстных аномалий среди детей и подростков с воспалительными заболеваниями пародонта составила 27%. Среди детей с зубочелюстными аномалиями распространенность пародонтитов составила 87,5%.

2. Ведущая роль в развитии заболеваний пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями принадлежит нарушениям гемодинамики и микроциркуляции тканей пародонта. При скученном положении резцов нижней и верхней челю-

сти происходят количественные и качественные изменения основных показателей, характеризующих гемодинамику и микроциркуляцию в тканях пародонта.

3. Профилактика заболеваний пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями заключается в обязательной санации, обучении гигиене полости рта. Для устранения зубочелюстных аномалий необходимо проводить ортодонтическое лечение, причем для своевременного их выявления следует с 3-4-летнего возраста проконсультировать ребенка у врача-стоматолога. Для эффективной профилактики заболеваний пародонта у детей и предупреждения развития зубочелюстных аномалий необходимо проводить санитарно-просветительную работу в женских консультациях, центрах планирования семьи и центрах здоровья. Проводить активные формы гигиенического обучения и воспитания матерей.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Научно-техническая программа «Разработка комплексной программы диагностики, лечения и прогнозирования воспалительных заболеваний пародонта в Республике Казахстан» на 2015-2017 гг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Безрукова И.В., Грудянов А.И. Классификация агрессивных форм воспалительных заболеваний пародонта // *Стоматология*. – 2002. – №5. – С. 45-47
- 2 Нигай Г.А. Совершенствование ортодонтической помощи детям и подросткам г.Алматы с зубочелюстными аномалиями в современных условиях: Автореф...канд. дисс.: 14.00.33. – Алматы, 2010
- 3 Попова Е.С. Роль заболеваний пародонта, состояния гемодинамики микроциркуляции в патогенезе, профилактике и лечении зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в условиях резко континентального климата: Автореф. ...канд. мед. наук: 14.01.14. – Тверь, 2015. – 26 с.
- 4 Смирнова А.В., Мороз Б.Т. Комплексное лечение пациентов с локализованным пародонтитом травматической этиологии // *Научно-практический журнал Института стоматологии*. – 2010. – №1(46). – С. 70
- 5 Мадина Т.Н. Современное представление быстро прогрессирующих пародонтитов // *Клиническая стоматология*. – 1998. – №4. – С. 70-73
- 6 Попович З.Б., Рожко М.М., Безвуско Е.В. Рентгендіагностика захворювань зубів та тканин пародонту у дитячому та підлітковому віці. – 2001. – 214 с.
- 7 Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // *Стоматолог*. – 2006. – №6. – С. 37-48
- 8 O'Reilly P.G., Claffey N.M. A history of oral sepsis as a cause of disease // *Periodontal*. – 2000. – Vol. 23. – P. 13-18
- 9 Miller W.D. The human mouth as a focus of infection // *Dent Cosmos*. – 1891. – Vol. 33(9). – P. 689-709
- 10 Lockhart P.B., Bolger A.F., Papapanou P.N., Osinbowale O., Trevisan M., Levison M.E. et al. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association? A Scientific Statement from the American Heart Association // *Circulation*. – 2012. – Vol. 125(20). – P. 2520-2544
- 11 Dietrich T., Sharma P., Walter C., Weston P., Beck J. The epidemiological evidence behind the association between periodontal disease and incident cardiovascular disease // *J Clin Periodontol*. – 2013. – Vol. 40 (In press).
- 12 D'Aiuto F., Orlandi M., Gunsolley J.C. Evidence that periodontal treatment improves biomarkers and CVD outcomes // *J Clin Periodontol*. – 2013. – Vol. 40 (In press).
- 13 Haffajee A.D., Socransky S.S. Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases // *Periodontal*. 2000. – 1994. – Vol. 5. – P. 78-111
- 14 Hujuel P.P., White B.A., Garcia R.I., Listgarten M.A. The dentogingival epithelial surface area revisited // *J Periodontal Res*. – 2001. – Vol. 36(1). – P. 48-55

REFERENCES

- 1 Bezrukova IV, Grudyaynov AI. Classification of aggressive forms of periodontal inflammatory diseases. *Stomatologiya = Stomatology*. 2002;5:45-7 (In Russ.)
- 2 Nigay GA. *Sovershenstvovanie ortodonticheskoy pomoshchi detyam i podrostkam g.Almaty s zubochelestnyimi anomaliami v sovremennykh usloviyakh: Avtoref. na soisk. ...kand. diss.: 14.00.33.* [Perfection of orthodontic help to children and adolescents of Almaty city with dentoalveolar anomalies in modern conditions: Author's abstract. to the soisk. ... cand. diss. : 14.00.33.]. Almaty; 2010
- 3 Popova ES. *Rol' zabolevaniy parodonta, sostoyaniya gemodinamiki mikrotsirkulyatsii v patogeneze, profilaktike i lechenii zubochelestnykh anomalii u detey, prozhivayushchikh v usloviyakh rezko kontinental'nogo klimata: Avtoref. Na soisk.... kand. med. nauk: 14.01.14.* [The role of periodontal diseases, hemodynamics of microcirculation in pathogenesis, prevention and treatment of dentoalveolar anomalies in children living in sharply continental climate: Author's abstract. On the soot ... kand. Med. Sciences: 14.01.14.]. Tver; 2015. P. 26
- 4 Smirnova AV, Moroz BT. Complex treatment of patients with localized periodontitis of traumatic etiology. *Nauchno-prakticheskiy zhurnal instituta stomatologii = Scientific and practical journal of the Institute of Dentistry*. 2010;1(46):70 (In Russ.)
- 5 Madina TN. Modern representation of fast-progressive periodontitis. *Klinicheskaya stomatologiya = Clinical dentistry*. 1998;4:70-3 (In Russ.)
- 6 Popovich ZB, Rozhko MM, Bezvushko EV. *Rentgen-diagnostika zakhvoryuvan' zubiv ta tkanin parodontu u dityachomu ta pidlitkovomu vitsi* [X-ray diagnostics of dental and periodontal diseases in childhood and adolescence]. 2001:214
- 7 Sivovol SI. Primary factors in the etiology and pathogenesis of inflammatory periodontal diseases. *Stomatolog = Dentist*. 2006;6:37-48 (In Russ.)
- 8 O'Reilly PG, Claffey NM. A history of oral sepsis as a cause of disease. *Periodontal*. 2000;23:13-8
- 9 Miller WD. The human mouth as a focus of infection. *Dent Cosmos*. 1891;33(9):689-709

10 Lockhart PB, Bolger AF, Papapanou PN, Osinbowale O, Trevisan M, Levison ME, et al. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association? A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(20):2520–44

11 Dietrich T, Sharma P, Walter C, Weston P, Beck J. The epidemiological evidence behind the association between periodontal disease and incident cardiovascular disease. *J Clin Periodontol*. 2013;40 (In press).

12 D'Aiuto F, Orlandi M, Gunsolley JC. Evidence that periodontal treatment improves biomarkers and CVD outcomes. *J Clin Periodontol*. 2013;40 (In press).

13 Haffajee AD, Socransky SS. Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases. *Periodontol*. 2000. 1994;5:78–111

14 Hujoel PP, White BA, Garcia RI, Listgarten MA. The dentogingival epithelial surface area revisited. *J Periodontal Res*. 2001;36(1):48–55

ТҰЖЫРЫМ

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, З.Р. КАМИЕВА, К.Х. ИБРАГИМОВА, А.Г. СЕРЕКОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ТІС-ЖАҚ АУЫТҚУЛАРЫ БАР БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕ ПАРОДОНТ АУРУЛАРЫ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мәселенің өзектілігі аталмыш патологияның барлық жастық топ арасында жоғары таралуында, әсіресе 8-18 жас арасындағы балаларда. Пародонттың қабыну ауруларының дамуын тудыратын маңызды қауіп-қатер факторы болып тіс-жақ жүйесінің ауытқулары есептеледі.

Зерттеудің мақсаты. Тіс-жақ ауытқулары бар балалар мен жасөспірімдерде пародонт ауруларының клиникалық ағымының ерекшеліктерін зерттеу.

Материал және әдістері. 8-18 жас аралығындағы 250 бала мен жасөспірім тексерілді. 67-сінде тіс-жақ ақауы мен пародонт қабынуының әр түрлі формалары анықталды. Анамнез мәліметтері мен клиникалық көрінісіне зерттеу жүргізілді.

Нәтижелері және талқылауы. Тексеруден өткендердің 27%-ында тіс-жақ ақауы тіркелді. Оның ішінде 22,7%-ында – тіс қатары, 65,4%-ында – окклюзия, 11,9%-да – жеке тістер ауытқуы. Ерекше клиникалық көріністер айқындалды. Пародонттың қабынуы-

деструктивті аурулары тістің тірек-ұстап тұрушы құрылымын агрессивті түрде бұзып, тістем ауытқуын тереңдетіп, тіс қатарының екіншілік деформациясын шақырады.

Қорытынды. 27% жағдайда пародонттың қабыну ауруларын тудырушы себеп – тіс-жақ ауытқулары. Пародонт ауруларының ағымы тіс қатары ауытқуы мен жеке тістердің орын ауыстыруын асқындырды.

Негізгі сөздер: балалар, жасөспірімдер, пародонт қабынуы, тіс-жақ ауытқулары.

SUMMARY

G.T. YERMUKHANOVA, Z.R. KAMIEVA, K.Kh. IBRAGIMOVA, A.G. SEREKOV

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c., Republic of Kazakhstan

PARTICULARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF PARODONTITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DENTAL ANOMALIES

The urgency of the issue is due to the high prevalence of this pathology in the population in all age groups, often in children and adolescents from 8 to 18 years. An important factor of risk, contributing to the development of inflammatory periodontal diseases, are the anomalies of the dentoalveolar system.

The purpose of the research was to study the particularities of the course of periodontitis in children and adolescents with dentoalveolar anomalies.

Material and methods. 250 children and adolescents aged 8 to 18 years were examined, 67 of which showed the presence of dentoalveolar anomalies and various forms of periodontitis. The study of anamnestic data, clinical picture was carried out.

Results and discussion. It was established that among 27% of cases examined there were dentofacial anomalies, of which 22.7% were anomalies of dentition, anomalies of occlusion - in 65.4%, anomalies of individual teeth - in 11.9%. More vivid clinical manifestations were noted. Inflammatory-destructive periodontal diseases aggressively destroy the supporting structures of the tooth, exacerbating the existing anomaly of the occlusion and causing secondary deformations of the dentition, especially with a combination of inflammation.

Conclusions. In 27% of cases, the reasons for the development of inflammatory periodontal diseases were dentoalveolar anomalies. The course of parodont diseases complicated the deformation of the dentition and the movement of individual teeth.

Key words: children, adolescents, parodontitis, dentoalveolar anomalies.

Для ссылки: Ермуханова Г.Т., Камиева З.Р., Ибрагимова К.Х., Серекоев А.Г. Особенности клинического течения пародонтитов у детей и подростков с зубочелюстными аномалиями // Медицина (Алматы). – 2017. - №12 (186). – С. 62-65

Статья поступила в редакцию 21.10.2017 г.

Статья принята в печать 13.11.2017 г.