



УДК: 616.31-083-053.85

**THE RESULTS OF CLINICAL EXAMINATION OF PATIENT WITH
INFLAMMATORY DISEASES OF PERIODONTAL TISSUES
РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА**

Lebid O.I / Лебідь О.І.*c.m.s, as. prof. / к.м.н., доцент***Duda K.M. / Дуда К.М.***c.m.s, as. prof. / к.м.н., доцент*

*Ternopil National Medical University by I. Gorbachevsky Ministry of Health
of Ukraine, Ternopil, Chehova 7, 46000*

Анотація: Метою даної роботи було за допомогою клінічних обстежень виявити причини виникнення захворювань тканин пародонта. Для досягнення поставленої мети були проведені клінічне (стоматологічне та пародонтологічне) обстеження. Згідно результатів проведених досліджень визначили, що у осіб молодого віку при дії місцевих пошкоджуючих факторів частіше розвивається хронічний локалізований пародонтит початкового I ступеня (55, 3%), рідше – хронічний обмежений катаральний гінгівіт (44, 7%).

Ключові слова: Пародонт, гінгівіт, пародонтит, карієс, реставрація

Вступ

Захворювання тканин пародонта – одні з найпоширеніших захворювань людини і виявляється в Україні у 80% населення. Основними проявами його є симптоматичний гінгівіт, пародонтальна кишень, рухомість зубів. За останні роки спостерігається значне зниження якості здоров'я населення, в тому числі і стоматологічного, за рахунок вираженої коморбідності. У дітей із загальними захворюваннями поширеність уражень пародонта значно вища 35-40 %. Відомо, що хвороби пародонта часто розвиваються на фоні супутніх захворювань - розладів травлення, обміну речовин та ендокринних порушень. Ці коморбідні стани є факторами, які провокують хвороби тканин пародонта та погіршують їх перебіг.

Стоматологічне здоров'я населення було й залишається актуальною проблемою в сучасному суспільстві [2, 5]. Вже понад 200 років тривають систематичні наукові дослідження карієсу зубів як однієї з найбільш поширених хворіб людини [5, 6]. Поширеність карієсу зубів у дітей у період тимчасового прикусу досягає 80 - 90 %, у період постійного прикусу – 70 - 80 %, у дорослих – 95-98 % [1, 3, 4]. За даними досліджень, місцевими карієсогенними факторами ризику є: патогенна мікрофлора зубного нальоту, зміни кількісних та якісних властивостей слини, вживання харчових продуктів з високим вмістом рафінованих вуглеводів, а особливо поганий догляд за порожниною рота [4].

Результати досліджень

Незважаючи на певні досягнення у питаннях профілактики і лікування захворювань пародонта залишається проблема їх прогнозування та попередження розвитку при дії місцевих пошкоджуючих факторів. У цьому зв'язку нами проведено клінічне обстеження 29 хворих з хронічним обмеженим



катаральним гінгівітом і 44 – з хронічним локалізованим пародонтитом початкового I ступеня.

Клінічне обстеження включало огляд та виявлення патології тканин пародонта. Діагностику каріозного процесу проводили у відповідності із загально прийнятими на Україні класифікаціями карієсу зубів: клінічної, за глибиною ураження – початковий, поверхневий, середній, глибокий; за характером перебігу процесу – гострий, в тому числі найгостріший, хронічний, множинний. При зборі анамнезу враховували скарги пацієнтів на біль, кровоточивість ясен, печіння. З'ясовували гігієнічні навички, нагляд за порожниною рота. При огляді визначали колір ясен і ясенного краю, ступінь гіпертрофії або атрофії ясен, наявність рефракції і атрофії ясенних сосочків.

Виявляли збереження зубоясенного прикріплення, а при його порушенні – наявність пародонтальної кишені. Встановлювали наявність місцевих подразнюючих факторів і травматичної оклюзії, характер міжзубних проміжків. Ступінь патологічної рухомості зубів визначали за Ентінім, локалізацію і вираженість запального процесу в яснах визначали – за пробою Шіллера-Писарева. Характер і ступінь кровоточивості ясен визначали шляхом зондування пугувчастим зондом за Н.Р.Мuhlemann, А.С.Мazor: I – кровоточивість спостерігається рідко, переважно під час прийому твердої їжі (2 бала), II – кровоточивість з'являється при чищенні зубів (4 бала), III – симптом кровоточивості проявляється мимовільно (8 балів). При обстеженні хворих з хронічним локалізованим пародонтитом особливу увагу звертали на оголення коренів зубів, глибину пародонтальної кишені, яку визначали пародонтальним зондом.

Нами проведено клінічне обстеження 29 хворих з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом і 44 – з хронічним локалізованим пародонтитом початково-І ступеня. При опитуванні хворих з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом скарг не пред'являли 42 % пацієнтів, наявність цього захворювання у них виявляли у процесі клінічного обстеження. У 34,2 % спостережень пацієнти скаржились на кровоточивість ясен в ураженій ділянці при прийомі їжі (6,9 %) та чищенні зубів (27,3 %). Почуття свербіжу, оніміння, неприємного запаху з рота та парестезії відмічали 6 хворих, що склало 20,6 %. Аналіз анамнестичних даних показав, що час виникнення пов'язаний з початком розвитку каріозного процесу в зубах (7,6 % хворих), їх пломбуванням (31,4 %), ортопедичним (4,3 %) та ортодонтичним лікуванням (10,7 %). Отже, більше половини пацієнтів (54 %) пов'язують розвиток хронічного обмеженого катарального гінгівіту із зазначеними причинами, 46 % - не знають таких.

При запальних захворюваннях тканин пародонта з ураженням всього комплексу навколозубних тканин перебіг хронічного локалізованого пародонтита відрізнявся більш вираженою симптоматикою. Скарги на кровоточивість ясен при прийомі твердої їжі (II ступінь) і чищенні зубів (I ступінь) пред'являли відповідно 37,2 і 41,8 % хворих з хронічним локалізованим пародонтитом початково-І ступеня. Неприємні відчуття, запах з рота, свербіж та парестезію ясен відмічали 38 пацієнтів (85,1 %). Лише 6 (14,9 %) не пред'являли ніяких скарг. При аналізі тривалості захворювання



враховували данні анамнезу. При цьому усі пацієнти (100 %) відзначили, що хворіють протягом від одного до двох років та пов'язують ураження зубоутримуючих тканин з наявністю каріозних уражень (4, 8 %), зубних відкладень (11,9 %), після пломбування карієсу зубів та його ускладнень (52,4 %), ортопедичного та ортодонтичного лікування (9,4 %). Не можуть вказати причину захворювання 21,5 % пацієнтів, хоча і не виключають ролі місцевих пошкоджуючих чинників.

З наведених даних видно, що етіологічні фактори розвитку цих захворювань майже однакові. Разом з тим, їх вираженість при хронічному обмеженому катаральному гінгівіті і хронічному локалізованому пародонтиті початкового-I ступеня була різною. За наявними даними основними причинами виникнення запальних захворювань тканин пародонта є зубна бляшка і каріозні процеси у пришийковій ділянці зубів. Отримані нами результати підтверджували ці данні. Проте, якщо мінералізовані та немінералізовані зубні відкладення у обох груп пацієнтів однаково часто викликали локальні ураження зубоутримуючих тканин (відповідно в 14,7 і 14,3 % спостережень), то карієс зубів у пришийковій ділянці сприяв розвитку хронічного обмеженого катарального гінгівіта у 2,5 рази частіше, ніж хронічного локалізованого пародонтита початкового-I ступеня. Примітно, що при гінгівіті початковий карієс діагностований в 11,8 % випадків, поверхневий – в 5,9 %, в той самий час як при пародонтиті – поверхневий в 2,4 %, а середній – в 4,8 %. Отже розвинені форми карієсу зубів у обстежених пацієнтів зустрічались у поодиноких випадках, що вказувало на уважне відношення молодих пацієнтів до стану своїх зубів. Тим часом, слід звернути увагу на початковий карієс пришийкової локалізації, якій має безсимптомний клінічний перебіг, але може сприяти розвитку хронічного обмеженого катарального гінгівіта. Однією з причин розвитку локалізованих захворювань тканин пародонта була наявність зубного нальоту. Серед зубних відкладень у хворих з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом і хронічним локалізованим пародонтитом початкового-I ступеня переважали мінералізовані на язиковій поверхні зубів нижньої щелепи (відповідно в 11, 8 і 11, 9% спостережень).

Звертає на особливу увагу переважання неповноцінних реставрацій у низці причин розвитку локалізованих запальних захворювань тканин пародонта. Причому, неякісно виконані естетичні реставрації у пацієнтів з хронічним локалізованим пародонтитом початкового I ступеня становили причину розвитку захворювання на 13,6 % частіше, ніж з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом. Велику питому вагу серед етіологічних чинників хронічного обмеженого катарального гінгівіту є ортодонтичні конструкції.

До числа місцевих факторів, які спричиняють розвитку хронічного локалізованого пародонтита початкового I ступеня відносяться коротка вуздечка губ та травматична оклюзія, що пов'язана з патологією прикусу. При аналізі місцевих травмуючих чинників невеликий відсоток складають неякісно виготовлені ортопедичні конструкції, які встановлені в 2,9 % спостережень у пацієнтів з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом і в 4,7 % – з хронічним локалізованим пародонтитом початкового-I ступеня, а травматична



оклюзія діагностована у 11,9 % пацієнтів з хронічним локалізованим пародонтитом початкового-I ступеня. Проте, в усіх пацієнтів мала місце ендодонтична патологія.

Так, у пацієнтів з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом (2,9%) і з хронічним локалізованим пародонтитом початкового-I ступеня (4,7%) неповноцінні ортопедичні конструкції поєднувались з нелікованою ендодонтичною патологією, а у 11,9 % хворих з хронічним локалізованим пародонтитом початкового I ступеня травматична оклюзія розвивалась на фоні неефективного ендодонтичного лікування кореневої системи

При цьому із загальної кількості неповноцінних реставрацій розвитку хронічного обмеженого катарального гінгівіта сприяло неефективне лікування каріозних уражень II і V класу за Блеком (відповідно 42,9 і 35,7 %), хронічного локалізованого пародонтита початкового-I ступеня – II і IV (60,9 і 17,4 %). Отже, занепокоєння викликає ятрогенний характер у етіології локалізованих уражень тканин пародонта, який встановлений у 67,6 % молодих осіб з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом і у 64,2 % – з хронічним локалізованим пародонтитом початкового-I ступеня.

При об'єктивному обстеженні встановлений локалізований характер розповсюдженості процесу у 100 % хворих з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом. При цьому виявляли локальну гіперемію з ціанозом ясенного краю і 91 ясенних сосочків та їх набряк. Міжзубні ясенні сосочки в області ділянок ураження потовщені, набряклі, рихлі, контур їх згладжений. При механічному подразненні ясен зондом I ступінь кровоточивості встановлений у 55,9 % обстежених даної групи, II – у 23,5 %. В 20,6 % випадків спостерігали наявність несправжньої пародонтальної кишені. Зубо-ясенне прикріплення не порушено. Зуби нерухомі в 100 % спостережень.

Висновок

Таким чином, у осіб молодого віку при дії місцевих пошкоджуючих факторів частіше розвивається хронічний локалізований пародонтит початкового-I ступеня (55,3 %), рідше – хронічний обмежений катаральний гінгівіт (44,7 %). Клінічне обстеження осіб молодого віку виявило подібність механізмів розвитку локалізованих уражень тканин пародонта. Найбільш частими причинами розвитку хронічного обмеженого 92 катарального гінгівіта були неякісно виконані естетичні реставрації (42,2%), ортодонтичні конструкції (23,5%), каріозні процеси у пришийковій ділянці (17,7%) та наявність зубного нальоту (14,7%). При розвитку хронічного локалізованого пародонтита початкового-I ступеня – неповноцінні реставрації (54,8%), зубні відкладення (14,3%), травматична оклюзія (11,9%). У цілому в низці причин розвитку локалізованих уражень тканин пародонта в осіб молодого віку неефективне лікування стоматологічних захворювань складає 67,6% при хронічному обмеженому катаральному гінгівіті і 64,2% при хронічному локалізованому пародонтиті початкового-I ступеня. Із загальної кількості неповноцінних реставрацій, які спричинили розвиток хронічного обмеженого катарального гінгівіта були відновлення анатомічної форми зуба при каріозних порожнинах II і V класу за Блеком, хронічного локалізованого пародонтита початкового-I



ступеня – II і IV. Отримані результати клінічного обстеження осіб молодого віку з локалізованими захворюваннями тканин пародонта вказують на необхідність раціонального підходу та застосування сучасних технологій з метою попередження ускладнень при лікуванні пацієнтів із стоматологічною патологією.

Література:

1. Дичко Є.Н. Рівень гігієнічного стану і ступінь ураження карієсом у підлітків / Є.Н Дичко, І.В. Ковач, А.В. Вербицька // Вісник стоматології. – 2005. - №2. – С. 61-62
2. Жугина Л.Ф. Клиническая оценка эффективности контролируемой школьной и «домашней» чистки зубов у первоклассников 6–7 лет / Л.Ф. Жугина, Е.С. Мущук, В.В. Каврыга, С.М. Грицюта // Стоматологический журнал (РБ). – 2010. – № 4. – С. 326–327.
3. Каськова Л.Ф. Поширеність зубощелепних аномалій та стан твердих тканин зубів і тканин пародонта в дітей 11-16 років / Л.Ф. Каськова, Н.М Тараненко // Український стоматологічний альманах. – 2005. –№6. –С. 51–54.
4. Петрушанко Т.О. Якісний склад мікробіоценозу порожнини рота осіб молодого віку з різною інтенсивністю карієсу / Т.О. Петрушанко, В.В. Черета, Г.А. Лобань / Світ медицини та біології. № 1 (36). – Том 9. – 2013. – С. 57–59.
5. Смоляр Н. І. Поширеність та інтенсивність карієсу молочних зубів у дітей із загальносоматичною патологією / Н. І. Смоляр, Х. Г. Мусій–Семенців // Клінічна стоматологія. – 2013. – № 3, 4. – С. 32–33
6. Leewenhoek A. Communication among oral bacteria // A. Leewenhoek, P.E. Kolenbrander, R.N. Andersen, D.S Blehert, P.G. Eglan Foster, J.S. Palmer // Microbiol. Mol. Biol. Rev. – 2002. – 66. – P. 486–505.

References:

1. Dichko Ye.N., Kovach I.V., Verbitskaya A.V. (2005) Riven higienichnogo stanu I stupin urazennia kariesom u pidlitkiv [Level of hygienic condition and degree of lesion of caries in adolescents]. Visnik stomatologii - Bulletin of Dentistry, 2, 61-62 [in Ukrainian].
2. Zhugina L.F., Mushchuk E.S., Kavryga V.V., Grytsuta S.M. (2010) Klinicheskaya ocenka effektivnosti kontroliruemoi shkolnoi i "domashnei" chistki zybov y pervoklasnikov 6-7 let [Clinical evaluation of the effectiveness of controlled school and "home" teeth cleaning in first-graders 6-7 years]. Stomatologicheskii jurnal - Dental Magazine (RB), 4, 326-327 [in Russian].
3. Kaskova L.F. and Taranenko N. M. (2005) Poshurenist zuboshelepnux anomalii ta stan tverdix tkanun zubiv i tkanun parodonta y ditei 11-16 rokiv [Prevalence of tooth-jaw abnormalities and the state of hard tissues of teeth and periodontal tissues in children 11-16 years]. Ukrainskii stomatologichnii almanax - Ukrainian Dental Almanac, 6, 51-54 [in Ukrainian]
4. Petrushanko T.O., Chereda V.V., Loban H.A. (2013) Yakisnii sklad mikrobiocenuzu poroznunu rota osib molodoho viku z riznoiu intensuvnistiu kariesu [Qualitative composition of microbiocenosis of the mouths of young people with different caries intensity]. Svit meducunu ta biologii - World of Medicine and Biology, 1, 57-59 [in Ukrainian]
5. Smolyar N.I. and Musey-Semenciyy H.G. (2013) Poshurenist ta intensuvnist kariesu molochnix zubiv y ditei iz zahalnosomatichnoiu patologieiyyu [Prevalence and intensity of caries of milk teeth in children with general-somatic pathology]. Klinichna stomatologiya - Clinical stomatology, 3,-4, 32-33 [in Ukrainian]



6. Leewenhoek A. Communication among oral bacteria // A. Leewenhoek, P.E. Kolenbrander, R.N. Andersen, D.S Blehert, P.G. Egland Foster, J.S. Palmer // Microbiol. Mol. Biol. Rev. – 2002. – 66. – P. 486–505.

Abstract: *The aim of this work was to identify the causes of periodontal tissue disease with the help of clinical examinations. To achieve this goal, clinical (dental and periodontal) examinations were performed. According to the results of research, it is determined that young people under the influence of local harmful factors may develop chronic localized periodontitis of the initial-I degree (55, 3%), less often - chronic limited catarrhal gingivitis (44, 7%).*

Key words: *Periodontitis, gingivitis, periodontitis, caries, restoration*