

Г.Т. Ермуханова, Ж.И. Рысбаева, З.Р. Камиева

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра стоматологии детского возраста

ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА

Проведены обследования 4028 детей и подростков с пародонтитами в возрасте от 7 до 16 лет в Кызылординской, Мангистауской и Алмтинской областей. Изучено состояния тканей пародонта с определением индекса РМА, пробы Шиллера-Писарева, наличие кровоточивости и зубного налета и камня, глубины пародонтального кармана. Распространенность заболеваний пародонта по Мангистауской области достигает 84%, по Кызылординской области 82,6%, что объясняется тем, что обследованию подлежали дети и подростки в основном сельского населения из экологических неблагоприятных регионов вышеуказанных областей РК, где оказание квалифицированной стоматологической помощи детям с патологией пародонта не поставлено на должный уровень.

Ключевые слова: дети, подростки, пародонтит, гингивит, стоматологическое обследование.

Актуальность. Заболевания пародонта, по данным большинства авторов, у детей широко распространены. По данным ВОЗ, 80% детей имеют те или иные заболевания пародонта. Они могут быть воспалительного, дистрофического и опухолевого характера. Самой большой группой заболеваний пародонта являются воспалительные: гингивиты, пародонтиты. На их долю приходится 94-96 % всех заболеваний пародонта. Этот уровень сохраняется уже давно, но в последние годы наблюдается тенденция увеличения частоты заболеваний среди лиц детей (6-8 лет).

По данным ВОЗ, ведущая роль в развитии заболеваний пародонта принадлежит микрофлоре зубной бляшки, зубного налета. С конца 80-х годов прошлого столетия на первое место вышла гипотеза о существовании специфической микрофлоры зубной бляшки. Были обнаружены новые микроорганизмы из группы бактероидов: *Actinobaculus actinomycetemcomitans*, *Prevotellaitermedia*, *Porphyromonasgingivalis*, *Bacteroidesmelanogenicus* и др. Было признано существование пародонтопатогенных бактерий. Если в здоровом пародонте преобладают грамположительные аэробные микроорганизмы, а доля грамотрицательных составляет 10-15 %, то при пародонтите это соотношение становится обратным [1, 2, 3].

Следует отметить, что воспаление пародонта развиваются в присутствии пародонтопатогенных микроорганизмов на фоне снижения резистентности организма. По данным многих авторов у больных с пародонтитами имеются существенные ослабления неспецифических и специфических факторов иммунитета. Этому способствуют имеющиеся общесоматические заболевания, при этом общеизвестным фактом является влияние на снижение резистентности организма неблагоприятной окружающей среды. В связи с этим создаются условия для реализации первичного комплекса причинных факторов. Различия в течении заболеваний пародонта определяются разным состоянием иммунитета у пациентов [4, 5].

Аральский кризис приобрел международное значение. Общеизвестно, что Кызылординская область характеризуется сложившейся критической экологической обстановкой: с одной стороны регрессией Аральского моря и с другой - открытием рудника подземного выщелачивания «Ирколь» с производственной мощностью 750 тонн урана в год. Известно, что основными определяющими факторами уровня здоровья являются состояние окружающей среды. В результате в регионе увеличена частота патологии беременных, заболеваний желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, верхних дыхательных путей, повышены показатели рождаемости детей с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области, в частности врожденные расщелины губы и неба, во многих регионах понизилось качество питьевой воды и т.д. [6, 7, 8, 9, 10]. В настоящее время стоматологическая заболеваемость по Кызылординской области по многим позициям превышает среднереспубликанские показатели.

Также социально-экономическое развитие Мангистауской области формируется в неблагоприятных природно-климатических условиях (дефицит пресной воды, бедные в плодородном отношении почвы, постоянное колебание уровня Каспийского моря), которые создают специфику развития социальной сферы и характер расселения населения [11, 12, 13]. В связи с этим немаловажное значение в развитии заболеваний пародонта у детей и подростков играет экология окружающей среды, которая оказывает тератогенное воздействие на организм ребенка в целом.

Целью наших исследований является изучение частоты и проблем течения заболеваний пародонта у детей и подростков в отдельных регионах Казахстана. Это в городе Алматы, Мангистауской, Кызылординской областей Казахстана.

Материал и методы исследования: силами преподавателей кафедры стоматологии детского возраста проведено обследование 2233 школьников в возрасте 6,10,12,15 лет в г Алматы, 1200 детей в возрасте от 7 до 16 лет в г. Аральске, г. Кызылорде и пос. Шиели Кызылординской области, 595 детей Мангистауской области в возрасте 6,10,12,15 лет (201 ребенок г.Актау, 210 детей с. Мунайлы, 187 детей г.Новый Узень).

Стоматологическое обследование включало: изучение состояния тканей пародонта, что определялось по индексу РМА, проба Шиллера- Писарева и таких клинических признаков как кровоточивость, наличие зубного налета и камня, глубину пародонтального кармана; гигиенический индекс (ГИ) определялся по методике Грин- Вермильона. На каждого ребенка заполнялась карта ВОЗ.

Результаты исследований.

Среди 4028 обследованных школьников было выявлено 1720 (42,7%) детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет с различными формами воспалительных заболеваний пародонта, обучающихся в школах г.Алматы, Мангистауской, Кызылординской областей.

Особенности развития заболеваний пародонта у детей связаны с тем, что, во-первых, патологический процесс развивается в растущих, постоянно перестраивающихся тканях, входящих в состав пародонта, в тканях морфологически и функционально незрелых, способных неадекватно реагировать даже на незначительные повреждающие факторы. С другой стороны, патология пародонта может развиваться на фоне диспропорции роста и созревания тканевых структур как внутри системы, имеющей единые функции (зуб, периодонт, альвеолярная кость и т.д), так и в структурах и системах, обеспечивающих весь организм и приспособляющих его к изменениям внешней среды (нервная, гуморальная, эндокринная и др.), что обуславливает возникновение заболеваний пародонта в ювенильном периоде. Кроме того, на состояние пародонта может оказывать влияние отсутствие синхронности между скоростью прорезывания постоянных зубов и темпами построения альвеолярной кости, что приводит к уменьшению зоны прикрепленной (альвеолярной) десны, удлинению клинической коронки зубов на 2-5 мм, уменьшению глубины преддверия. Поэтому при оценке клинических и рентгенологических признаков заболеваний пародонта необходимо учитывать и особенности строения пародонта в детском возрасте. Десневая бороздка у детей более глубокая, до 3 мм, а в период прорезывания зуба до 4 мм; периодонтальная щель в пришеечной области в период незаконченного формирования корней в 2 раза шире, чем у взрослых, что необходимо учитывать при анализе рентгенограмм; минерализация верхушек межальвеолярных перегородок и компактной пластинки завершается одновременно с окончанием формирования корней, то есть во фронтальном участке в возрасте 8-9 лет, а в боковых - в 14-15 лет.

Гингивит (катаральный или гипертрофический, отечная форма) и пародонтит имеют одинаковый причинный фактор. Это две взаимосвязанные формы заболевания. При гингивитах воспалительный процесс ограничен только десной. Распространение воспаления на другие ткани пародонта (периодонт, цемент корня, альвеолярную кость) приводит к развитию пародонтита.

Гингивиты. У 23 детей (10%) в возрасте 10 лет выявлен хронический катаральный гингивит - наиболее часто встречающаяся патология пародонта у детей. Дети жалоб не предъявляли, лишь иногда отмечали кровоточивость десен при чистке зубов. При осмотре определялась застойная гиперемия, пастозность, кровоточивость сосочков и десневого края. Краевая десна была валикообразно утолщена.

При остром катаральном гингивите воспалительный процесс обычно протекает с превалированием экссудации. Для этого заболевания характерны жалобы на боль, зуд, кровоточивость десен, отказ от еды. При осмотре определяются гиперемия и отечность сосочков, десневого края, иногда и альвеолярной десны, что приводит к увеличению размеров и изменению формы десневых сосочков (не острые, а закругленные). При вовлечении альвеолярной десны исчезает ее зернистость (симптом лимонной корки), характерная для здоровой десны. Определяется кровоточивость десен при незначительном прикосновении к ним. Эта форма гингивита наблюдается относительно редко, в основном, при прорезывании зубов, в результате острой травмы (механической, химической, термической), при острых детских инфекционных заболеваниях, а также как проявление аллергии, симптом острого герпетического стоматита. В наших случаях такая форма гингивита не выявлялась.

Пародонтиты. В наших наблюдениях у детей чаще встречался пародонтит, локализованный в области 1-2 или группы зубов во фронтальном участке челюстей при скученности зубов или зубочелюстных аномалиях, при аномалиях строения и прикрепления уздечек языка, губ, мелком преддверии полости рта. Для пародонтита обычно характерны следующие признаки: жалобы на кровоточивость десен, иногда боль в них при обострении, запах изо рта.

Начальная форма пародонтита у обследуемых детей не выявлялась. Обычно при этой форме дети жалоб не предъявляют, клинически определяются неярко выраженные симптомы катарального гингивита, отложение зубного налета, ложные пародонтальные карманы до 2-2,5 мм, зубы устойчивы, шейки зубов не обнажены. Рентгенологически определяются нечеткость или деструкция кортикальной пластинки на вершинах межальвеолярных перегородок и незначительный остеопороз их губчатого вещества.

При легкой форме пародонтита 24 (10,5%) пациента предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, клинически определялись симптоматический катаральный гингивит, отложение зубного

налета и зубного камня в небольшом количестве, пародонтальные карманы глубиной до 3,5 мм, подвижность зубов незначительно выражена или 1-й степени. На рентгенограмме определялись отсутствие кортикальной пластинки на вершинах и боковых отделах межальвеолярных перегородок, расширение периодонтальной щели в пришеечной области, в последующем - деструкция межальвеолярных перегородок до 1/3 длины корня; очаги остеопороза межальвеолярных перегородок. При хроническом течении остеопороз был выражен нечетко, при обострении носил диффузный характер.

При среднетяжелой форме пародонтита у 35 (15,4%) детей отмечались жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов и приема пищи, клинически определялись симптоматический гингивит, отложение зубного камня и зубного налета, пародонтальные карманы до 5-6 мм с серозным или гнойным отделяемым; подвижность зубов 1-2-й степени, имело место обнажение корней зубов. На рентгенограмме определялись деструкция межзубных перегородок от 1/3 до 1/2 длины корня, расширение периодонтальной щели, остеопороз незначительный при хроническом течении, а при обострении - диффузный.

Пародонтит тяжелой формы у 3 детей (1,3%) характеризовался жалобами на кровоточивость и болезненность десен при чистке зубов и приеме пищи. Клинически определялись симптомы катарального или гипертрофического гингивита, значительные отложения над- и поддесневого камня и мягкого зубного налета, карманы глубиной более 5-6 мм, заполненные грануляциями и гнойным содержимым. На рентгенограмме - деструкция межальвеолярных перегородок в пределах 2/3 длины корня, диффузный остеопороз оставшейся костной ткани перегородок, подвижность зубов 2-3-й степени, обнажение корней, смещение зубов и травматическая окклюзия.

Обследовано 2233 школьника г.Алматы в возрасте от 7 до 18 лет. У 229 из них выявлены заболевания пародонта. Установлено, что разные формы гингивитов и пародонтитов характерны для детей различных возрастных категорий. В большинстве случаев обследуемые дети состояли на учете у узких специалистов по поводу патологии эндокринной, пищеварительной и системы крови (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение детей по формам патологии пародонта по г Алматы

№ п\п	Возраст школьников, лет	Заболевания пародонта							
		Хронический катаральный гингивит	Гипертрофический гингивит, отечная форма	Язвенно-некротический	Пародонтит легкой степени тяжести	Пародонтит средней степени тяжести	Пародонтит тяжелой степени	БАП препубертатный	БАП пубертатный
1	6-8		3	1	-	3	-	1	-
2	9-10	23	13	-	6	1	-	1	-
3	11-12	-	37	-	5	6	-	2	1
4	13-15	4	78	-	7	23	3	-	2
5	16-18	-	1	-	6	2	-	-	-
	всего	27 (11,8%)	132 (57,6%)	1 (0,4%)	24 (10,5%)	35 (15,4%)	3 (1,3%)	4 (1,7%)	3 (1,3%)

Обследовано всего 595 детей в возрасте 6,10,12,15 лет, проживающих в 3 населенных пунктах Мангистауской области: 201 ребенок г.Актау, 210 детей с.Мунайлы, 187 детей г.Новый Узень. Из них 500 детей(84%) имеют различные формы заболевания пародонта (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение детей по формам патологии пародонта по Мангистауской области

№ п\п	Возраст школьников, лет	Заболевания пародонта							
		Хронический катаральный гингивит	Гипертрофический гингивит, отечная форма	Язвенно-некротический	Пародонтит легкой степени тяжести	Пародонтит средней степени тяжести	Пародонтит тяжелой степени	БАП препубертатный	БАП пубертатный
1	6-8	10	-	1	2	1	-	1	-
2	9-10	79	5	1	6	4	-	1	-
3	11-12	56	15	-	9	2	1	2	1
4	13-15	68	22	4	25	2	1	-	1
5	16-18	90	30	7	35	9	2	-	4
	всего	303 (60,6%)	72 (14,4%)	13 (3,2%)	77 (15,4%)	18 (3,6%)	4 (0,8%)	4 (0,8%)	6 (1,2%)

У 158 (52%) человек выявлен гингивит, в основном, хронического течения, кровоточивость отмечалась почти у каждого из них. У 78% детей с гингивитами отмечалось наличие мягких зубных отложений и камня. У 28% обследуемых детей подросткового возраста были также обнаружены пародонтальные карманы. Выявлено большое количество зубочелюстных аномалий, аномалий слизистой оболочки полости рта – в 42% случаев зарегистрированы аномалии уздечек языка, губ у детей. По Кызылординской области обследовано 1200 детей и подростков, из них с патологией пародонта у 991, что составляет 82,6% (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение детей по формам патологии пародонта по Кызылординской области

№ п\п	Возраст школьников, лет	Заболевания пародонта							
		Хронический катаральный	Гипертрофический гингивит,	Язвенно-некротический гингивит	Пародонтит легкой степени тяжести	Пародонтит средней степени тяжести	Пародонтит тяжелой степени тяжести	БАП препубертатный генерализованный	БАП пубертатный
1	6-8	5	-	-	2	5	-	-	-
2	9-10	66	-	-	12	8	-	1	-
3	11-12	72	17	-	56	17	1	1	1
4	13-15	167	31	9	72	37	1	-	1
5	16-18	214	44	4	89	55	2	-	1
	всего	524 (53,0%)	92 (9,0%)	13 (1,0%)	231 (24,0%)	122 (12,0%)	4 (0,5%)	2 (0,2%)	3 (0,3%)

У детей 6-8 лет у 5(0,5%) отмечалась плохая гигиена полости рта (ГИ по Грин Вермиллиона $2,8 \pm 0,95$), следствием чего явилась отечность, гиперемия, кровоточивость десен, у 7(0,7%) патологические зубодесневые карманы различной глубины от 3,5 до 5 мм; в группе детей 9-10 лет у 66 (7%) выявлен хронический гингивит, у 21(2,1%) пародонтиты, среди которых 1 с препубертатным быстро прогрессирующим агрессивным пародонтитом (выявлен патогенный *Helicobactergaseae* в полости рта 19,4) (по данным НТП Рысбаевой); в группе 11-12 лет диагностированы гингивиты у 89 (9%), у 76(8%) воспалительно-деструктивные формы заболевания пародонта, среди которых у 3 (0,3%) выявлен быстро прогрессирующий агрессивный пародонтит, фоновым заболеванием явилось гастродуоденальная патология; у 262 (27%) подростков 13-18 лет выявлены гингивиты, следствием которого явились плохая гигиена полости рта, зубо-челюстные аномалии прикуса, зубов и среди них у 5 (0,5%) быстро прогрессирующий агрессивный пародонтит, фоновым заболеванием явилось системные заболевания крови, эндокринной системы.

Заключение. Количество детей и подростков с заболеванием пародонта возрастает из года в год. Если по данным ВОЗ, 80% детей имеют те или иные заболевания пародонта, то мы видим по Мангистауской области достигает 84%, по Кызылординской области 82,6%. Это объясняется тем, что обследованию подлежали дети и подростки в основном сельского населения из экологических неблагоприятных регионов разных областей РК (с Мунайлы, г. Новый Узень, районы Приаралья), где оказание квалифицированной стоматологической помощи детям с патологией пародонта не поставлено на должный уровень.

В связи с этим было бы целесообразно ввести в штат государственных стоматологических клиник должность врача стоматолога-пародонтолога с необходимым оборудованием для оказания квалифицированной помощи или включить в перечень услуг, включенных в рамках ГОБМП выявление и лечение детей с пародонтологическими заболеваниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ермуханова Г.Т., Амрин М.К., Нурлы Р.Б., Камиева З.Р., Ермуханова Г.А., Кисмет Г.С. Состояние окружающей среды и уровень стоматологического статуса детей Мангистауской области // Вестник КазНМУ. – 2014. - №2. – С. 142-148.
- 2 Каркимбаева Г.Т., Рысбаева Ж.И., Микробный спектр ротовой полости у детей с заболеваниями пародонта // Medicine & Science in Sport & Exercise. – 2008. - №12(2). – С. 22-29.
- 3 Рысбаева Ж.И., Каркимбаева Г.А. Клинико-цитологическая характеристика десневой жидкости у детей при хроническом катаральном гингивите // Medicine&Science in Sport & Exercise. – 2008. - №12(2). – С. 34-38.
- 4 Рысбаева Ж.И., Каркимбаева Г.А. Клинико- гистологическое исследование подростков с заболеванием пародонта // Вестник КазНМУ. – 2014. - №2. – С. 243-246.

- 5 Безрукова И.В., Грудянов А.И. Классификация агрессивных форм воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. - 2002. - № 5. - С. 45-47.
- 6 Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // Стоматолог. - 2006. - № 6. - С. 37-48.
- 7 Ральер Мазур. Местная антимикробная терапия активных пародонтальных карманов // Новое в стоматологии. - 2000. - №4. - С. 78-81.
- 8 Гриценко Е. А., Суетенков Д.Е., Харитонов Т.Л., Лебедева С.Н. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. - Vol. 7, Issue 1. - P. 234-239.
- 9 American Academy of Periodontology. Guidelines for the management of patients with periodontal diseases // J. Periodontol. – 2006. - №77. – P. 1607–1611.
- 10 Van Dyke Т.Ею, Sheilesh D. Risk factors for periodontitis // J. Int. Acad. Periodontol. – 2005. - №7. – P. 3–7.
- 11 Page R.C., Martin J., Krall E.A., Mancl L., Garcia R. Longitudinal validation of a risk calculator for periodontal disease // J. Clin. Periodontol. – 2003. - №30. – P. 819–827.
- 12 Douglass C.W. Risk assessment and management of periodontal disease // J. Am. Dent. Assoc. – 2006. - №137. – P. 27–32.
- 13 Petersen P.E., Ogawa H. Strengthening the Prevention of Periodontal Disease: The WHO Approach // J. Periodontol. – 2005. – №3. - P. 2187–2193.

Г.Т. Ермуханова, Ж.И. Рысбаева, З.Р. Камиева

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ӘР ӨНІРІНДЕГІ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ПАРОДОНТ АУРУЛАРЫ

Түйін: Қызылорда, Маңғыстау және Алматы облысындағы пародонт қабынуымен науқас 7-16 жас арасындағы 4028 бала мен жасөспірім тексерілді. РМА индексі, Шиллер-Писарев сынамасы, қанағыштықтың бар-жоғы

және тіс қағы мен де тасы, пародонт қалтасын анықтау арқылы пародонт тіндері жағдайы анықталды. Пародонт ауруының таралуы Маңғыстау облысында 84%, Қызылорда облысында 82,6%. Бұл тексеріліп отырған балалар мен жасөспірімдердің ауыл тұрғындары мен экологиясы нашар аумақ екендігімен байланысты. Және бұл аймақтарда стоматологиялық көмеккөрсету дәрежесі төмен.

Түйінді сөздер: балалар, жасөспірім, пародонт қабынуы, қызылиек қабынуы, стоматологиялық тексеру.

G.T. Vermukhanova, Z.R. Kamiyeva, Zh.I. Rysbaeva

DISEASES OF PERIODONT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF DIFFERENT REGIONS OF KAZAKHSTAN

Resume: A survey of 4028 children and adolescents with periodontitis aged 7 to 16 years was conducted in Kyzylorda, Mangystau and Almta regions. Studied the state of periodontal tissues with the definition of the PMA index, Schiller-Pisarev test the presence of bleeding and plaque and stone, the depth of the periodontal pocket. The prevalence of periodontal disease in the Mangystau region reaches 84%, in Kyzylorda region, 82.6%, which is explained by the fact that children and adolescents were mainly from the rural population from the environmental unfavorable regions of the above-mentioned regions of the Republic Kazakhstan, where the provision of qualified dental care to children with periodontal pathology is not at the proper level.

Keywords: children, adolescents, periodontitis, gingivitis, dental examination.