

## СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

УДК 616.311.2-002-055.23:618.172

**Н. І. Смоляр, д. мед. н., О. О. Машкаринець**

Львівський Національний медичний університет і  
м. Данила Галицького

### ПОШИРЕНІСТЬ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІВЧАТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПЕРІОДУ СТАТЕВОГО ДОЗРІВАННЯ

*Поширеність запальних захворювань пародонта у дівчат 6-16 років, в середньому, складає 60,65±1,16 %. Хронічний катаральний гінгівіт виявлено у 59,02±1,61 %. Піком захворюваності на хронічний катаральний гінгівіт є 12 років, високі показники поширеності виявлені також і в препубертатному періоді.*

**Ключові слова:** хронічний катаральний гінгівіт, пубертатний період, дівчата

**Н. И. Смоляр, А. А. Машкаринець**

Львовский национальный медицинский университет  
им. Данила Галицкого

*Распространенность воспалительных заболеваний пародонта у девочек 6-16 лет, в среднем, составляет 60,65±1,16 %. Хронический катаральный гингивит обнаружен в 59,02±1,61 %. Пиком заболеваемости хронический катаральный гингивит есть 12 лет, высокие показатели распространенности обнаружены также и в препубертатном периоде.*

**Ключевые слова:** хронический катаральный гингивит, пубертатный период, девушки.

**N. I. Smolyar, O. O. Mashkarynets**

Lviv Danylo Halytskyi Medical National University

### PREVALENCE OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS IN GIRLS DEPENDING ON PU- BERTY

*Summary: Frequency of the inflammatory diseases of the periodontal tissues in 6-16 year-old girls, in the average is 60,65±1,16 %. The chronic catarrhal gingivitis is revealed in 59,02±1,61 %. The peak of the disease (chronic catarrhal gingivitis) is 12 years. High incidence of the frequency are also revealed in the prepubertal period.*

**Key words:** chronic catarrhal gingivitis, pubertal period, girls.

Проблема виникнення та розвитку захворювань тканин пародонта на сьогодні є актуальною не лише для дорослих пацієнтів, а й для дітей. Значне місце у структурі захворювань тканин пародонта у дітей займає гінгівіт з перевагою хронічного катарального [1-3]. Найвища поширеність ХКГ припадає на пубертатний період, коли тканини пародонта не є повністю сформованими і найбільш чутливими до несприятливих впливів в результаті інтенсивного росту та перебудови організму. Пубертатний вік характеризується становленням нового складного рівня взаємовідносин у ендокринній системі, що впливає і на тканини пародонту. У цей період і у здорових дівчат тимчасовий

дисбаланс гормонів приводить до розвитку хронічного генералізованого катарального гінгівіту, який характеризується тривалістю лікування, постійним рецидуванням і резистентністю до лікування і загострюється синхронно із циклічною діяльністю яєчників, не дивлячись на нерегулярність менструацій [4].

Тому, метою даного дослідження є вивчення поширеності хронічного катарального гінгівіту у дівчат в різні періоди статевого дозрівання.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами було обстежено 925 дівчат віком від 6 до 16 років міста Львова. В залежності від статевого дозрівання обстежені дівчата були поділені на 4 групи: перша група (6-7 років) – ранній препубертатний період; друга (8-11 років) – пізній препубертатний період; третя (12-14 років) пубертатний період та четверта (15-16 років) – юнацький період [5]. Діагностику захворювань пародонта проводили згідно систематики захворювань пародонта М.Ф.Данилевського [6]. Патологічні зміни в тканинах пародонта, ступінь важкості їх ураження оцінювали за допомогою індексу РМА в модифікації Parma (1960).

Отриманий цифровий матеріал піддавався статистичному аналізу з використанням Т-критерія Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті проведеного дослідження ми виявили, що розповсюдженість захворювань тканин пародонта в обстежених дівчат, в середньому, складала 60,65±1,61 %, що відповідає високому рівню поширеності за ВООЗ.

Аналіз захворюваності у дівчат в залежності від віку, показав, що з шести до дванадцяти років спостерігається тенденція до росту цього показника і утримання його на цьому ж рівні до чотирнадцяти років (66,6±4,41 %) з подальшим його достовірним зниженням до п'ятнадцяти років 53,09±4,69 % (p<0,05). Це дає нам підставу стверджувати, що пік захворюваності тканин пародонта припадає на 12-14 років.

При порівнянні розповсюдженості захворювань пародонта в залежності від періоду статевого дозрівання (рис.) було виявлено, що у дівчаток раннього препубертатного періоду (6-7 років) її показник складає 46,7±5,25 %, що може пояснюватись реакцією тканин пародонта на прорізування різців. У дівчат пізнього препубертатного періоду 8-11 років спостерігається тенденція до його підвищення до 59,42±3,42 % (p>0,05) і до 12-14 років (пубертатний період) – показник розповсюдженості становить 65,52±2,89 % (p<0,02), тобто достовірно підвищується по відношенню до даного показника у дітей раннього пубертатного періоду. Це і обумовило більш детальне вивчення цієї патології не лише у осіб пубертатного періоду, але й у дітей препубертатного періоду. У дівчаток 15-16 років (юнацький період) розповсюдженість захворювань пародонта знижується достовірно до 50,77±4,72 %, (p<0,02) проте знаходиться на достатньо високому рівні, у порівнянні з даними ВООЗ.

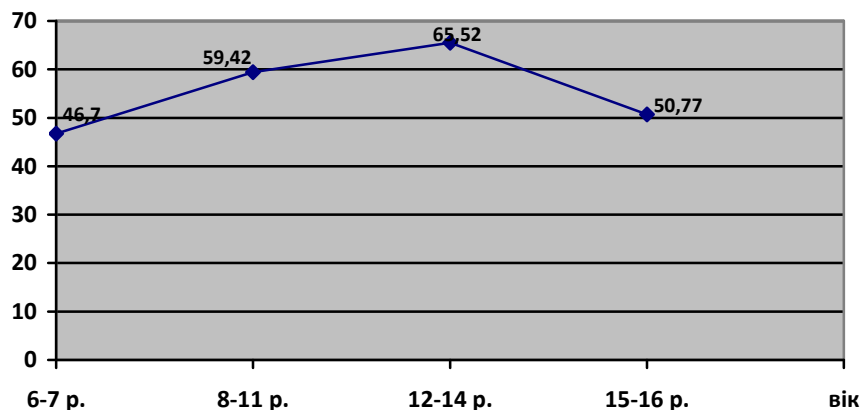


Рис. Поширеність захворювань пародонта в залежності від періоду статевого дозрівання.

Оскільки пік захворюваності згідно наших даних припадає на 12-14 років, ми проаналізували поширеність захворювань тканин пародонта в залежності від наявності місячних. Встановлено, що у дівчаток, у яких були наявні місячні даний показник, в середньому, склав  $56,86 \pm 3,19$  %, а без місячних –  $43,08 \pm 4,18$  %. Встановлено, що існує суттєва різниця в розвитку хвороб пародонта по віку залежно від місячних. Отже, у дівчат 11 років частота захворювань пародонта при наявності місячних становить  $6,25 \pm 3,38$  %, що значно менше, ніж при відсутності місячних  $93,75 \pm 3,38$  % ( $p < 0,001$ ). В подальшому значно змінюється це співвідношення: так, якщо у 12 річних дівчаток з місячними і без них частота захворювань пародонта знаходиться майже на одному рівні і складає  $47,7 \pm 5,05$  % та  $52,3 \pm 5,07$  % ( $p > 0,05$ ), то у 13 та 14 річних дівчат з наявністю місячних спостерігається значне підвищення частоти патологічних процесів в тканинах пародонта, в порівнянні з дівчатами, у яких місячні відсутні з  $83,33 \pm 3,99$  % та  $16,6 \pm 3,98$  % ( $p < 0,001$ ),  $90,24 \pm 5,33$  % та  $9,75 \pm 5,32$  % ( $p < 0,001$ ).

Тобто, можна стверджувати, що у групі дівчат у яких є місячні з віком поширеність захворювань тканин пародонта зростає з  $6,25 \pm 3,38$  % у 11-ти річних до  $90,24 \pm 5,33$  % у 14-ти річних дівчат, що може бути обумовлено як впливом нестабільного невідновленого менструального циклу, так і безпосереднім можливим впливом гормонального дисбалансу на тканини пародонта.

Серед усіх обстежених дівчат хронічний катаральний гінгівіт було виявлено у  $59,02 \pm 1,61$  %, гіпертрофічний гінгівіт та пародонтит –  $0,55 \pm 0,24$  % та  $1,08 \pm 0,33$  %, відповідно (табл.).

З даних таблиці видно, що пік захворюваності на гінгівіт припадає на 12 років і складає  $67,50 \pm 3,70$  %. У той же час у 12-річних дівчат з'являється пародонтит у  $0,62 \pm 0,62$  % і до 16 років його показник зростає до  $2,94 \pm 1,68$  %. Гіпертрофічний гінгівіт нами був виявлений лише у 12-14-річних дітей, тобто період, котрий співпадає із піком захворюваності тканин пародонта.

Аналіз структури захворювань тканин пародонта показав, що хронічний катаральний гінгівіт склав –  $97,33 \pm 0,68$  %. Слід зауважити, що гострий катаральний та загострення хронічного катарального гінгівіту

зустрічалися нами в поодиноких випадках ( $0,32 \pm 0,18$  % та  $0,21 \pm 0,15$  %).

Аналіз розповсюдженості хронічного катарального гінгівіту в залежності від віку показав, що з 6-ти до 7-ми років показник має тенденцію до зростання із  $38,46 \pm 7,79$  % до  $54,90 \pm 6,96$  % ( $p > 0,05$ ), проте з 6-ти до 12 років він різко зростає до  $67,50 \pm 3,70$  % що є достовірно ( $p < 0,001$ ); і цей віковий період є піком захворюваності на хронічний катаральний гінгівіт у дівчат. З 12-ти до 16-ти років поширеність плавно знижується до  $49,01 \pm 4,97$  %, ( $p < 0,01$ ).

При вивченні поширеності ХКГ в залежності від початку місячних виявилось наступне: серед дівчат, в яких місячні почалися в 11 років ХКГ зустрічався в  $53,84 \pm 7,98$  %. У 12-ти та 13-ти річних дівчат цей показник зростає і становить  $62,28 \pm 4,53$  % і  $63,39 \pm 4,55$  %. В подальшому з віком він поступово знижується і становить  $55,17 \pm 9,23$  % у 14 річних дівчат.

Встановлено, що існує певна залежність між поширеністю ХКГ та початком менструального циклу у дівчат кожної вікової групи. Враховуючи це, ми проаналізували перебіг менструального циклу у дівчат з хронічним катаральним гінгівітом та інтактним пародонтом.

Встановлено, що при ХКГ нормальний менструальний цикл у дівчат, в середньому, склав  $33,96 \pm 3,17$  %, що є достовірно нижче, в порівнянні, з інтактним пародонтом –  $51,3 \pm 3,35$  % ( $p < 0,001$ ). У дівчат з ХКГ частота больового синдрому є вищою і, в середньому, становить  $66,03 \pm 3,17$  % у порівнянні з дівчатами без гінгівіту  $48,68 \pm 3,35$  % ( $p < 0,001$ ). Причому, частота больового синдрому у даному випадку є високою у дівчат усіх вікових груп, з найвищим показником у дівчат, місячні у яких почалися в 11 років –  $81,25 \pm 7,01$  %. Серед обстежених дівчат з ХКГ показник регулярного менструального циклу, в середньому, є дещо нижчий –  $72,79 \pm 2,98$  %, у порівнянні з дівчатами з інтактним пародонтом  $86,59 \pm 2,28$  % ( $p < 0,001$ ). Показник нерегулярних місячних, навпаки, є вищим, при ХКГ –  $20,18 \pm 2,69$  % проти  $13,55 \pm 2,29$  % при здоровому пародонті. За наявності ХКГ порушення менструального циклу становлять  $19,86 \pm 2,67$  %, що значно менше, ніж при відсутності гінгівіту –  $4,59 \pm 1,40$  % ( $p < 0,001$ ). Найвищий показник порушень менструального циклу зустрічається при ХКГ у дівчат з початком місячних в 11 років і складає  $43,7 \pm 8,91$  %. Існує

Таблиця

**Структура захворювань тканин пародонта у дівчат**

Вік дитини (роки)	Кількість обстежених дітей	Інтактний пародонт		Хронічний катаральний гінгівіт		Гіпертрофічний гінгівіт		Пародонтит	
		абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%
6	39	24	**61,53±7,79***	15	*38,46±7,79**	-	-	-	-
7	51	23	45,09±6,96	28	54,90±6,96	-	-	-	-
8	56	25	44,64±6,64	31	55,35±6,64	-	-	-	-
9	54	23	42,59±6,72	31	57,40±6,72	-	-	-	-
10	45	17	37,77 ±7,02	28	*62,22±7,03	-	-	-	-
11	51	19	**37,25±6,59	32	62,74±6,60**	-	-	-	-
12	160	49	30,62±3,64***	108	67,50±3,70**	2	1,25±0,87	1	0,62±0,62
13	135	44	32,59±4,03***	89	65,92±4,07**	1	0,80±0,79	1	0,80±0,76
14	114	38	33,33±4,41***	72	63,15±4,51**	2	1,75±1,22	2	1,75±1,22
15	118	53	44,91±4,69	62	52,54±4,68**	-	-	3	2,54±1,51
16	102	49	48,03±4,97	50	49,01±4,97**	-	-	3	2,94±1,68
середнє	925	364	39,35±1,61	546	59,02±1,61	5	0,55±0,24	10	1,08±0,33

*Примітка:* \* p1 < 0,05- ступінь достовірності між 6-ти та 10-ти річними дівчатами при хронічному катаральному гінгівіті;

\*\* p2 < 0,02- ступінь достовірності між 6-ти та 11-16-ти річними дівчатами при ХКГ та інтактному пародонті;

\*\*\* p3 < 0,01- ступінь достовірності між 6-ти та 12-14-ти річними дівчатами при інтактному пародонті.

суттєва різниця в становленні менструального циклу у дівчат. Є відмінність у встановленні менструального циклу при ХКГ і інтактному пародонті. Так, у дівчат з діагнозом ХКГ встановлення менструального циклу відразу (в перший місяць) складає  $35,08 \pm 3,20$  % проти  $54,49 \pm 3,34$  без гінгівіту ( $p < 0,001$ ). В подальшому це співвідношення змінюється. Так, показник встановлення менструального циклу через 1-2 роки є вищим при ХКГ, у порівнянні із дівчатами, котрі не мали захворювання пародонту, що є статистично достовірно  $52,03 \pm 3,35$  % проти  $36,19 \pm 3,22$  % ( $p < 0,01$ ). Не встановлений менструальний цикл, в середньому, спостерігається в  $17,17 \pm 2,53$  % за наявності ХКГ проти  $12,42 \pm 2,21$  % у дівчат без гінгівіту ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** 1. Встановлений високий рівень поширеності запальних захворювань пародонта у дівчат 6-16 років, що складає, в середньому, -  $60,65 \pm 1,61$  %. Хронічний катаральний гінгівіт виявлено у  $59,02 \pm 1,61$  %, гіпертрофічний гінгівіт - у  $0,55 \pm 0,24$  %, пародонтит початковий I ступеню діагностовано у  $1,08 \pm 0,33$  %.

2. Представлені результати обстеження свідчать, що піком захворюваності на ХКГ є 12 років, високі показники поширеності виявлені також і в пре-пубертатному періоді, тому, профілактичні міроприємства слід проводити задовго до 12 років (можливо з 7-ми років) з прорізуванням постійних різців.

3. Перебіг менструального циклу у дівчат з хронічним катаральним гінгівітом та інтактним пародонтом показав, що ХКГ зустрічається частіше при порушеннях менструального циклу.

#### Список літератури

1. Каськова Л. Ф. Поширеність хронічного катарального гінгівіту у дітей Полтавської області / Л. Ф. Каськова, О. Е. Абрамова // Український стоматологічний альманах. – 2006. - №2. – С.51-53
2. Хоменко Л. А. Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблема риска и диагностики / Л. А. Хоменко, Н. В. Биденко, Е. И. Остапко // Стоматолог. - №1-2. – С.54-57.
3. Модина Т. Н. Патология тканей пародонта и функциональное состояние организма у подростков / Т. Н. Модина, Е. В. Мамаева, О. И. Лопаткина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2006. - №1-2. – С.78-84
4. Хоменко Л. О. Взаємозв'язок гормональних дисфункцій та захворювань тканин пародонта у дівчаток (огляд) / Л. О. Хоменко, Т. О. Майборода, О. І. Остапко // Новини стоматології. – 1998. - №4(17). – С.41-45
5. Коколина В. Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков: руководство для врачей. 2-е изд. – М.: МИА, 2001. – 287 с.
6. Данилевский Н. Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта / Н. Данилевский, А. Борисенко. – К : Здоров'я, 2000. – 160 с.

Надійшла 14.05.12



УДК 616-036.8+616-08:616.314-002.4

**М. В. Анисимов, к. мед. н.,  
Л. В. Анисимова, к. мед. н., О. В. Деньга, д. мед. н.**

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЛУБОКОГО КАРИЕСА У ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛА «БИОДЕНТИН»

*Предложен алгоритм лечения острого глубокого кариеса у пациентов с отягощенным аллергоанамнезом с использованием материала «Биодентин» (Септодонт). Клинические наблюдения проведены у 40 пациентов, пролечено по 30 моляров нижней челюсти в каждой группе. Клинико-рентгенологические и спектроколориметрические наблюдения подтвердили преимущества выбранного метода лечения у данного контингента стоматологических пациентов.*

**Ключевые слова:** отягощенный аллергоанамнез, острый глубокий кариес, «Биодентин».

**М. В. Анисимов, Л. В. Анисимова, О. В. Деньга**

ДУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

#### КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЛИБОКОГО КАРІЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ОБТЯЖЕНИМ АЛЕРГОАНАМНЕЗОМ З ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛУ «БІОДЕНТИН»

*Запропонований алгоритм лікування гострого глибокого карієсу у пацієнтів з обтяженим алергоанамнезом з використанням матеріалу «Біодентин» (Септодонт). Клінічні спостереження проведені у 40 пацієнтів, проліковано по 30 молярів нижньої щелепи в кожній групі. Клінико-рентгенологічні і спектроколориметричні спостереження підтвердили переваги вибраного методу лікування у даного контингенту стоматологічних пацієнтів.*

**Ключові слова:** обтяжений алергоанамнез, гострий глибокий карієс, «Біодентин».

**M. V. Anisimov, L. V. Anisimova, O. V. Den'ga**

SE "the Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine"

#### THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ACUTE DEEP CARIES IN PATIENTS WITH COMPROMISED ALLERGIC HISTORY WITH MATERIAL "BIODENTIN"

*The algorithm of the treatment of acute deep caries in patients with compromised allergic history with material "Biodentin" (Septodont) is suggested. The clinical observations were held in 40 patients, 30 mandibular molars were treated in every group. Clinico-roentgenologic and spectrophotometric observations have proved the advantages of the chosen method of treatment in these patients.*

**Key words:** compromised allergic history, acute deep caries, "Biodentin".