

Д.Д. Майбородіна, Н.В. Велика, М.Ю. Антоенко

Оцінка якості життя при ситуаційному аналізі факторів ризику генералізованих уражень пародонта в осіб молодого віку з ожирінням

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність. У молодих осіб з ожирінням, хворих на генералізований пародонтит, виявляються відхилення в білковому, жиrowому та вуглеводному обміні, що сприяє ранньому руйнуванню комплексу тканин пародонта та швидкій утраті зубів. Теоретичні моделі розладів харчової поведінки засновані на гіпотезі, що люди з надмірною масою тіла нездатні регулювати свої емоції, тому звернення до їжі служить спробою уникнути емоційної напруги або пом'якшити її. Оцінювання якості життя пацієнтів з ожирінням необхідно для більш глибокого розуміння стресових факторів, що впливають як на здоров'я організму, так і стоматологічне здоров'я, у тому числі тканин пародонта.

Мета дослідження – оцінити якість життя в ситуаційному аналізі факторів ризику генералізованих захворювань пародонта в молодих осіб з ожирінням при розладах харчової поведінки.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 90 осіб від 19 до 35-ти років з діагнозом ожиріння віком, з яких 60 осіб з генералізованим пародонтитом початкового–I ступеня та 30 осіб з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом. Контрольну групу склали 32 практично здорових особи з нормальною вагою без порушення харчової поведінки, із клінічно інтактним пародонтом. Для виявлення типів розладів харчової поведінки застосовували методику вивчення харчової поведінки DEBQ (Голландія), анкетування якості життя за анкетой GIQLI. Проводили антропометричне дослідження всіх хворих, яке включало вимірювання росту, маси тіла, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ).

Результати та їх обговорення. У 75,6 % хворих з ожирінням (68 осіб) показники якості життя за анкетой GIQLI виявились нижче, ніж у контрольній групі (12,5 %, 4 особи). Розбіжність даного показника в осіб з генералізованим пародонтитом і генералізованим хронічним гінгівітом не була достовірною. Розлади харчової поведінки зустрічались як при ожирінні (91,1 % випадків, 82 особи) так і у групі контролю (62,5 % випадків, 20 осіб). За шкалою тривоги Тейлора майже у 84 обстежених пацієнтів з ожирінням (93,3 %) було виявлено середній рівень тривожності з тенденцією до високого: $18,9 \pm 1,82$ бала ($p > 0,05$). У 5 пацієнтів (5,6 %) було виявлено високий рівень тривоги і в одній особі (1,1 %) дуже високий. За шкалою Бека в цілому середні показники ($M \pm m$) у групі ожиріння відповідали субдепресії.

Висновки. Аналіз отриманих даних показав, що розлади харчової поведінки у хворих на генералізовані ураження пародонта при ожирінні зустрічались у 90,6 % випадків, а у 63,6 % виявлено змішаний тип. Більшості пацієнтів притаманні тривожно-депресивні розлади та знижені показники якості життя.

Ключові слова: ожиріння, фактори ризику, розлади харчової поведінки, якість життя, пародонтит, гінгівіт.

Актуальність

Захворювання пародонта серед дорослого населення України мають значну поширеність і серед осіб віком 35–44 років зустрічаються від 92 до 98 % [3]. З точки зору аналізу повної картини захворювань пародонта й загальної ефективності стоматологічної допомоги населенню, стандартною групою моніторингу стану стоматологічного здоров'я дорослих зазвичай вибирають вікову групу 35–44 роки, а вікова група 19–35 років практично випадає з діапазону спостереження більшості дослідників [3, 4, 16]. Проте активне формування запально-дистрофічних уражень пародонта відбувається саме в молодому віці (19–35 рр.) [3].

Серед причин патологічних змін у тканинах пародонта виділяють як місцеві, так і загальні чинники. До загальних відносять захворювання шлунково-кишкового тракту, ожиріння, серцево-судинні розлади, метаболічний синдром, патологію ендокринної системи. Місцеві чинники: несанована порожнина рота, шкідливі звички, зубні відкладення, травматична оклюзія та недосконалі реставрації й зубні протези [4].

Дослідження останніх десятиліть відмічають, що в молодих осіб з ожирінням, хворих на генералізований пародонтит, виявляються відхилення в білковому, жиrowому та вуглеводному обміні, що сприяє ранньому руйнуванню комплексу тканин пародонта та швидкій утраті зубів [1, 2, 3, 4, 5]. У молодому віці в осіб з ожирінням має місце стан хронічного стресу, що призводить до виснаження антиоксидантних систем організму та розвитку

оксидативного стресу [9]. У свою чергу, цей патологічний стан підтримує стан хронічного запалення в макроорганізмі, що негативно впливає на пародонт і на тяжкість перебігу основних стоматологічних захворювань.

Низка авторів у наукових публікаціях указують на пріоритетне значення психологічних чинників у генезі формування надмірної ваги та ожиріння [12]. Патогенним наслідком ушкоджувального фактору (стресу, депресії тощо) протидіє антиоксидантна система організму, обмежуючи ушкодження тканин. Доведена роль провідних патогенетичних механізмів у високій чутливості органів порожнини рота до стресорних факторів, зокрема кісткової тканини ротової порожнини, викликаючи розвиток остеопорозу [4].

Уважається, що в переважній більшості випадків процес формування зайвої ваги при аліментарно-конституційному ожирінні приводиться в дію зниженням фізичної активності й різними порушеннями харчової поведінки, що викликають переїдання [1, 2, 4, 5, 6, 9]. Це, у свою чергу, характеризується порушенням гомеостазу організму й розвитком психосоматичних захворювань.

У дослідженнях харчової поведінки часто використовується голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) для виявлення обмежувального, емоціогенного й екстернального типів харчової поведінки [13]. Обмежувальна харчова поведінка характеризується нависними зусиллями, спрямованими на досягнення або підтримання бажаної ваги за допомогою самообмеження в харчуванні. При емоціогенній харчовій поведінці бажання поїсти

виникає у відповідь на негативні емоційні стани, а при екстернальній бажання поїсти стимулюється не реальним почуттям голоду, а зовнішнім виглядом їжі, її запахом, текстурою або видом інших людей, які приймають їжу [12].

Теоретичні моделі розладів харчової поведінки головним чином засновані на тій гіпотезі, що люди з надмірною масою тіла нездатні регулювати свої емоції, тому звернення до їжі служить спробою уникнути емоційної напруги або пом'якшити її. Більшість дослідників вважають, що нездатність адекватно справлятися з емоційними станами може бути основним психологічним процесом, що визначає розлади харчової поведінки [16]. Своєрідна нестерпність емоцій стосується всіх інтенсивних емоційних станів, включаючи позитивні (наприклад, радісні хвилювання) та негативні (наприклад, депресія, гнів, тривога). У людей з розладами харчової поведінки переїдання найчастіше служить спробою регулювати ці емоції. Разом з тим дослідники відзначають високу поширеність алекситимії (обмеженої здатності висловлювати емоції) в осіб з надмірною вагою та ожирінням [14]. Вона, як правило, поєднується з депресією і при прийомі їжі виступає в даній категорії пацієнтів в якості певного «внутрішнього регулятора психологічної напруги». К. Wheeler і R. Wrood розглядають алекситимію як фактор, який не тільки відповідає за схильність до ожиріння, а й ускладнює можливість утрати надмірної ваги [14].

У медичній психології та психіатрії були проведені дослідження різних аспектів психопатології при порушеннях харчування й ожирінні, клініко-психологічних характеристик осіб з проблемою надмірної ваги [1, 2, 5, 6, 7, 9, 11]. У цих дослідженнях особистісні та психологічні характеристики вивчалися за допомогою різних клінічних тестів і методик: Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI), Гессенського особистісного опитувальника (GPI), шкали оцінки тривоги Спілбергера, шкали оцінки депресії Бека, Торонтської алекситимічної шкали (TAS) і ін. Однак результати, отримані в даних дослідженнях, більшою мірою характеризують рівень і характер психопатологічних порушень у жінок з ожирінням, ніж специфічні для даної категорії пацієнтів особливості особистості.

Якість життя – це універсальний багатокомпонентний показник, який відображає ступінь несприятливого впливу хвороби на повсякденне життя людини. Зовнішність людей з надмірною масою тіла стає бар'єром для досягнення цілей у чотирьох найважливіших сферах – самосприйняття, інтимно-особистісної, професійної та боротьби за збереження здоров'я [12, 16]. При оцінці якості життя треба визначити загальний стан здоров'я, визначені симптоми захворювання, можливості хворого (дояк за собою, працездатність, заняття улюбленою справою тощо); оцінюються відчуття загального благополуччя, плани пацієнта на майбутнє, потреба в медичній і соціальній допомозі. Дослідники використовують з такою метою спеціально створені опитувальники (SF-36, GIQLI та ін.). Оцінювання якості життя пацієнтів з ожирінням потрібно для більш глибокого розуміння стресових факторів, що впливають як на здоров'я організму, так і стоматологічне здоров'я, у тому числі тканин пародонта. З огляду на це було сформульовано мету даного фрагменту дослідження.

Мета дослідження – оцінити якість життя в ситуаційному аналізі факторів ризику генералізованих захворювань пародонта в молодих осіб з ожирінням при розладах харчової поведінки.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяла участь 90 осіб з діагнозом ожиріння у віці від 19 до 35-ти років, з яких 60 осіб з генералізованим пародонтитом початкового-I ступеня та 30 осіб з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом. При діагностиці ураження пародонта використовували стан-

дартний алгоритм клініко-рентгенологічного дослідження та класифікацію М.Ф. Данилевського (1994). Контрольну групу склали 32 практично здорових особи з нормальною вагою без порушення харчової поведінки, із клінічно інтактним пародонтом. Анкетування проводили за інформованою згодою відповідно до вимог Комісії з питань біоетичної експертизи. Усі пацієнти були ознайомлені із цілями і завданнями дослідження й добровільно підписали інформовану згоду.

Критеріями включення в дослідження стали: вік (19–35 років), пацієнти з ожирінням (індекс маси тіла ≥ 25 кг/м²) та генералізованим пародонтитом початкового-I ступеня або генералізованим хронічним катаральним гінгівітом.

Критеріями виключення з дослідження були гострі запальні захворювання й загострення хронічних запальних захворювань на момент дослідження, важкі соматичні захворювання, що перешкоджають обстеженню (гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, злоякісні новоутворення тощо), і формальна відсутність діагностованих афективних розладів.

Для виявлення типів розладів харчової поведінки застосовували методику вивчення харчової поведінки DEBQ (Голландія), яка спрямована на виявлення обмежувального (перші 10 запитань), емоційного (наступні 13 запитань) та екстернального (інші 10 запитань) типів харчової поведінки. Методика складається із 33 запитань, кожне з яких має 5 варіантів відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто», «дуже часто», які оцінюються за шкалою від 1 до 5, за винятком 31 пункту, який має зворотні значення. Підрахунок балів за кожною шкалою робили шляхом складання оцінок по кожному пункту й ділення отриманої суми на кількість пунктів у даній шкалі. Нормальними значеннями обмежувального, емоційного й екстернального типів харчової поведінки для людей з нормальною масою тіла є 2,4; 1,8 і 2,7 бала відповідно. Крім того, пацієнти були протестовані для визначення рівня тривоги (шкала тривоги Тейлора) й рівня депресії (шкала Бека). Результати анкетування за шкалою тривоги Тейлора оцінювали таким чином: 40–50 балів розглядали як показник дуже високого рівня тривоги; 20–40 балів свідчили про високий рівень тривоги; 15–25 балів – про середній (з тенденцією до високого); 5–15 балів – про середній (з тенденцією до низького) і 0–5 балів – про низький рівень тривоги [13].

Якість життя пацієнтів з морбідним ожирінням оцінювали за анкетною Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI). Анкета GIQLI була створена авторами Euraspch E. і співавт. й апробована в 1993 р. Даний опитувальник був розроблений для хворих гастроентерологічного профілю, однак його можна застосовувати і при інших захворюваннях [17]. Анкета GIQLI складається із 36 запитань, які згруповані у 5 розділів: функціональний стан, емоційний стан, соціальна активність, вплив лікування і хвороба – специфічні запитання. У запропоновані варіанти відповідей закладена 5-рангова шкала – від 0 до 4, при чому 0 – найгірше значення, 4 – найкращий показник. Максимально можлива кількість балів – 144.

Проводили антропометричне дослідження всіх хворих, яке включало вимірювання росту, маси тіла, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ).

Статистичний аналіз даних здійснювався з використанням стандартних пакетів програм (Statistica, MS Excel) для персональних комп'ютерів. Перевірка статистичних гіпотез виконувалася при критичному рівні $p = 0,05$.

Результати та їх обговорення

У 75,6 % хворих з ожирінням (68 осіб) показники якості життя за анкетною GIQLI виявились нижче, ніж у контрольній групі (12,5 %, 4 особи). Розбіжність даного показника в осіб з генералізованим пародонтитом і генералізованим хронічним гінгівітом не була достовірною.

Аналіз отриманих даних показав, що розлади харчової поведінки зустрічались як при ожирінні (91,1 % випадків, 82 особи) так і у групі контролю (62,5 % випадків, 20 осіб). Виявлення розладів харчової поведінки в більшості осіб контрольної групи з нормальною вагою свідчить про ризик виникнення в майбутньому клінічних проявів у вигляді надмірної ваги та ожиріння з перспективним розвитком асоційованих захворювань пародонта.

Раціональний тип харчової поведінки зустрічався рідко в обох групах досліджуваних, що вказувало на необхідність подальшого спостереження й корекції, навчання принципів раціонального харчування.

Серед осіб з розладами харчової поведінки обмежувальну харчову поведінку спостерігали у 31,1 % (28 осіб) при ожирінні ($p = 0,05$), у 28,1 % (9 осіб) у групі контролю. У контрольній групі ступінь обмежувальної харчової поведінки становив $2,55 \pm 0,09$ бала.

Пацієнти, замислюючись про свою зайву вагу, намагались обмежувати прийом калорійної їжі застосуванням строгих дієт протягом кількох днів або голодуванням протягом дня, що, на жаль, часто супроводжувалося зривами та періодами неконтрольованого переїдання в нічний час, а також підвищеним ризиком виникнення депресії.

При ожирінні ступінь обмежувальної харчової поведінки високий: $3,16 \pm 0,02$ бала.

Емоційна харчова поведінка при ожирінні зустрічалась у 41,1 % (37 осіб) ($p = 0,05$) і мала високий ступінь прояву – $2,83 \pm 0,01$ бала (у нормі до 1,8). Емоційна харчова поведінка спостерігалась також і в контрольній групі – у 12,5 % (4 людини), ступінь проявів $1,98 \pm 0,06$ бала.

Наявність лабільного емоційного тла було додатковим фактором ризику виникнення надмірної ваги в майбутньому в даній групі досліджуваних.

Екстернальна харчова поведінка зустрічалась при ожирінні в 48,9 % (44 особи) ($p = 0,05$) зі ступенем $3,19 \pm 0,02$ бала (при нормі 2,7). Висока частота даного порушення свідчить про залежність пацієнта від зовнішніх факторів та обставин, а не від внутрішнього гомеостазу організму. У контрольній групі екстернальна харчова поведінка зустрічалась у 37,5 % (12 осіб), ступінь порушень $2,82 \pm 0,24$ бала.

Таким чином, встановлено, що в пацієнтів з ожирінням розлади харчової поведінки виявлялися значно частіше, ніж у контрольній групі. Ці порушення можуть розглядатися як передумови, що сприяють формуванню основного захворювання, ожиріння, та асоційованих з ним патологічних станів, зокрема генералізованих уражень пародонта, а також як фактори, що обтяжують клініку і прогноз коморбідної патології. Отримані дані необхідно враховувати при проведенні реабілітаційних заходів у осіб молодого віку хворих на ожиріння з ризиком генералізованих захворювань пародонта.

У результаті анкетування за шкалою тривоги Тейлора майже у 84 обстежених пацієнтів з ожирінням (93,3 %)

було виявлено середній рівень тривожності з тенденцією до високого: $18,9 \pm 1,82$ бала ($p > 0,05$). У 5 пацієнтів (5,6 %) було виявлено високий рівень тривоги і в одній особі (1,1 %) дуже високий.

За результатами анкетування за шкалою Бека в цілому середні показники ($M \pm m$) у групі ожиріння відповідали субдепресії.

Ми проаналізували показники в залежності від рівня депресії. Виявилось, що кількість пацієнтів без депресії була достовірно більше серед пацієнтів контрольної групи, ніж серед пацієнтів із групи з ожирінням. Субдепресія була виявлена у 50 пацієнтів із групи з ожирінням (55,6 %), а помірний рівень депресії тільки в 4-х (12,5 %) пацієнтів з контрольної групи. Середній рівень депресії був виявлений у 2 пацієнтів з контрольної групи (6,25 %) і у 36-ти (40,0 %) пацієнтів з ожирінням ($p > 0,05$).

Якщо розглядати результати анкетування за шкалою депресії Бека з точки зору клінічної значущості, можна сказати, що у 79 пацієнтів з ожирінням (87,8 %) має місце клінічно значущий депресивний розлад, а близько 9 % хворих потрібне лікування із призначенням антидепресантів.

Таким чином, результати дослідження вказують на важливе значення психологічних чинників в етіології формування надмірної ваги й ожиріння та коморбідної патології. Особливе значення має роль хронічного стресу та депресії як факторів ризику захворюваності на генералізовані захворювання пародонта, асоційовані з ожирінням, викликаючи розвиток остеопорозу та подальшої втрати зубів. Низька оцінка якості життя є додатковим фактором ризику та складовою патогенезу хронічного стресу й депресії.

Висновки

1. Аналіз отриманих даних показав, що розлади харчової поведінки у хворих на генералізовані захворювання пародонта, асоційовані з ожирінням, зустрічались у 91,1 % випадків, що може розглядатися як предиктор формування не тільки ожиріння, а й коморбідної патології пародонта.
2. Більшості пацієнтів з генералізованими захворюваннями пародонта, асоційованими з ожирінням, притаманні середній рівень тривожності та знижені показники якості життя, а близько 87,8 % мають клінічно значущий депресивний розлад, що потребує відповідного міждисциплінарного супроводу.

Перспектива подальших досліджень

В аспекті комплексної оцінки якості життя осіб молодого віку з ожирінням і коморбідним ураженням пародонта вагому роль відіграє оцінка стану стоматологічного здоров'я, що, з огляду на формування диференційованих підходів до профілактики генералізованих захворювань пародонта, асоційованих з ожирінням, потребує подальшого дослідження.

ПОСИЛАННЯ

1. Perederiy VG. Izbitchnyy ves i ojirenie. Kiev. 2013 [in Russian]
2. Dedov II. Morbidnoe ojirenie. MIA. 2014 [in Russian]
3. Antonenko MYu, Revych VO. Value of energy routes in periodontal tissues of young people in the development of chronic inflammation. The Unity of Science: International Scientific Periodical Journal. 2016, 5: 106–110
4. Emelyanova NYu, Emelyanov DV. Analiz stomatologicheskogo statusa u bolnykh s izbitochnoy massoy tela: mezhdistsiplinarniy podhod. Ukrayinskiy terapevtichnyi zhurnal. 2011 3: 79–81 [in Russian]
5. Ioffe OYu, Cyura YuP, Stecenko OP, Tarasyuk TV. Mozhlyvosti dooperacijnoy pidgotovky chvorych na morbidne ozhyrinnya do vykonannya radykalnych operatyvnych vtruchan. Chirurhiya Ukrayiny. 2014, 2: 38–41 [in Ukrainian]
6. Voznesenskaya TG. Rasstroystva pishevego povedeniya pri ojireni i ih korekciya. Ojirenie i metabolism. 2004, 2: 2–6 [in Ukrainian]

7. Volkova GE. Pishevoye povedenie u pacientov s ojireniem. Ojirenie i metabolism. 2007, 2: 17–21 [in Russian]
8. Stunkard AJ. Depression and obesity. Biol Psychiatry. 2003, 54: 330–337
9. Braet C. Psychological profile to become and to stay obese. International Journal of Obesity. 2005, 29: 19–23
10. Corstorphine E, Waller G, Lawson R et al. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. Eating Behaviors. 2007, 8: 23–30
11. Costanzo PR, Musante GJ, Friedman K, Kern L, Tomlinson K. The gender specificity of emotional, situational, and behavioral indicators of binge eating in a discusculfigotcse population. Int. J. Eat Disord. 1999, 26 (22): 205–210
12. Friedman KK, Reichmann SK, Coslanzo PR, Musantc GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. Obes. Res. 2002, 10 (10): 33–41

13. Van Strein T. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *Int J Disord.* 1986, 2: 188–204
14. Wheeler K, Broad RD. Alexithymia and overeating. *Perspect. Psychiat. Care.* 1994, 30 (1): 7–10
15. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *Obes. Rev.* 2001, 2 (4): 219–229
16. Zeller MH. Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity (Silver Spring).* 2006, 14 (1): 122–130
17. Eypasch E. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg.* 1995, Feb. 82 (2): 216–222

Оценка качества жизни в ситуационном анализе факторов риска генерализованных поражений пародонта у лиц молодого возраста с ожирением

Д.Д. Майбородина, Н.В. Великая, М.Ю. Антоненко

Актуальность. У молодых людей с ожирением, больных генерализованным пародонтитом, выявляются отклонения в белковом, жировом и углеводном обмене, что способствует раннему разрушению комплекса тканей пародонта и быстрой потере зубов. Теоретические модели расстройства пищевого поведения основаны на гипотезе, что люди с избыточной массой тела способны регулировать свои эмоции, поэтому обращение к пище служит попыткой избежать эмоционального напряжения или смягчить его. Оценка качества жизни пациентов с ожирением необходима для более глубокого понимания стрессовых факторов, влияющих как на здоровье организма, так и стоматологическое здоровье, в том числе тканей пародонта.

Цель исследования – оценить качество жизни при ситуационном анализе факторов риска генерализованных заболеваний пародонта у молодых людей с ожирением при расстройствах пищевого поведения.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 90 человек с диагнозом ожирение в возрасте от 19 до 35 лет, из которых 60 человек с генерализованным пародонтитом начальной–I степени и 30 человек с генерализованным хроническим катаральным гингивитом. Контрольную группу составили 32 практически здоровых человека с нормальным весом без нарушения пищевого поведения, с клинически интактным пародонтом. Для выявления типов расстройства пищевого поведения применяли методику изучения пищевого поведения DEBQ (Голландия), анкетирование качества жизни по анкете GIQLI. Проводили антропометрическое исследование всех больных, которое включало измерение роста, массы тела, расчет индекса массы тела (ИМТ).

Результаты и их обсуждение. У 75,6% больных с ожирением (68 человек) показатели качества жизни по анкете GIQLI оказались ниже, чем в контрольной группе (12,5 %, 4 человека). Расхождение данного показателя у лиц с генерализованным пародонтитом и генерализованным хроническим гингивитом не была достоверной. Расстройства пищевого поведения встречались как при ожирении (91,1 % случаев, 82 человека), так и в группе контроля (62,5 % случаев, 20 человек). По шкале тревоги Тейлора почти у 84 обследованных пациентов с ожирением (93,3 %) был выявлен средний уровень тревожности с тенденцией к высокому: $18,9 \pm 1,82$ балла ($p > 0,05$). У 5 пациентов (5,6 %) была выявлена высокая степень тревоги и у одного человека (1,1 %) очень высокая. По шкале Бека в целом средние показатели ($M \pm m$) в группе ожирения отвечали субдепрессии.

Выводы. Анализ полученных данных показал, что расстройства пищевого поведения у больных с генерализованными поражениями пародонта при ожирении встречались в 90,6 % случаев, а в 63,6 % выявлен смешанный тип. Большинству пациентов присущи тревожно-депрессивные расстройства и сниженные показатели качества жизни.

Ключевые слова: ожирение, факторы риска, расстройства пищевого поведения, качество жизни, пародонтит, гингивит.

Evaluation of quality of life in the situative analys of risk factors of generalized parodontal effects in obese young adults

D. Maiborodina, N. Velyka, M. Antonenko

Topicality. In young people with obesity, patients with generalized periodontitis, abnormalities in protein, fat and carbohydrate metabolism are detected, which contributes to the early destruction of the complex of periodontal tissues and the rapid loss of teeth. The theoretical models of eating disorders are based on the hypothesis that people with overweight are unable to regulate their emotions, therefore, an appeal to food is an attempt to avoid emotional stress or soften it. Assessing the quality of life of obese patients is necessary for a deeper understanding of the stress factors that affect both the body's health and dental health, including the periodontal tissue.

The purpose of the study is to evaluate the quality of life in the situative analys of the risk factors of generalized periodontal effects in obese young adults with disorders of eating behavior.

Materials and methods of research. The study was attended by 90 people diagnosed with obesity in the age group of 19 to 35 years, of which 60 people with generalized periodontitis of primary-I degree and 30 persons with generalized chronic catarrhal gingivitis. The control group consisted of 32 practically healthy persons with normal weight, without disturbance of eating behavior, with a clinically intact periodontal disease. To identify types of eating disorders, the DEBQ (Netherlands) eating behavior study methodology was used, questionnaire on quality of life for the GIQLI questionnaire. An antropometric study was conducted for all patients, which included growth measurements, body weight, body mass index (BMI).

Results and discussion. In 75.6 % of obese patients (68 people), the quality of life indicators for the GIQLI questionnaire were lower than in the control group (12.5 %, 4 persons). The discrepancy of this indicator in persons with generalized periodontitis and generalized chronic gingivitis was not reliable. Eating disorders occurred during obesity (91.1 % of cases, 82 persons) and in the control group (62.5 % of cases, 20 people). In the Taylor alarm scale, an average level of anxiety with a tendency to high was found in almost 84 obese patients (93.3 %): 18.9 ± 1.82 points ($p > 0.05$). In 5 patients (5.6 %), a high level of anxiety was detected and one person (1.1 %) was very high. On the Beck scale, in general, the average ($M \pm m$) in the obesity group met the sub-depression.

Conclusions. The analysis of the data showed that disorders of eating behavior in obese patients with generalized periodontal lesions were found in 90.6% of cases, and in 63.6%, mixed types were detected. Most patients have anxiety-depressive disorders and lower quality of life.

Key words: obesity, risk factors, disorders of eating behavior, quality of life, periodontitis, gingivitis.

Майбородина Діана Дмитрівна – аспірант кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601. Тел.: (095) 943-82-28. E-mail: diana.mayborodina@gmail.com.

Велика Наталія Володимирівна – канд. мед. наук, доцент,

завідувач кафедри гігієни та екології №4 НМУ імені О.О. Богомольця.

Адреса: бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601.

Антоненко Марина Юрійвна – д-р мед. наук,

професор, завідувач кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601. Тел.: (050) 685-76-25. E-mail: antonenko.nmu@gmail.com.