

Голубева І.М., Остапко О.І.

Оцінка локальних чинників ризику хвороб періодонту у дитячому і підлітковому віці.

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

Мета дослідження. Дослідити періодонтальний статус при гінгівіті та локалізованому періодонтиті у дітей і підлітків та оцінити вплив локальних чинників ризику на розвиток хвороб періодонту.

Матеріали та методи. Обстежено 160 дітей і підлітків віком від 12 до 17 років, які звернулися до Стоматологічного Медичного Центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Всім учасникам проведено дослідження періодонтального статусу, стану гігієни ротової порожнини, локальних чинників ризику хвороб періодонту.

Результати дослідження. Визначено високу поширеність гінгівіту, асоційованого з дентальною біоплівкою у дітей і підлітків 12-17 років – 88.7%. Локалізований періодонтит початкового ступеня тяжкості діагностовано у 7.5% обстежених. Зареєстровано статистично значуще погіршення періодонтального статусу у підлітковому віці. Найбільш вагомими чинниками ризику розвитку хвороб періодонту були незадовільна індивідуальна гігієна і зубощелепні аномалії, що склали близько 75%. За наявності запального процесу в яснах переважали скупченість зубів, дистальний і глибокий прикус. У разі локалізованого періодонтиту найчастіше спостерігалось скупчене положення фронтальних зубів нижньої щелепи. Друге місце за частотою при гінгівіті посідали каріозні порожнини й неякісні реставрації проксимальної локалізації (38.0%). У розвитку періодонтиту значна роль належала аномаліям прикріплення м'яких тканин: вкороченню вуздечок нижньої губи (41.7%) і мілкому присінку ротової порожнини (33.3%).

Висновки. Висока поширеність хвороб періодонту у дитячому та підлітковому віці зумовлена незадовільною індивідуальною гігієною на тлі негативного впливу локальних чинників ризику – зубощелепних аномалій, каріозних порожнин і реставрацій проксимальної локалізації, аномалій прикріплення м'яких тканин ротової порожнини. Тому пріоритетним напрямком сучасної періодонтології має стати міждисциплінарний підхід до первинної профілактики, що сприятиме покращенню здоров'я періодонту і якості життя дитячого та дорослого населення України.

Ключові слова: діти, підлітки, гінгівіт, періодонтит, періодонтальний статус, локальні чинники ризику.

Хвороби періодонту належать до найбільш поширених стоматологічних захворювань у дитячому і підлітковому віці. Згідно з даними сучасних світових досліджень частота гінгівіту серед дітей і підлітків віком від 6 до 17 років досягає 61.0 – 99.6% [4-5, 16, 19]. Хронічне запалення слизової оболонки ясен у дітей за відсутності своєчасної профілактики, діагностики й лікування може призвести до втрати клінічного при-

кріплення і деструкції альвеолярної кістки, тому становить загрозу для здоров'я періодонту у дорослому віці [3, 17-18]. Хвороби періодонту чинять негативний вплив як на зубощелепну систему, так і загальний стан організму, погіршують якість життя [11, 20].

Провідну роль у розвитку запальних і запально-деструктивних захворювань періодонту відіграє періодонтопатогенна мікрофлора зубної біоплівки [10, 12, 14]. Важливе значення у патогенезі хвороб

періодонта належить локальним чинникам ризику, а саме: незадовільній індивідуальній гігієні ротової порожнини, оклюзійним порушенням, каріозним дефектам твердих тканин зубів, неякісним реставраціям [2, 5-6, 13, 16, 17, 19]. У дитячому віці ймовірність ураження незрілих морфологічних структур періодонту на тлі дії несприятливих локальних факторів є набагато вищою, ніж у дорослих [10].

Мета дослідження: дослідити періодонтальний статус при гінгівіті та локалізованому періодонтиті у дітей і підлітків та оцінити вплив локальних чинників ризику на розвиток хвороб періодонту.

Матеріали та методи

Дослідження проведено у Стоматологічному медичному центрі – клінічній базі стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця з січня 2023 року по травень 2024 року. Оглянуто 160 дітей і підлітків віком від 12 до 17 років, які звернулися за стоматологічною допомогою з приводу лікування карієсу зубів та його ускладнень. Усі батьки надали поінформовану добровільну згоду на проведення стоматологічного обстеження та заповнили опитувальник щодо загального стану здоров'я їх дітей на момент огляду. Відповідно до отриманої інформації всі учасники дослідження були практично здоровими.

Під час стоматологічного обстеження у 142 дітей і підлітків зі 160 було діагностовано гінгівіт, асо-

ційований із дентальною біоплівкою, згідно з сучасною класифікацією хвороб періодонта AAP/EFP (2017) [1]. Локалізований періодонтит початкового ступеня виявлено у 12 учасників. Обстежені діти з гінгівітом були розподілені на 6 груп відповідно до віку: 12 років (n=26), 13 років (n=27), 14 років (n=23), 15 років (n=23), 16 років (n=21) і 17 років (n=22).

З дизайну дослідження було виключено медикаментозно індуковане розростання ясен і гінгівіт, не асоційований із дентальною біоплівкою [1]. Критерії відбору передбачали відсутність у дітей і підлітків будь-яких ортодонтичних апаратів на момент обстеження.

Для оцінки періодонтального статусу у дітей і підлітків використовували Basic Periodontal Examination-Simplified (BPE-S). Стан тканин періодонту досліджували шляхом зондування за класичною методикою в ділянці шести індексних зубів: 16, 11, 26, 36, 31, 46 [15]. Якість гігієнічного догляду оцінювали за допомогою Oral Higiene Index-Simplified (ОHI-S) [7]. Клінічне обстеження включало визначення локальних чинників ризику хвороб періодонту, а саме: каріозних порожнин і неякісних реставрацій проксимальної локалізації; зубошелепних аномалій (згідно з класифікаціями Е. Енгля та Д. А. Калвеліса); аномалій прикріплення м'яких тканин ротової порожнини – вкорочених вуздечок губ і мілкого присінку. Для встановлення остаточного діагнозу проводили рентгенологічне дослідження (внутрішньоротову прицільну рентгенографію).

Статистичну обробку даних здійснювали у пакеті EZR (R-statistics) [8]. Категорійні дані описували у відсотках, що характеризували поширеність гінгівіту і періодонтиту, а також досліджуваних локальних чинників ризику хвороб періодонту. Нормальність розподілу оцінювали за критерієм Shapiro-Wilk. Розподіл відрізнявся від нормального, тому для представлення кількісних ознак розраховано медіану (Me) та міжквартильний інтервал (QI – QIII). Порівняння центральних тенденцій для двох незалежних вибірок проводили за допомогою W-критерію Wilcoxon-Mann-Whitney. Незалежними змінними були значення індексів BPE-S і ОHI-S при гінгівіті й періодонтиті. Оцінку множинних порівнянь здійснювали у два етапи: шляхом рангового однофакторного аналізу Kruskal-Wallis і постеріорних порівнянь за критерієм Dunn. Перевірку значущості кореляційного зв'язку проводили за показником рангової кореляції Спірмена (R0). Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0.05$.



Рисунок 1. Періодонтальний статус у дітей і підлітків 12-17 років

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів стоматологічного обстеження стану тканин періодонту у дітей і підлітків віком від 12 до 17 років (n=160) свідчить про високу розповсюдженість хронічного гінгівіту, асоційованого з дентальною біоплівкою – 88,7% (n=142) (рис 1). У 7,5% (n=12) обстежених діагностовано хронічний перебіг локалізованого періодонтиту початкового ступеня тяжкості. Привертає увагу низька питома вага дітей і підлітків зі здоровим періодонтом – 3,8% (n=6).

Значущих відмінностей частоти запального

за наявності запального процесу в яснах істотно не відрізнялася від аналогічних показників при періодонтиті.

Проведено порівняльний аналіз періодонтального статусу при гінгівіті, асоційованому із зубною біоплівкою, у різних вікових групах (табл. 2). Медіанна кількість секстантів із зубним каменем у дітей 12-13 років істотно перевищувала аналогічні показники у підлітків 15-17-річного віку (p<0.05). Виявлено значуще нижчу медіанну кількість здорових секстантів періодонту у підлітків 15-17 років,

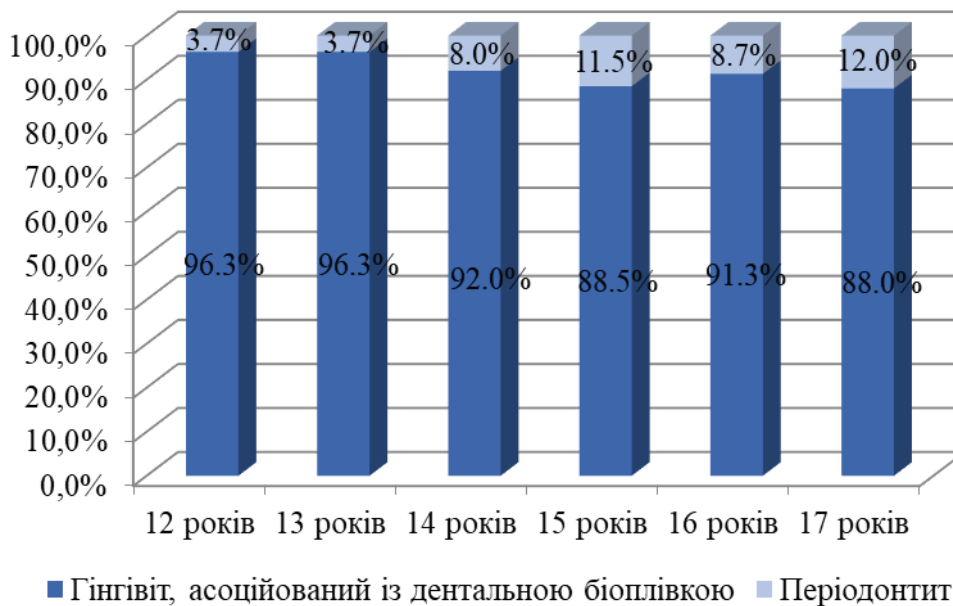


Рисунок 2. Поширеність гінгівіту і періодонтита залежно від віку.

процесу в яснах у різних вікових групах встановлено не було. Проте спостерігалось зростання розповсюдженості локалізованого періодонтиту серед підлітків 15-17 років порівняно з дітьми 12-13 років (рис 2). Виявлена негативна тенденція до підвищення поширеності періодонтиту у підлітковому віці підтверджує необхідність проведення вчасної профілактики, ранньої діагностики та лікування хронічного гінгівіту, що дозволяє попередити втрату зубоцесного прикріплення і деструкцію альвеолярної кістки [12, 14].

Результати спрощеного базового періодонтального обстеження (BPE-S) при хворобах періодонта у дитячому та підлітковому віці представлено у таблиці 1. Зареєстровано значуще вищу медіанну кількість здорових секстантів періодонту при гінгівіті на відміну від періодонтиту (p=0,01). Медіанна кількість секстантів із кровоточивістю і зубним каменем

порівняно з дітьми 12-річного віку. Суттєвої різниці між значеннями цього показника в інших вікових групах визначено не було. Зменшення кількості здорових секстантів періодонту вказує на вірогідне прогресування запального процесу в яснах, починаючи з 15-річного віку.

Вивчено стан гігієнічного догляду за ротовою порожниною на тлі хронічних захворювань періодонту у дітей та підлітків 12-17-річного віку. Медіанне значення індексу гігієни ОНІ-S при гінгівіті виявилось незадовільним 1,8 (1,8-2). У хворих із початковим ступенем локалізованого періодонтиту гігієнічний стан ротової порожнини також відповідав незадовільному рівню 2 (1,8-2,2), (p>0.05). Отримані результати підтверджують негативний вплив незадовільної індивідуальної гігієни ротової порожнини на розвиток хвороб періодонту, що узгоджується з результатами опублікованих досліджень [5-6, 16-17, 19].

Таблиця 1

Показники періодонтального індексу BPE-S
при хворобах пародонту у дитячому та підлітковому віці.

Показники	Періодонтальний індекс BPE-S			
	Секстанти з кровоточивістю ясен (Me)	Секстанти з зубним каменем (Me)	Секстанти з періодонтальними кишнями (Me)	Здорові секстанти (Me)
Гінгівіт (n=142)	2 (2 – 3)	1 (0 – 1)	0	3 (2 – 4) ²
Періодонтит (n=12)	2.5 (2 – 3)	1 (0 – 1.5)	1 (1 – 1)	1.5 (1 – 3) ¹

Примітка: Представлено медіанне значення показника (Me) та міжквартильний інтервал (QI-QIII).

Для порівняння використано критерій Вілкоксона-Манні-Уїтні:

¹ – відмінність від гінгівіту статистично значуща, $p=0.01$;

² – відмінність від періодонтиту 2 статистично значуща, $p=0.01$

Таблиця 2

Показники періодонтального індексу BPE-S при гінгівіті у дітей і підлітків різного віку.

Показники	Вік (роки)	Періодонтальний індекс BPE-S		
		Секстанти з кровоточивістю ясен (Me)	Секстанти з зубним каменем (Me)	Здорові секстанти (Me)
Група 1 (n=26)	12	2 (2 – 3)	0 (0 – 1) ^{4,5,6}	4 (3 – 4) ^{4,5,6}
Група 2 (n=27)	13	2 (2 – 3)	1 (0 – 1) ^{5,6}	3 (2 – 4)
Група 3 (n=23)	14	2 (2 – 3)	1 (0 – 1)	3 (2 – 4)
Група 4 (n=23)	15	3 (2 – 3)	1 (1 – 2) ¹	2 (1 – 3) ¹
Група 5 (n=21)	16	2 (2 – 3)	1 (1 – 2) ^{1,2}	2 (0.5 – 3) ¹
Група 6 (n=22)	17	2 (2 – 3)	1 (1 – 2) ^{1,2}	2 (1 – 4) ¹

Примітка: Представлено медіанне значення показника (Me) та міжквартильний інтервал (QI-QIII).

Для порівняння використано критерій Крускала-Уолліса* ($p^* < 0.001$),

постеріорні порівняння проведено за критерієм Данна:

¹ – відмінність від групи 1 статистично значуща, $p < 0.05$;

² – відмінність від групи 2 статистично значуща, $p < 0.05$;

⁴ – відмінність від групи 4 статистично значуща, $p < 0.05$;

⁵ – відмінність від групи 5 статистично значуща, $p < 0.05$;

⁶ – відмінність від групи 6 статистично значуща, $p < 0.05$.

Аналіз отриманих даних продемонстрував наявність статистично значущих зв'язків між показниками індексу гігієни ОНІ-S і періодонтального індексу BPE-S як при гінгівіті, так і при локалізованому періодонтиті у дитячому та підлітковому віці.

Виявлено прямий кореляційний зв'язок між значеннями індексу ОНІ-S і кількістю секстантів

із кровоточивістю ясен (BPE-S) як в учасників із гінгівітом ($R_0=0.69$; $p < 0.05$), так і періодонтитом ($R_0=0.85$; $p < 0.05$). Між показниками індексу ОНІ-S і кількістю секстантів із зубним каменем (BPE-S) також спостерігався прямий кореляційний зв'язок при гінгівіті ($R_0=0.72$; $p < 0.05$) і періодонтиті ($R_0=0.76$; $p < 0.05$). Найбільш значущий зворотний кореляцій-

ний зв'язок зареєстровано між показниками індексу ОНІ-S і кількістю здорових секстантів (BPE-S) у хворих на гінгівіт ($R_0 = -0.88$; $p < 0,05$) і періодонтит ($R_0 = -0.92$; $p < 0.05$). Результати статистичного аналізу підтверджують провідну роль мікробної біоплівки у виникненні як запального, так і запально-деструктивного процесів у тканинах періодонту [2, 12, 14].

Проаналізовано вплив локальних чинників ризику на розвиток хвороб періодонту у дітей і підлітків віком від 12 до 17 років. Найбільш вагомий вплив на виникнення гінгівіту чинять зубощелепні аномалії, які спостерігались у 74.6% ($n=142$) (рис 3). У переважній більшості спостережень було зареєстровано аномалії прикусу I класу за Е. Енглема – 52.8% ($n=75$), що характеризується відхиленням від норми у фронтальній ділянці щелеп. Дистальний прикус (II клас за Е. Енглема) визначено у 21.1% ($n=30$) учасників, мезіальний (III клас за Е. Енглема) – у 0.7% ($n=1$). Поширеність вертикальних аномалій за Д.А. Калвелісом – глибокого і відкритого прикусу становила відповідно 18.3% ($n=26$) і 1.4% ($n=2$). Серед аномалій зубних рядів переважало скупчення передніх зубів здебільшого на нижній щелепі – 21.1% ($n=30$). Аномалії положення окремих зубів визначено у 12.0% ($n=17$) випадків.



Рисунок 3. Поширеність зубощелепних аномалій при гінгівіті у дітей і підлітків.

У дітей і підлітків із локалізованим періодонтитом розповсюдженість зубощелепних аномалій також виявилася високою – 75.0% ($n=10$) (рис 4). Втрату прикріплення було зареєстровано тільки у фронтальній ділянці нижньої щелепи переважно на тлі скупченості зубів – 33.3% ($n=4$).

Висока поширеність гінгівіту та локалізованого періодонтиту у дітей і підлітків із наявними зубо-щелепними аномаліями підтверджує їх негативний вплив на стан тканин періодонту. Найбільш несприятливий вплив чинять скупчене положення нижніх фронтальних зубів, дистальний і глибокий прикус. Результати наших спостережень узгоджуються з даними інших авторів [2, 6, 13, 17, 19]. Тривале функціональне перевантаження певних груп зубів сприяє більш швидкому прогресуванню патологічних змін у періодонті, зокрема рецесії слизової оболонки ясен, порушенню зубоясенного прикріплення і резорбції альвеолярної кістки [9].

Каріозні ураження зубів і неякісні реставрації проксимальної локалізації посідали друге місце за частотою виявлення у разі запалення ясен у дитячому і підлітковому віці – 38.0% ($n=54$). Тимчасом як при локалізованому періодонтиті каріозні порожнини III класу за Блеком у різцях нижньої щелепи було діагностовано лише в одного учасника – 8.3%. Така локалізація є небезпечною для здоров'я періодонта, оскільки сприяє накопиченню бактеріальної біоплівки безпосередньо біля ясенного краю. Подібні твердження наведено в публікаціях інших дослідників [6, 14, 19].



Рисунок 4. Поширеність зубощелепних аномалій при періодонтиті у дітей і підлітків.

Вагомим чинником ризику запально-деструктивного процесу в періодонті є аномалії прикріплення м'яких тканин ротової порожнини. Вкорочені вуздечки нижньої губи визначено у 41.7% ($n=5$) дітей і підлітків із локалізованим періодонтитом. Мілкий присінок ротової порож-

нини зареєстровано у 33.3% (n=4) таких хворих. Необхідно зауважити, що у 25.0% (n=3) із них спостерігалася рецесія ясен в межах 1-3 мм у ділянці різців нижньої щелепи.

При гінгівіті у дитячому і підлітковому віці поширеність аномалій прикріплення м'яких тканин ротової порожнини була нижчою. У 14.8% (n=21) обстежених із запаленням ясен діагностовано вкорочення вуздечок верхньої губи, у 4.2% (n=6) – нижньої. Мілкий присінок ротової порожнини виявлено у 9.2% (n=13) учасників. Рецесію слизової оболонки ясен біля різців нижньої щелепи зареєстровано лише у двох випадках – у 1.4%.

Висновки

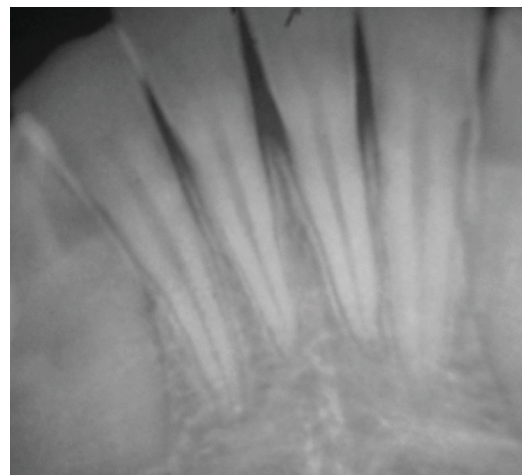
Найпоширенішою формою хвороб періодонту у дітей і підлітків віком від 12 до 17 років є хронічний гінгівіт, асоційований із зубною біоплівкою. У підлітковому віці зростає розповсюдженість локалізованого періодонтиту, що супроводжується значущим зменшенням медіанної кількості здорових секстантів періодонту. Найбільш небезпечними для здоров'я періодонту є накопичення бактеріальної біоплівки й зубного каменю внаслідок незадовільної індивідуальної гігієни ротової порожнини. Зубощелепні аномалії, наявні каріозні порожнини або неякісні реставрації проксимальної локалізації сприяють інтенсивному розвитку запальних змін у тканинах періодонту. Скупченість зубів, особливо у фронтальній ділянці зубного ряду, дистальний і глибокий прикуси, аномалії прикріплення вуздечок губ і м'яких тканин присінка ротової порожнини є вагомими локальними чинниками ризику, що пришвидшують прогресування запально-деструктивних змін у тканинах періодонту і призводять до розвитку локалізованого періодонтиту. Тому запровадження методів первинної профілактики, рання діагностика та лікування хвороб періодонту у дитячому і підлітковому віці потребують міждисциплінарного підходу з метою вчасного усунення всіх негативних місцевих факторів.

ПОСИЛАННЯ

1. American Academy of Periodontol and European Federation of Periodontology. Classification of periodontal diseases in infants, children, adolescents and individuals with special health care needs. J Periodontol 2018; 89 (Suppl. 1): p. 387–401.
2. Baiju RMP, Peter E, Nayar BR, Varughese JM, Varghese NO. Prevalence and predictors of early periodontal disease among adolescents. J Indian Soc Periodontol. 2019; 23 (Suppl. 4): p. 356 361. doi: 10.4103/jisp.jisp_512_18.
3. Bimstein E, Huja PE, Ebersole JL. The potential lifespan impact of gingivitis and periodontitis in children. J Clin Pediatr Dent. 2013; 38 (Suppl. 2): p. 95–9. doi: 10.17796/jcpd.38.2. j525742137780336.
4. Chen X, Ye W, Zhan JY, Wang X, Tai BJ, Hu Y, Lin HC, Wang B, Si Y, Wang CX, Zheng SG, Liu XN, Rong WS, Wang WJ, Feng XP. Periodontal Status of Chinese Adolescents: Findings from the 4th National Oral Health Survey. Chin J Dent Res. 2018; 21 (Suppl. 3): p. 195 203. doi: 10.3290/j.cjdr.a41075.
5. Diamanti I, Berdouses ED, Kavvadia K, Arapostathis KN, Polychronopoulou A, Oulis CJ. Oral hygiene and periodontal condition of 12- and 15-year-old Greek adolescents. Socio-behavioural risk indicators, self-rated oral health and changes in 10 years. Eur J Paediatr Dent. 2021; 22 (Suppl. 2): p. 98–106. doi: 10.23804/ejpd.2021.22.02.3.
6. Godovanets O.I. Analysis of the risk factors promoting development of chronic catarrhal gingivitis in children suffering from simple diffuse goiter / O.I. Godovanets, TS. Kitsak // Bulletin of Dent. – 2022. – № 2. – s. 78–82. doi: 10.35220/2078-8916-2022-44-2.14.
7. Green JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc. 1964; 68: p. 7–13.



а)



б)

Рисунок 5. Локалізований періодонтит початкового ступеня тяжкості на тлі скупченості нижніх фронтальних зубів: а) симптоматичний гінгівіт; б) деструкція кортикальної пластинки альвеоли на верхівці міжзубної перегородки, розширення періодонтальної щілини у пришийковій ділянці

8. Hur'yanov V.H., Lyakh YU.YE., Pariy V.D., Korotky O.V., Chalyy O.V., Chalyy K.O., Tsekhmister YA.V. Posibnyk z biostatystyky. Analiz rezul'tativ medychnykh doslidzhen u paketi EZR. (R-statistics). – Kyiv: Vistka, 2018.
9. Khodovani O, Martovlos A, Khodovana O. Periodontal diseases and dentoalveolar anomalies and deformations in patients of different ages (state of the problem and ways to resolve it). Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci. 2019; 55 (Suppl. 1): p. 10–30. doi: 10.25040/ntsh2019.01.02.
10. Khomenko L.O. Suchasnyy naukovyy pidkhd do likuvannya hinhivitu, asotsiyovanoho z bioplivkoyu u dytyachomu i pidlitkovomu vitsi / L.O. Khomenko, I.M. Holubieva // Suchasna stomatolohiya. – 2024. – № 1. – s. 37–41. doi: 10.33295/1992-576X-2024-1-37.
11. Kolenko Yu.H. Osoblyvosti klinichnoho perebihu heneralizovanoho parodontytu u patsiyentiv z pervynnym hipotyreozom / Yu.H. Kolenko, N.V. Kolesova, V.O. Revych // Suchasna stomatolohiya. – 2024. – № 2. – s. 14–20. doi: 10.33295/1992-576X-2024-1-13.
12. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. J Periodontol. 2018; 89 (Suppl. 1): p. 9–16. doi:10.1002/JPER.16-0517.
13. Liu X, Xu J, Li S, Wang X, Liu J, Li X. The prevalence of gingivitis and related risk factors in schoolchildren aged 6-12 years old. BMC Oral Health. 2022; 22 (Suppl. 1): p. 623. doi:10.1186/s12903-022-02670-9.
14. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. J Periodontol. 2018; 89 (Suppl. 1): p. 17–27. doi:10.1002/JPER.17-0095.
15. Ower P. British Society of Periodontology. BPE Guidelines: British Society of Periodontology Revision 2016. Dent Update 2016; 43 (Suppl. 5): p. 406–8. doi:10.12968/denu.2016.43.5.406.
16. Palak MS, Ganesh J, Manjari C. Prevalence of gingivitis and periodontal diseases in children aged between 6-12 years. Int J Dentistry Oral Sci. 2021; 8 (Suppl. 6): p. 2889–2893. doi:10.19070/2377-8075-21000586.
17. Sharma N, Saxena V, Naithani M. Prevalence of Gingivitis and Associated Factors in 6-19-Year-Old Children in Rudraprayag District, Uttarakhand. J Indian Assoc Public Health Dent. 2021; 19 (Suppl. 4): p. 277–282. doi:10.4103/jiaphd.jiaphd_80_21.
18. Stenberg W.V. Periodontal problems in children and adolescents. In: Nowak AJ, Christensen JR, Mabry TR, Townsend JA, Wells MH. eds. Pediatric Dentistry – Infancy through Adolescence, 6th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier-Saunders Co.; 2019; pp. 371–378.
19. Tankova H, Mitova N, Rashkova M, Popova H. Risk factors and gingival inflammation in children aged 10 to 14 years - an epidemiological study. J of IMAB. 2021; 27 (Suppl. 4): p. 4092–4097. doi:10.5272/jimab.2021274.4092.
20. Zhachko N.I. Vidnovlennya zdorov'ya porozhny rota yak ody z vahomykh faktoriv pidvyshchennya yakosti zhyttya / N.I. Zhachko, T.S. Nespyad'ko-Monborn', M.S. Zhachko // Suchasna stomatolohiya. – 2021. – № 1. – s. 78–81. doi: 10.33295/1992-576X-2021-1-78.

Assessment of local risk factors of periodontal disease in children and adolescents

Holubieva I., Ostapko O.

The aim of the study. To investigate the periodontal status in children and adolescents with gingivitis and localized periodontitis and to assess the influence of local risk factors on the development of periodontal diseases.

Materials and methods. 160 children and adolescents aged 12 to 17 years were examined at the Dental Medical Center of the Bogomolets National Medical University. All participants were examined for periodontal status, oral hygiene, and local risk factors of periodontal diseases.

Research results. A high prevalence of gingivitis associated with dental biofilm in children and adolescents aged 12-17 was determined – 88.7%. Localized periodontitis of initial stage was diagnosed in 7.5% of participants. A statistically significant worsening of the periodontal status in adolescence was registered. The most significant risk factors of the periodontal diseases development were unsatisfactory individual oral hygiene and maxillofacial anomalies, which accounted for about 75% patients. In the presence of an inflammatory process in the gums, crowding of teeth, distal and deep bite prevailed. In the case of localized periodontitis, the crowded position of the frontal teeth in lower jaw was most often observed. Carious cavities and restorations of proximal localization (38.0%) were the second most common cause of gingivitis. Anomalies of soft tissues attachment played a significant role in the development of periodontitis. These include shortening of the lower lip frenulum (41.7%) and a small vestibulum of oral cavity in the area of the lower frontal teeth (33.3%).

Conclusions. The high prevalence of periodontal diseases in children and adolescents is due to unsatisfactory personal oral hygiene against the background of the negative impact of local risk factors – maxillofacial anomalies, carious cavities and proximal restorations, anomalies of soft tissues attachment in the oral cavity. Therefore, the priority direction of modern periodontology should be an interdisciplinary approach in primary prevention, which will contribute to the improvement of periodontal health and the quality of life in children and adults of Ukraine.

Key words: children, adolescents, gingivitis, periodontitis, periodontal status, local risk factors.

Голубева Інна Миколаївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна, golubeva.iness@gmail.com, 097-455-66-55
<https://orcid.org/0000-0003-0720-9037>

Остатко Олена Іванівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна, ostlena11@gmail.com, 050-312-97-35
<https://orcid.org/0000-0001-6777-5116>

Стаття: надійшла до редакції 06.06.2024р.-прийнята до друку 18.06.2024р.