

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WHO REQUIRE TREATMENT IN ANTERIOR DENTITION**Vodoriz Y. Y., Lemeshko A. V., Marchenko I. Y., Shundrik M. A., Tkachenko I. M., Kovalenko V. V.**

Abstract. A significant indicator of the quality of treatment is how patient's quality of life changes after treatment. Quantitative indicators of determining quality of life changes and the effectiveness of dental treatment are based on this indicator.

The aim. The idea of this research was to identify changes in the quality of life of patients who require aesthetic and/or functional restoration of anterior teeth and to determine which aspects of quality of life are the most affected.

Object and methods. The OHIP-49 questionnaire was used to determine the change in quality of life. Adults 18-24 years of age and young patients aged 25-44 years with the need to restore function and/or aesthetics of the frontal group teeth joined the survey. Each question could be answered differently, depending on the frequency of the problem: "very often", "often", "sometimes", "almost never", "never", "I don't know". If the patient answered more than 9 "I don't know" questions, his questionnaire was excluded from further study. Each of the 49 questions had its own index valued from 0.747 to 2.555, which was multiplied by the frequency of occurrence of the problem (4, 3, 2, 1, 0 points, respectively). The points were calculated both for each block and for the whole. When asked the questionnaire, patients were asked to consider whether or not there was a problem within 12 months before their questioning. In the end, the results of the experimental group were compared with those of the control group.

Results and discussing. Survey data revealed that the average of the total points scored in the study group was 63.07 ± 6.79 . The mean score among men was slightly less than for women (51.21 ± 5.98 vs 78.10 ± 12.63); $P = 0.048$. In the control group, the mean of the test results was 38.14 ± 5.32 . The mean score among males was 31.31 ± 4.87 and among females 45.42 ± 9.54 , with no significant difference in gender ($P = 0.190$). The difference in the OHIP-49 test results between the control and experimental groups was also significant ($P = 0.006$). The difference in test results between men and women in both groups is also significant (0.032 according to ANOVA).

Conclusion. According to the results of the research, it could be stated that the quality of life of people who require restoration of aesthetic and functional parameters of anterior teeth is significantly reduced compared to the quality of life of people who do not need it. The decline in quality of life is largely explained by more psychological than physical disorders associated with the imperfection of smiles and poor dental health of anterior teeth. This fact is also confirmed statistically.

Key words: OHIP-49, change in quality of life, anterior teeth.

Рецензент – проф. Ткаченко П. І.
Стаття надійшла 05.10.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-1-153-300-311

УДК 616.314.17-008.1-085: 618.3-053.1-071.

Гармаш О. В.

**ЗАЛЕЖНІСТЬ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
У ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ, НАРОДЖЕНИХ ІЗ МАКРОСОМІЄЮ,
ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ**

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

o.v.garmash@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дане дослідження виконане згідно з планом НДР Харківського національного медичного університету МОЗ України «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», № державної реєстрації 0116U004975.

Вступ. Народження дитини з масою тіла, яка більше або дорівнює 4 кг, або народження дитини, чії масо-ростові параметри знаходяться вище за 90 центильний рівень стандартної для популяції маси тіла при певному гестаційному віці, оцінюються як макросомія плоду [1].

Ожиріння, діабет 1 та 2 типів, гіпертонічна хвороба, метаболічний синдром, схильність до розвитку онкологічних захворювань, порушення репродуктивного здоров'я – це далеко не повний перелік віддалених наслідків макросомії плоду [2,3].

Численні стоматологічні порушення, які виникають у осіб, чії параметри при народженні були оцінені як макросомів, є віддзеркаленням стану загально-соматичного здоров'я таких осіб. У дослідженні, проведеному нами раніше, було доведено, що особи макросоми-при-народженні мають більші ризики

формування стоматологічної патології, ніж відповідного віку нормосоми-при-народженні [4].

Фахівці Харківської медичної школи досліджують безпосередні та віддалені наслідки макросомії плоду понад півсторіччя [5,6]. Було доведено, що стан здоров'я таких осіб в онтогенезі суттєво залежить від індексу маси тіла при народженні [6]. Інакше кажучи, існує значна відмінність стану здоров'я між особою, макросомом-при-народженні, яка народилась із ознаками внутрішньоутробного ожиріння, та особою макросомом-при-народженні, яка мала велику довжину тіла, проте низький індекс маси тіла при народженні, чи особою, яка хоч і важила при народженні 4 кг або більше, її масо-ростові параметри (індекс маси тіла) свідчили про гармонійний внутрішньоутробний розвиток.

Мета дослідження. За допомогою анкетно-опитувального методу виявити фактори ризику та оцінити відмінності ризиків виникнення захворювань тканин пародонту та твердих тканин зубів у осіб Харківської популяції та прилеглих областей, народжених із макросомією, в залежності від їх індексу маси тіла при народженні.

Об'єкт і методи досліджень. Протягом 2014-2019 р. була опитана 241 особа (від 18 до 55 років). Сто чотирнадцять осіб, які народилися з макросомією, склали основну групу (ОГ), а 127 осіб відповідного віку із нормальними масо-ростовими параметрами при народженні склали групу порівняння (ГП). Середній вік учасників дослідження у групах був співставним. Учасники ОГ додатково були розділені на 4 підгрупи за значенням їх масо-ростового коефіцієнту при народженні з використанням класифікації, запропонованої Грищенко В.І. та співавторами [5].

До підгрупи I було віднесено 27 осіб (19 чоловіків, 8 жінок), які при народженні були довгими та гармонійно розвиненими (їхній індекс маси тіла був співставним із таким у ГП). До підгрупи II віднесли 18 осіб (10 чоловіків, 8 жінок), які на момент народження були довгими, та мали відносно знижену масу тіла (індекс маси тіла був достовірно меншим, ніж у дітей із ГП). Підгрупа III складалася з 23 осіб (15 чоловіків 8 жінок), які при народженні були довгими та мали ознаки ожиріння (індекс маси тіла був достовірно більшим за такий у ГП). Підгрупа VI складалася з 46 осіб (27 чоловіків та 19 жінок), чия довжина тіла при народженні була співставною із довжиною тіла осіб ГП, а індекс маси тіла свідчив про наявність внутрішньоутробного ожиріння. Усі учасники дослідження надали письмову згоду на участь у опитуванні.

Тестування здійснювалось за допомогою розробленого нами раніше опитувального [7], який включав 70 запитань, поділених на 7 шкал (рис.).

Шкала 1 була розроблена з метою виявлення факторів родинно-спадкової схильності до розвитку патології тканин пародонту та твердих тканин зубів та оцінюється за результатами відповідей на запитання 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. У *шкалі 2* згруповані запитання для виявлення факторів родинно-спадкової схильності до макросомії, вона оцінюється за результатами відповідей на запитання 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. *Шкала 3* стосується стану органів ротової порожнини за даними анамнезу та скарг, вона оцінюється за результатами відповідей на запитання 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. У *шкалі 4* надані запитання для виявлення факторів супутньої патології досліджуваної особи, вона оцінюється за результатами відповідей на запитання 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40. *Шкала 5* стосується питань, пов'язаних із вагітністю та пологами матері досліджуваної особи та оцінюється за результатами відповідей на запитання 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50. *Шкала 6* призначена для виявлення факторів харчування, шкідливих звичок та фізичного навантаження та оцінюється за результатами відповідей на запитання 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60. *Шкала 7* стосується гігієнічного стану ротової порожнини особи та оцінюється за результатами відповідей на запитання 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70. Діапазон кількісного оцінювання результатів виконання тесту за кожною зі шкал знаходився в межах від 0 до 10 балів. Ступінь ризику виникнення патології тканин пародонту та твердих тканин зубів оцінюється наступним чином: відсутність ризику – 0 балів; мінімальний ризик – від 1 до 10 балів; ризик – від 11 до 20 балів; суттєвий ризик – від 21 до 30 балів; високий ризик – понад 30 балів.

Для оцінки достовірності відмінностей у результатах для різних підгруп використовувались параметрична статистика (t-критерій Стьюдента) та непараметрична статистика (критерій Мана-Уїтні). Відмінності вважалися достовірними, якщо ймовірність похибки p не перевищувала 0,05. Довірчі інтервали (ДІ) для процентної кількості позитивних відповідей (балів) на окремі питання у групах та підгрупах розраховані за припущення біноміального закону розподілу випадкової величини при ймовірності похибки $p < 0,05$ [8].

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз даних, одержаних в результаті опитування (див. **табл. 1**) виявив, що в основній групі, порівняно з групою порівняння, було менше осіб, які мали «мінімальний ризик» і «ризик», натомість достовірно більше дітей, які мали «суттєвий ризик» виникнення стоматологічних порушень.

Порівняння сумарної бальної оцінки між підгрупами основної групи свідчить, що особи підгрупи IV мають більші ризики виникнення стоматологічних порушень порівняно із іншими (**табл. 1**). Така група мала найвищі ризики виникнення стоматологічних порушень і у осіб макросомів-при-народженні молодшої вікової категорії [9].

Перед початком аналізу даних тестування слід вказати, що у 31 (27,2% ДІ: 20,1% – 35,4%) особи ОГ хоча б один із батьків також був народжений макросомом. По підгрупах ОГ цей показник становив: 12 (44,4% ДІ: 28,7% – 61,2%), 5 (27,8% ДІ: 13,3% – 47,6%), 5 (21,7% ДІ: 10,2% – 38,8%) та 9 (19,6% ДІ: 10,9% – 31,4%) для першої, другої, третьої та четвертої підгрупи відповідно. У ГП батьків, які народилися макросомами, мали 10 (7,9% ДІ: 4,4% – 13,0%) осіб.

*Достовірної різниці між балами, набраними учасниками ОГ та ГП за шкалою 1, виявлено не було (див. **табл. 2, 3**).* При аналізі відмінностей по підгрупах виявлено, що тенденція до більшої кількості скарг у підгрупах I та IV виникла саме за рахунок відповідей тих учасників, чії батьки самі народилися макросомами.

При оцінюванні шкали 1 були зафіксовані такі достовірні відмінності у відповідях. Про те, що індекс КПВ у батька пацієнта або його близьких родичів перевищує 13 балів, вказали 63,0% (ДІ: 49,8% – 74,9%) осіб підгрупи IV проти 34,6% (ДІ: 27,2% – 42,8%) осіб ГП. Про наявність у матері або її близьких родичів скученості зубів вказали 4,3% (ДІ: 1,4% – 11,5%) осіб підгрупи IV, що є достовірно менше, ніж у ГП, в якій про це зазначили 18,1% (ДІ: 12,5% – 25,0%) учасників дослідження. Вказали, що в батьків і близьких родичів є аномалії кількості, форми або положення окремих зубів 4,3% (ДІ: 1,1% – 14,8%) осіб підгрупи III, що є достовірно менше проти 24,4% (ДІ: 17,9% – 32,0%) осіб у ГП.

Дані, наведені в **табл. 2 та 3** свідчать, що, в середньому, у батьків учасників дослідження підгруп III та IV (осіб, які мали ознаки внутрішньоутробного ожиріння) було менше зубощелепних аномалій ніж у батьків осіб підгруп I та II.

Опитування не виявило достовірної різниці між балами, набраними учасниками ОГ та ГП за шкалою 2 (табл. 2, 3). Це може пояснюватись тим, що багато факторів, які призводять до великих масо-ростових параметрів новонародженої дитини, донині є не-

Відомості про пацієнта:

Дата народження _____ стать _____ місце народження _____

місце проживання пацієнта до п'ятнадцятирічного віку _____

місце проживання пацієнта на теперішній час _____

професія _____ група крові, резус фактор _____

зріст/маса тіла при народженні _____ зріст/маса тіла на даний момент _____

Чи перебуває пацієнт на диспансерному обліку в ендокринолога, гастроентеролога, дерматолога, ревматолога, кардіолога, гінеколога, андролога, гематолога, ортопеда, ЛОР-лікаря, нефролога, окуліста та інших фахівців, указати яких _____

Якщо мати, батько, рідні брати чи сестри або інші близькі родичі пацієнта мали вагу при народженні 4 кг і більше, вказати хто саме _____

Інструкція: опитуючи пацієнта, робіть позначку («+» чи «✓») у відповідній графі опитувальника.

Запитання	Варіант відповіді	
	Так	Ні
1. Чи спостерігалися в матері пацієнта або її близьких родичів захворювання пародонта, які проявлялися кровоточивістю ясен під час чищення зубів, наявністю рухомих зубів, ранньою втратою зубів?		
2. Чи спостерігалися в батька пацієнта або його близьких родичів захворювання пародонта, які проявлялися кровоточивістю ясен під час чищення зубів, наявністю рухомих зубів, ранньою втратою зубів?		
3. Чи перевищує індекс КПВ (сума каріозних, пломбованих і видалених зубів) у матері пацієнта або її близьких родичів 13 балів?		
4. Чи перевищує індекс КПВ (сума каріозних, пломбованих і видалених зубів) у батька пацієнта або його близьких родичів 13 балів?		
5. Чи є в матері пацієнта або її близьких родичів скупченість зубів?		
6. Чи є в батька пацієнта або його близьких родичів скупченість зубів?		
7. Чи є в батьків і близьких родичів пацієнта аномалії прикусу?		
8. Чи є в батьків і близьких родичів пацієнта аномалії кількості, форми або положення окремих зубів?		
9. Чи є в батьків і близьких родичів пацієнта тремі й діастеми?		
10. Чи є в батьків і близьких родичів пацієнта патологічне стирання твердих тканин зубів?		
11. Чи має мати пацієнта або її близькі родичі захворювання щитоподібної залози?		

СТОМАТОЛОГІЯ

12. Чи має батько пацієнта або його близькі родичі захворювання щитоподібної залози?		
13. Чи страждає мати пацієнта або її близькі родичі на діабет?		
14. Чи страждає батько пацієнта або його близькі родичі на діабет?		
15. Чи має мати пацієнта або її близькі родичі надлишкову масу тіла?		
16. Чи має батько пацієнта або його близькі родичі надлишкову масу тіла?		
17. Чи мала мати наступні антропометричні характеристики на момент народження пацієнта: зріст вище 170 см, вага більше 80 кг?		
18. Чи мав батько наступні антропометричні характеристики на момент народження пацієнта: зріст вище 180 см, вага більше 90 кг?		
19. Чи був вік матері пацієнта на момент народження пацієнта 30 років і більше?		
20. Чи був вік батька пацієнта на момент народження пацієнта 40 років і більше?		
21. Чи відзначалась у пацієнта затримка термінів прорізування тимчасових або постійних зубів?		
22. Чи відзначалось у пацієнта передчасне прорізування тимчасових або постійних зубів?		
23. Чи відзначались у пацієнта аномалії прикусу, кількості, форми та положення зубів тимчасового прикусу?		
24. Чи перевищував індекс кпв (сума каріозних, пломбованих і видалених зубів) у пацієнта в період тимчасового прикусу 6 балів?		
25. Чи спостерігає пацієнт періодичну або постійну сухість у роті?		
26. Чи спостерігає пацієнт періодичну або постійну кровоточивість ясен?		
27. Чи спостерігається в пацієнта неприємний запах з рота?		
28. Чи спостерігається в пацієнта бруксизм, що супроводжується м'язовими й суглобовими болями в області нижньої щелепи?		
29. Чи відзначає пацієнт біль або хрускіт у скронево-нижньощелепних суглобах, зміни руху нижньої щелепи під час відкривання або закривання рота?		
30. Чи відзначає пацієнт підвищену чутливість зубів до різних подразників?		
31. Чи має пацієнт на даний момент ожиріння I ступеня або більше, а саме, чи перевищує вага пацієнта на даний момент на 20% і більше фізіологічну норму?		
32. Чи має пацієнт ендокринну патологію, а саме: діабет, захворювання щитоподібної залози?		

СТОМАТОЛОГІЯ

33. Чи фіксуються у пацієнта підвищені цифри артеріального тиску, а саме, цифри, які дорівнюють або вищі значень 140/90?		
34. Чи спостерігається в пацієнта артеріальна гіпотонія, а саме, цифри артеріального тиску, які дорівнюють або нижчі значень 90/60 ?		
35. Чи є в пацієнта атопічний дерматит, бронхіальна астма, алергічний риніт або інші алергічні прояви?		
36. Чи відзначається в пацієнта порушення структури (гіпотрихоз), слабе зростання й випадіння волосся, ламкість нігтів, сухість шкіри?		
37. Чи відзначаються в пацієнта дисплазії тазостегнових та інших суглобів, чи є звичні вивихи суглобів, розтяжки на шкірі, плоскостопість, аномальна хорда лівого шлуночка, пролапс мітрального клапана, міопія? (потрібне підкреслити)		
38. Чи відноситься пацієнт до категорії таких, які часто й тривало хворіють (чи звертається він по допомогу до медичних установ з одним і тим самим захворюванням понад 4 рази на рік або з різними захворюваннями більше 6-ти разів на рік)?		
39. Чи спостерігає пацієнт важкість у шлунку, напади нудоти, блювоти?		
40. Чи приймає пацієнт глюкокортикоїди, імунодепресанти, антидепресанти, саліцилати, аерозольні препарати для контролю астми, гормональні контрацептиви або інші лікарські препарати?		
41. Чи палила мати пацієнта під час вагітності або протягом 5 років перед вагітністю?		
42. Чи палив батько пацієнта під час вагітності матері пацієнта або протягом 5 років перед її вагітністю?		
43. Чи страждала мати пацієнта на момент народження пацієнта гіпертонічною хворобою?		
44. Чи страждав батько пацієнта на момент народження пацієнта гіпертонічною хворобою?		
45. Чи була властива гіподинамія стилю життя матері пацієнта перед народженням пацієнта?		
46. Чи була властива гіподинамія стилю життя батька пацієнта перед народженням пацієнта?		
47. Чи тяжко протікала вагітність у матері пацієнта, а саме: чи були токсикоз, підвищений тиск, передгестаційний, гестаційний діабет, чи лежала вона в стаціонарі на збереженні, чи була загроза переривання вагітності, чи були ускладнення під час пологів?		
48. Чи був пацієнт народжений шляхом операції кесарів розтин?		
49. Чи є пацієнт не першою дитиною в родині?		
50. Чи перебував пацієнт на штучному вигодовуванні протягом перших 6 місяців життя?		

СТОМАТОЛОГІЯ

51. Чи віддає перевагу пацієнт жирній їжі?		
52. Чи віддає перевагу пацієнт смаженій їжі?		
53. Чи віддає перевагу пацієнт їжі з високим вмістом вуглеводів?		
54. Чи віддає перевагу пацієнт лише гарячій або холодній їжі?		
55. Чи вживає пацієнт солодкі газовані або негазовані напої, соки з вмістом цукру, сиропи?		
56. Чи практикує пацієнт перекушування в перервах між прийомами їжі?		
57. Чи палить пацієнт?		
58. Чи вживає пацієнт алкогольні напої?		
59. Чи притаманна гіподинамія стилю життя пацієнта?		
60. Чи часто пацієнт зазнає стресу вдома або на роботі?		
61. Чи підбирає пацієнт засоби і предмети гігієни порожнини рота самостійно, а саме, чи нехтує допомогою лікаря щодо індивідуального підбору?		
62. Чи звертався пацієнт до лікаря-стоматолога з метою лікування чи видалення зубів протягом останнього року?		
63. Чи чистить пацієнт зуби рідше, ніж двічі на день?		
64. Чи є тривалість чищення зубів пацієнта меншою, ніж 2-3 хвилини?		
65. Чи використовує пацієнт зубну щітку понад три-чотири місяці?		
66. Чи нехтує пацієнт використанням додаткових засобів для індивідуальної профілактики хвороб пародонта та твердих тканин зубів, таких як ополіскувачі, еліксири, бальзами?		
67. Чи нехтує пацієнт використанням додаткових предметів міжзубної гігієни, таких як зубні нитки, йоржики, масажери та ін.?		
68. Чи нехтує пацієнт використанням лікувально-профілактичних жувальних гумок після прийому їжі?		
69. Чи відвідує пацієнт лікаря-стоматолога з метою профілактичних оглядів рідше, ніж один-два рази на рік?		
70. Чи є в пацієнта брекет-системи та інші знімні й незнімні ортодонтичні або ортопедичні конструкції?		

Я погоджуюся з використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог закону України «Про захист персональних даних». Підпис _____ Дата _____

Рисунок – Спосіб оцінювання ризику розвитку патологій тканин пародонта й твердих тканин зубів у пацієнтів, які народилися з діагнозом макросомія. (Додаток до історії хвороби). Опитувальник наведений у скороченому вигляді.

Таблиця 1 – Зведені бальні оцінки результатів тестування осіб групи порівняння, основної групи та підгруп в залежності від ступеня ризику

Групи та підгрупи	Мінімальний ризик	Ризик	Суттєвий ризик	Високий ризик
Група порівняння	15 (11,8% ДІ: 7,4% – 17,8%)	75 (59,1% ДІ: 50,8% – 67,0%)	34 (26,8% ДІ: 20,0% – 34,5%)	3 (2,4% ДІ: 0,9% – 5,6%)
Основна група	2 (1,8% ДІ: 0,5% – 4,8%) †	51 (44,7% ДІ: 36,3% – 53,5%)	52 (46,5% ДІ: 37,9% – 55,2%) †	9 (7,9% ДІ: 4,3% – 13,4%)
Підгрупа I	–	13 (48,1% ДІ: 31,9% – 64,7%)	10 (37,0% ДІ: 22,4% – 54,0%)	4 (14,8% ДІ: 6,3% – 29,2%) †
Підгрупа II	2 (11,1% ДІ: 3,6% – 27,3%)	7 (38,9% ДІ: 21,5% – 59,0%)	7 (38,9% ДІ: 21,5% – 59,0%)	2 (11,1% ДІ: 3,6% – 27,3%)
Підгрупа III	–	12 (52,2% ДІ: 34,5% – 69,4%)	10 (43,5% ДІ: 26,8% – 61,5%)	1 (4,3% ДІ: 1,1% – 14,8%)
Підгрупа IV	–	19 (41,3% ДІ: 28,9% – 54,6%)	25 (54,3% ДІ: 41,1% – 67,1%) †	2 (4,3% ДІ: 1,4% – 11,5%)

Примітка. † – відмінно від групи порівняння для ($p < 0,05$).

відомими [10,11] і нам також не вдалося охопити їх обмеженою кількістю запитань.

Достовірні відмінності були зафіксовані в наступних категоріях. Процентна кількість випадків (ПКВ) таких антропометричних характеристик матері на момент народження дитини, як зріст вище 170 см та маса тіла більше 80 кг, в ГП склала 12,2% (8,7% ДІ: 5,0% – 14,0%), а в ОГ – 21,1% (ДІ: 14,7% – 28,7%). Високий зріст та велика маса тіла зустрічались достовірно частіше у матерів дітей підгрупи I (29,6%; ДІ: 16,5% – 46,3%) та підгрупи III (34,8%; ДІ: 19,7% – 52,9%), ніж у матерів дітей ГП. Найбільша ПКВ (30,4%; ДІ: 16,4% – 48,4%), коли на момент народження пацієнта його батько мав зріст вище 180 см і вагу більше 90 кг, спостерігалась для осіб підгрупи III проти 18,9% (ДІ: 13,2% – 25,9%) осіб в ГП. Зазначимо, що і в середньому, серед усіх учасників дослідження найбільші антропометричні характеристики мали батьки обох статей дітей підгрупи III [9].

Опитування виявило, що за шкалою 3 учасники ОГ як усі разом, так і по підгрупах I, II та IV, набрали достовірно більшу кількість балів проти ГП (табл. 2, 3). Достовірно відрізнялись дані по таких категоріях. Про затримку термінів прорізування тимчасових або постійних зубів зазначили 16,7% (ДІ: 11,1% – 23,8%) осіб ОГ та 33,3% (ДІ: 17,3% – 53,5%) осіб в підгрупі II проти 6,3% (ДІ: 3,3% – 11,0%) осіб із ГП. Передчасне прорізування тимчасових або постійних зубів мали 11,4% (ДІ: 6,9% – 17,7%) осіб ОГ проти 3,1% (ДІ: 1,3% – 6,7%) осіб групи порівняння. ПКВ перед-

Таблиця 2 – Зведені бальні оцінки результатів тестування осіб групи порівняння, основної групи та підгруп в залежності від шкали опитувальника

Групи та підгрупи	Шкала 1	Шкала 2	Шкала 3	Шкала 4	Шкала 5	Шкала 6	Шкала 7
Порівняння	2,80±0,36	1,58±0,27	1,77±0,28	0,81±0,17	1,61±0,22	4,63±0,38	4,77±0,38
Основна	3,11±0,38	1,77±0,31	3,00±0,34†	1,61±0,26†	2,20±0,26	4,80±0,36	4,71±0,40
Підгрупа I	3,48	2,00	3,26* ($p=0,00036$)	1,33* ($p=0,02499$)	1,96	4,74	4,44
Підгрупа II	2,56	1,72	3,39* ($p=0,00289$)	2,00* ($p=0,00381$)	2,28	4,83	4,72
Підгрупа III	2,55	1,95	2,50	1,41* ($p=0,03003$)*	2,00	4,55	4,95
Підгрупа IV	3,50	1,59	2,95* ($p=0,00000$)	1,70* ($p=0,00001$)	2,41* ($p=0,00043$)	5,09	4,68

Примітка. † – відмінно від групи порівняння за критерієм Стьюдента ($p < 0,05$); * – відмінно від групи порівняння за критерієм Мана-Уїтні.

часного прорізування була більше ніж у три рази вищою у осіб підгрупи I (14,8%; ДІ: 6,3% – 29,2%) порівняно з ГП. Втричі більша, ніж у ГП, процентна кількість передчасного прорізування тимчасових зубів була характерна і для молодшого вікового періоду осіб підгрупи I [9].

Аномалії прикусу, кількості, форми та положення зубів тимчасового прикусу мали 34,2% (ДІ: 26,4% – 42,8%) осіб ОГ та 39,1% (ДІ: 27,0% – 52,5%) осіб підгрупи IV, що достовірно відрізнялось від 18,1% (ДІ: 12,5% – 25,0%) осіб ГП.

На періодичну або постійну сухість у роті вказали 11,8% (ДІ: 7,4% – 17,8%) осіб в ГП проти 33,3% (ДІ: 19,4% – 50,2%) осіб в підгрупі I. Кровоточивість ясен спостерігається в 27,6% (ДІ: 20,7% – 35,4%)

осіб ГП проти 48,2% (ДІ: 39,6% – 56,9%) осіб ОГ, 63,0% (ДІ: 46,0% – 77,6%) осіб підгрупи I та 55,6% (ДІ: 35,7% – 74,0%) осіб підгрупи II. Кровоточивість ясен також була притаманною особам із підгрупи II молодшого вікового періоду [9].

Наявність неприємного запаху з рота зазначили 26,8% (ДІ: 20,0% – 34,5%) осіб ГП та 43,0% (ДІ: 34,6% – 51,7%) осіб ОГ. На наявність неприємного запаху з рота поскаржились 59,3% (ДІ: 42,4% – 74,5%) осіб підгрупи I та 44,4% (ДІ: 26,0% – 64,3%) осіб підгрупи II, що достовірно відрізнялось від кількості скарг у ГП. Біль або хрускіт у скронево-нижньощелепних суглобах зазначили 18,9% (ДІ: 13,2% – 25,9%) осіб ГП проти 44,4% (ДІ: 26,0% – 64,3%) осіб в підгрупі II.

ПКВ скарг на підвищену чутливість зубів до різних подразників у ГП та ОГ достовірно не відрізнялась. Проте спостерігалась тенденція до збільшення таких скарг у осіб із підгруп III (52,2%; ДІ: 34,5% – 69,4%) та IV (50,0%; ДІ: 36,9% – 63,1%) порівняно з 33,1% (ДІ: 25,7% – 41,2%) осіб у ГП. Це може пояснюватися тим, що особи, які народилися із ознаками внутрішньоутробного ожиріння, у подальшому житті мають схильність до формування хвороб пародонта із переважно дистрофічним компонентом, які проявляються рецесіями та супроводжуються підвищеною чутливістю зубів до різних подразників.

Опитування виявило, що за шкалою 4 учасники ОГ як усі разом, так і по підгрупах, набрали достовірно більшу кількість балів проти ГП (табл. 2, 3).

Достовірні відмінності виявлені в таких категоріях.

Вказали, що страждають на гіпертонічне захворювання 7,1% (ДІ: 3,8% – 12,0%) осіб ГП проти 19,3% (ДІ: 13,2% – 26,8%) осіб ОГ. Цікаво, що в підгрупі II також було багато скарг – у 27,8% (ДІ: 13,3% – 47,6%) осіб. Внутрішньоутробне формування осіб цієї підгрупи реалізувалось в народження дитини хоча і з великою масою тіла, але з достовірно нижчим, ніж у ГП, індексом маси тіла, тобто із гіпотрофією. За умови недостатнього живлення, у дитини внутрішньоутробно

СТОМАТОЛОГІЯ

Таблиця 3 – Зведені бальні оцінки результатів тестування осіб групи порівняння, основної групи та підгруп в залежності від запитання

№ шкали	№ запитання	Групи та підгрупи					
		Порівняння, n (%)	Основна, n (%)	Підгрупа I, n (%)	Підгрупа II, n (%)	Підгрупа III, n (%)	Підгрупа IV, n (%)
1	1	50 (39,4)	46 (40,4)	13 (48,1)	6 (33,3)	8 (34,8)	19 (41,3)
1	2	44 (34,6)	56 (49,1)	14 (51,9)	6 (33,3)	10 (43,5)	26 (56,5)
1	3	48 (37,8)	59 (51,8)	16 (59,3)	10 (55,6)	10 (43,5)	23 (50,0)
1	4	44 (34,6)	55 (48,2)	11 (40,7)	4 (22,2)	11 (47,8)	29 (63,0)
1	5	23 (18,1)	10 (8,8)	5 (18,5)	0 (0,0)	3 (13,0)	2 (4,3)
1	6	24 (18,9)	19 (16,7)	6 (22,2)	1(5,6)	3 (13,0)	9 (19,6)
1	7	37 (29,1)	23 (20,2)	6 (22,2)	6 (33,3)	3 (13,0)	8 (17,4)
1	8	31 (24,4)	22 (19,3)	8 (29,6)	4 (22,2)	1 (4,3)	9 (19,6)
1	9	28 (22,0)	40 (35,1)	10 (37,0)	5 (27,8)	6 (26,1)	19 (41,3)
1	10	27 (21,3)	25 (21,9)	5 (18,5)	4 (22,2)	3 (13,0)	13 (28,3)
2	11	26 (20,5)	28 (24,6)	6 (22,2)	4(22,2)	5 (21,7)	13 (28,3)
2	12	11 (8,7)	4 (3,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	2 (4,3)
2	13	18 (14,2)	20 (17,5)	6 (22,2)	3 (16,7)	4 (17,4)	7 (15,2)
2	14	12 (9,4)	10 (8,8)	2 (7,4)	3 (16,7)	0 (0,0)	5 (10,9)
2	15	34 (26,8)	39 (34,2)	11 (40,7)	6 (33,3)	9 (39,1)	13 (28,3)
2	16	32 (25,2)	26 (22,8)	9 (33,)	4 (22,2)	6 (26,1)	7 (15,2)
2	17	11 (8,7)	24 (21,1)	8 (29,6)	3 (16,7)	8 (34,8)	5 (10,9)
2	18	24 (18,9)	24 (21,1)	6 (22,2)	4 (22,2)	7 (30,4)	7 (15,2)
2	19	23 (18,1)	20 (17,5)	4 (14,8)	3 (16,7)	4 (17,4)	9 (19,6)
2	20	10 (7,9)	7 (6,1)	2 (7,4)	1 (5,6)	0 (0,0)	4 (8,7)
3	21	8 (6,3)	19 (16,7)	4 (14,8)	6 (33,3)	3 (13,0)	6 (13,0)
3	22	4 (3,1)	13 (11,4)	4 (14,8)	2 (11,1)	2 (8,7)	5 (10,9)
3	23	23 (18,1)	39 (34,2)	10 (37,0)	6 (33,3)	5 (21,7)	18 (39,1)
3	24	30 (23,6)	36 (31,6)	6 (24,2)	6 (33,3)	7 (30,4)	17 (37,0)
3	25	15 (11,8)	25 (21,9)	9 (33,3)	3 (16,7)	4 (17,4)	9 (19,6)
3	26	35 (27,6)	55 (48,2)	17 (63,0)	10 (55,6)	6 (26,1)	22 (47,8)
3	27	34 (26,8)	49 (43,0)	16 (59,3)	8 (44,4)	8 (34,8)	17 (37,0)
3	28	10 (7,9)	21 (18,4)	6 (22,2)	4 (22,2)	2 (8,7)	9 (19,6)
3	29	24 (18,9)	32 (28,1)	6 (22,0)	8 (44,4)	7 (30,4)	11 (23,9)
3	30	42 (33,1)	53 (46,5)	10 (37,0)	8 (44,4)	12 (52,2)	23 (50,0)
4	31	5 (3,9)	14 (12,3)	4 (14,8)	1 (5,6)	2 (8,7)	7 (15,2)
4	32	6 (4,7)	11 (9,6)	2 (7,4)	2 (11,1)	0 (0,0)	7 (15,2)
4	33	9 (7,1)	22 (19,3)	6 (22,2)	5 (27,8)	4 (17,4)	7 (15,2)
4	34	16 (12,6)	16 (14,0)	3 (11,1)	3 (16,7)	3 (13,0)	7 (15,2)
4	35	16 (12,6)	31 (27,2)	6 (22,2)	5 (27,8)	6 (26,1)	14 (30,4)
4	36	16 (12,6)	19 (16,7)	5 (18,5)	3 (16,7)	4 (17,4)	7 (15,2)
4	37	10 (7,9)	15 (13,2)	3 (11,1)	4 (22,2)	2 (8,7)	6 (13,0)
4	38	3 (2,4)	14 (12,3)	3 (11,1)	3 (16,7)	2 (8,7)	6 (13,0)
4	39	16 (12,6)	27 (23,7)	2 (7,4)	6 (33,3)	7 (30,4)	12 (26,1)
4	40	6 (4,7)	15 (13,2)	2 (7,4)	4 (22,2)	3 (13,0)	6 (13,0)
5	41	13 (10,2)	13 (11,4)	5 (18,5)	2 (11,1)	2 (8,7)	4 (8,7)
5	42	58 (45,7)	62 (54,4)	11 (40,7)	11 (61,1)	13 (56,5)	27 (58,7)
5	43	12 (9,4)	21 (18,4)	2 (7,4)	5 (27,8)	5 (21,7)	9 (19,6)
5	44	11 (8,7)	11 (9,6)	2 (7,4)	2 (11,1)	0 (0,0)	7(15,2)
5	45	8 (6,3)	7 (6,1)	2 (7,4)	1 (5,6)	1 (4,3)	3 (6,5)
5	46	6 (4,7)	6 (5,3)	1 (3,7)	0 (0,0)	2 (8,7)	3 (6,5)
5	47	28 (22,0)	42 (36,8)	11 (40,7)	4 (22,2)	9 (39,1)	18 (39,1)
5	48	12 (9,4)	12 (10,5)	3 (11,1)	4 (22,2)	2 (8,7)	3 (6,5)
5	49	35 (27,6)	51 (44,7)	9 (33,3)	8 (44,4)	8 (34,8)	26 (56,5)
5	50	21 (16,5)	26 (22,8)	7 (25,9)	4 (22,2)	4 (17,4)	11 (23,9)
6	51	45 (35,4)	48 (42,1)	12 (44,4)	7 (38,9)	9 (39,1)	20 (43,5)
6	52	73 (57,5)	70 (61,4)	16 (59,3)	12 (66,7)	14 (60,9)	28 (60,9)
6	53	78 (61,4)	76 (66,7)	16 (59,3)	13 (72,2)	16 (69,6)	31 (67,4)
6	54	32 (25,2)	41 (36,0)	8 (29,6)	6 (33,3)	10 (43,5)	17 (37,0)
6	55	76 (59,8)	54 (47,4)	12 (44,4)	9 (50,0)	9 (39,1)	24 (52,2)
6	56	96 (75,6)	72 (63,2)	18 (66,7)	13 (72,2)	12 (52,2)	29 (63,0)

6	57	31 (24,4)	39 (34,2)	10 (37,0)	5 (27,8)	7 (30,4)	17 (37,0)
6	58	68 (53,5)	65 (57,0)	15 (55,6)	9 (50,0)	11 (47,8)	30 (65,2)
6	59	22 (17,3)	22 (19,3)	6 (22,2)	5 (27,8)	3 (13,0)	8 (17,4)
6	60	67 (52,8)	60 (52,6)	15 (55,6)	8 (44,4)	12 (52,2)	25 (54,3)
7	61	80 (63,0)	68 (59,6)	16 (59,3)	11 (61,1)	11 (47,8)	30 (65,2)
7	62	83 (65,4)	76 (66,7)	16 (59,3)	13 (72,2)	14 (60,9)	33 (71,7)
7	63	48 (37,8)	44 (38,6)	11 (40,7)	7 (38,9)	9 (39,1)	17 (37,0)
7	64	46 (36,2)	39 (34,2)	7 (25,9)	4 (22,2)	9 (39,1)	19 (41,3)
7	65	50 (39,4)	35 (30,7)	7 (25,9)	5 (27,8)	9 (39,1)	14 (30,4)
7	66	60 (47,2)	69 (60,5)	17 (63,0)	11 (61,1)	13 (56,5)	28 (60,9)
7	67	70 (55,1)	64 (56,1)	14 (51,9)	10 (55,6)	16 (69,6)	24 (52,2)
7	68	74 (58,3)	69 (60,5)	17 (63,0)	11 (61,1)	16 (69,6)	25 (54,3)
7	69	67 (52,8)	51 (44,7)	11 (40,7)	7 (38,9)	13 (56,5)	20 (43,5)
7	70	28 (22,0)	22 (19,3)	4 (14,8)	6 (33,3)	4 (17,4)	8 (17,4)

формується так званий феномен рятування мозку [11], коли поживні речовини перерозподіляються до головного мозку, а паренхіматозні органи, у тому числі і нирки, формуються в умовах недостатнього живлення. Такий механізм описано для дітей, народжених із затримкою внутрішньоутробного розвитку [12,13]. Доведено, що в таких осіб формується недостатня кількість нефронів, і, як наслідок, вони схильні до артеріальної гіпертензії. Можна припустити, що для осіб макросомів-при-народженні із відносно зниженою масою тіла можуть реалізуватися схожі механізми, чим і пояснюється в подальшому поява великого відсотку пацієнтів із артеріальною гіпертензією саме в цій підгрупі.

Алергічні захворювання або прояви алергії відмітили 12,6% (ДІ: 8,0% – 18,7%) осіб ГП проти 27,2% (ДІ: 20,1% – 35,4%) осіб ОГ. Також достовірною є відмінність від ГП і для осіб підгрупи IV, де такі прояви мали 30,4% (ДІ: 19,5% – 43,5%) учасників. Із наших попередніх досліджень відомо, що алергічні прояви також достовірно частіше зустрічалися у дітей із підгрупи IV, ніж у дітей ГП. Відомо, що алергічні реакції можуть впливати на склад та властивості ротової рідини, та, як наслідок, змінювати стан твердих тканин зубів [14]. Проте існують також роботи, які заперечують такий зв'язок [15].

Вказали на те, що часто і тривало хворіють 2,4% (ДІ: 0,9% – 5,6%) осіб ГП проти 12,3% (ДІ: 7,6% – 18,7%) осіб ОГ. Також має місце достовірна різниця в ПКВ цієї скарги між ГП і підгрупами II та IV, де часто хворіють 16,7% (ДІ: 6,4% – 34,7%) та 13,0% (ДІ: 6,3% – 23,6%) осіб відповідно. Достовірно відрізняється від ГП (4,7%; ДІ: 2,2% – 8,9%) кількість осіб в підгрупі II, які постійно приймають лікарські препарати. Про таке зазначили 22,2% (ДІ: 9,7% – 41,4%) особи.

Аналіз відповідей на запитання, віднесені до шкали 5 (табл. 2, 3), не виявив достовірної різниці між ОГ та ГП. Хоча у всіх підгрупах ОГ спостерігалась тенденція до збільшення скарг відносно ГП, достовірно від контролю відрізнялись тільки деякі відповіді в осіб підгрупи IV.

ПКВ гіпертонічної хвороби матері на момент народження учасника дослідження підгрупи II була майже в 3 рази вищою (9,4%; ДІ: 5,6% – 15,0%), ніж в ГП (27,8%; ДІ: 13,3% – 47,6%). Тут треба зазначити, що при опитуванні молодшої вікової категорії також була виявлена схильність до підвищеного тиску у батьків дітей із підгрупи 2 [9]. Відомо, що артеріальна гіпертензія може успадковуватись [16]. Хворі

на артеріальну гіпертензію мають схильність до виникнення запально-дистрофічних хвороб пародонту [17]. І навпаки, хронічний пародонтит може бути в числі чинників формування артеріальної гіпертензії, тобто існує зв'язок між цими процесами [18]. Безумовно, нам невідомо який з вказаних механізмів спрацьовує в цьому випадку, але схильність осіб, які народилися із відносно недостатністю маси тіла, до хвороб пародонта переважно запального характеру була відмічена й у нашій попередніх дослідженнях.

У осіб підгруп I, III та IV, порівняно з ГП, спостерігалась тенденція до збільшення ПКВ ускладнень під час вагітності або під час пологів матері, проте вона не була достовірною. Кількість ускладнень при вагітності та пологах у матерів осіб, які народились макросомами та на момент народження мали гармонійний розвиток (підгрупа I), була достовірно вищою за ГП в осіб молодшої вікової групи [9].

Достовірна відмінність виявлена у відповіді на питання чи є учасник дослідження не першою дитиною в родині. На таке вказали 27,6% (ДІ: 20,7% – 35,4%) осіб ГП проти 44,7% (ДІ: 36,3% – 53,5%) осіб ОГ та 56,5% (ДІ: 43,2% – 69,1%) осіб підгрупи IV. Відомо, що в осіб, які за порядком народження в родині не перші, вища ПКВ карієсу як тимчасових, так і постійних зубів [19,20].

Достовірних відмінностей між балами, набраними учасниками ОГ та ГП за шкалами 6 та 7, виявлено не було (див. табл. 2, 3).

Відомо, що фактори харчування, стресу, шкідливих звичок, фізичного навантаження та гігієнічного стану ротової порожнини є одними із вагомих чинників розвитку стоматологічних порушень [21]. Одержані в нашому дослідженні дані вказують на те, що вплив вищезгаданих чинників на стан стоматологічного здоров'я осіб як в ОГ, так і в ГП був співставним.

Узагальнюючи результати опитування, слід вказати, що ПКВ затримки прорізування тимчасових або постійних зубів, ПКВ передчасного прорізування тимчасових або постійних зубів, ПКВ аномалій прикусу, кількості, форми та положення зубів тимчасового прикусу, ПКВ скарг на кровоточивість ясен, ПКВ скарг на наявність неприємного запаху з рота достовірно вищі в осіб ОГ, ніж у ГП. Також в ОГ достовірно вищою, ніж у ГП, виявилась ПКВ гіпертонічного захворювання, ПКВ алергічних захворювань, ПКВ частих і тривалих хвороб і ПКВ народження учасника дослідження не від перших пологів.

Висновки

1. Проведене на більшому фактичному матеріалі дослідження підтвердило отримані нами раніше відомості про те, що особи дорослого віку, які були народжені макросомами, мають достовірно більше скарг на стан стоматологічного здоров'я, ніж особи нормосоми-при-народженні. Вплив на це рівня гігієни ротової порожнини, шкідливих звичок, характеру харчування та фізичного навантаження не підтвердився – надійних відмінностей на рівні груп чи підгруп не спостерігалось. Однак, пренатальний період, який по різному протікав, та стан загальносоматичного здоров'я, який сформувався, є передумовами до становлення специфічного для кожної підгрупи стоматологічного статусу. Особи макросоми-при-народженні, які народились із ознаками внутрішньоутробного ожиріння (підгрупа IV), мають більші ризики виникнення патології тканин пародонту і твердих тканин зубів порівняно з іншими.

2. У матерів осіб, які на момент народження мали гармонійний розвиток (підгрупа I), високий зріст та велика маса тіла зустрічались достовірно частіше, ніж у матерів осіб групи порівняння. Кількість ускладнень при вагітності та пологах у матерів осіб цієї підгрупи мала тенденцію до збільшення. Процентна кількість випадків передчасного прорізування була у понад три рази вищою в осіб цієї підгрупи відносно групи порівняння. Такі особи достовірно частіше скаржились на періодичну чи постійну сухість у роті, періодичну чи постійну кровоточивість ясен та неприємний запах з рота.

3. Процентна кількість випадків гіпертонічної хвороби матері на момент народження учасника дослідження була майже в 3 рази вищою в осіб, які на момент народження були довгими та мали відносно знижену масу тіла (підгрупа II), відносно групи порівняння. В осіб цієї підгрупи також зафіксовано достовірно більше скарг на гіпертонічну хворобу. Вони частіше і триваліше хворіють та більше приймають лікарські препарати. Вони достовірно частіше, ніж особи із групи порівняння, мали затримку термінів прорізування тимчасових чи постійних зубів, періодичну або постійну кровоточивість ясен, скаржаться на біль або хрускіт у скронево-нижньощелепних суглобах.

дичну або постійну кровоточивість ясен, скаржаться на біль або хрускіт у скронево-нижньощелепних суглобах.

4. Батьки обох статей дітей, які народились макросомами та на момент народження мали велику довжину тіла та ознаки внутрішньоутробного ожиріння (підгрупа III), мали найбільші антропометричні характеристики серед усіх батьків учасників дослідження. У батьків і близьких родичів осіб цієї підгрупи, на відміну від осіб групи порівняння, достовірно рідше зустрічались аномалії кількості, форми або положення окремих зубів. Учасники дослідження цієї підгрупи мали найбільшу серед усіх процентну кількість випадків скарг на підвищену чутливість зубів до різних подразників.

5. У батька особи макросома-при-народженні, який мав середню довжину тіла і внутрішньоутробне ожиріння (підгрупа IV), процентна кількість випадків спостереження індексу КПВ вище за 13 балів достовірно більша, ніж для учасників із групи порівняння. У матері такої особи, або її близьких родичів, процентна кількість випадків скупченості зубів достовірно нижча, ніж для групи порівняння. Процентна кількість ускладнень при вагітності та пологах у матерів осіб цієї підгрупи мала тенденцію до збільшення порівняно з групою порівняння. В середньому достовірно, учасники підгрупи 4 частіше і триваліше хворіють, мають більшу процентну кількість випадків алергічних захворювань та частіше, ніж особи з групи порівняння, були народжені не від перших пологів. Особи цієї підгрупи достовірно частіше мали аномалії прикусу, кількості, форми та положення зубів тимчасового прикусу, у них відмічена тенденція до збільшення кількості скарг на підвищену чутливість зубів.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо в аналізі результатів опитування стоматологічних пацієнтів дорослого віку, які були народжені макросомами, із урахуванням їх гармонійного внутрішньоутробного розвитку, відносної недостатності маси тіла при народженні чи внутрішньоутробного ожиріння, з метою визначення впливу на їх стоматологічний статус материнського чи батькового фактору.

Література

- Ng SK, Olog A, Spinks AB, Cameron CM, Searle J, McClure RJ. Risk factors and obstetric complications of large for gestational age births with adjustments for community effects: Results from a new cohort study. *BMC Public Health*. 2010;10:460.
- Hermann GM, Dallas LM, Haskell SE, Roghair RD. Neonatal macrosomia is an independent risk factor for adult metabolic syndrome. *Neonatology*. 2010;98(3):238-44.
- Huraseva AB. Reprodukativnoe zdorove zhenshin, rodivshihnya s polyarnymi znacheniyami massyi tela. *Mizhnarodnii endokrynolohichnii zhurnal*. 2010;8:106-15. [in Russian].
- Garmash OV. Vyavleniia faktoriv ryzyku zakhvoriuvan tkanyu parodontu i tverdikh tkanyu zubiv u patsientiv, narodzenykh z makrosomiieiu (klinichna aprobatsiia opytuvalnyka). *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2015;4(2/125):348-52. [in Ukrainian].
- Grischenko VI. Krupnyi plod (kliniko-morfologicheskoe issledovanie). *Kiev: Zdorovya*; 1991. 184 s. [in Russian].
- Yakovtsova AF, Sorokina IV, Aleshchenko IE. Imunnaya sistema ploda cheloveka pri krupnoplodii i ZVRP. *Kharkov: BSF «Antiqua»*; 2004. 218 s. [in Russian].
- Garmash OV, Ryabokon EN, Korobchanskyi VO. Sposib otsiniuvannia ryzyku rozvytku patolohii tkanyu parodontu i tverdikh tkanyu zubiv u patsientiv, yaki narodylisia z diahnozom makrosomiia (Dodatok do istorii khvoroby). *Cvidotstvo pro reiestratsiiu avtorskoho prava na tvir № 60029 vid 05.06.2015*. [in Ukrainian].
- Gerasimov AN. *Meditinskaya statistika: uchebnoye posobiye*. Moskva: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2007. 480 s. [in Russian].
- Garmash OV. Zalezhnist ryzyku vynykennia stomatolohichnykh porushen u ditei ta pidlitkiv, narodzenykh iz makrosomiieiu, vid indeksu masy tila pry narodzhenni. *Vistnyk problem biolohii i medytsyny*. 2019;2/1(150):298-304. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-298-304 [in Ukrainian].
- Catalano PM. Management of obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007 Feb;109(2Pt1):419-33.
- Giapros V, Evagelidou E, Challa A, Kiortsis D, Drougia A, Andronikou S. Serum adiponectin and leptin levels and insulin resistance in children born large for gestational age are affected by the degree of overweight. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2007 Mar;66(3):353-9.
- Ross MG, Smith CV, editors. *Fetal Growth Restriction*. 2015;1:36-43.
- Belousova TV, Andryushina IV. Zaderzhka vnutryutrobnogo rozvytyia y ee vlyaniye na sostoianye zdorovia. *Sovremennye podkhody k vskarmlyvaniyu detei. Lechashchyi vrach*. 2018;9:50-9. [in Russian].

14. Kozlova NS. Vliyaniye atopicheskogo dermatita na klinicheskoye sostoyaniye tverdykh tkaney postoyannykh zubov i adaptatsionno-kompensatornyye svoystva rotovoy zhidkosti [dysertatsiia]. Volgograd: 2006. 130 s. [in Russian].
15. Wongkamhaenga K, Poachanukoonb O, Koontongkaewa S. Dental caries, cariogenic microorganisms and salivary properties of allergic rhinitis children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2014 May;78(5):860-5.
16. Shih PB, O'Connor DT. Hereditary Determinants of Human Hypertension Strategies in the Setting of Genetic Complexity Hypertension. 2008 Jun;51(6):1456-64. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.107.090480
17. Sscherbatykh LYu. Khronichnyi heneralizovanyi parodontyt na tli hipertoničnoi khvoroby. Visnyk VDNZU «Ukrainska medychna stomatolohichna akademiia». 2012;11/4(36):263-6. [in Ukrainian].
18. Korneeva ES, Filkova NP, Mkrtumyan AM, Atrushkevich VG. Parodontalnyy sindrom pri saharhom diabete: chto pervichno? Lechenie i profilaktika. 2013;2:164-9. [in Russian].
19. Folayan MO, Kolawole KA, Oziegbe EO, Oyedele TA, Agbaje HO, Onjejaka NK, et al. Association between family structure and oral health of children with mixed dentition in suburban Nigeria. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2017 Apr-Jun;35(2):134-42. DOI: 10.4103/0970-4388.206034.
20. Borowska-Strugińska B, Żądzińska E, Bruzda-Zwiech A, Filipińska R, Lubowiecka-Gontarek B, Szydłowska-Walendowska B, et al. Prenatal and familial factors of caries in first permanent molars in schoolchildren living in urban area of Łódź, Poland/HOMO – Journal of Comparative Human Biology. 2016;67:226-34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jchb.2015.12.002>
21. Politun AM, Marchenko NS. Zahalna otsinka stanu tverdykh tkanyn zubiv ta chynnykiv ryzyku rozvytku kariiesu zubiv u osib molodoho viku. Scientific Journal «ScienceRise». 2016;4/3(21):16-22. DOI: 10.15587/2313-8416.2016.67657 [in Ukrainian].

ЗАЛЕЖНІСТЬ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ, НАРОДЖЕНИХ ІЗ МАКРОСОМІЄЮ, ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ

Гармаш О. В.

Резюме. В статті наведені результати опитування 114 осіб віком 18-55 років, які народилися з макросомією (основна група), а також осіб відповідного віку із нормальними масо-ростовими параметрами при народженні (127 осіб), які склали групу порівняння. Учасники основної групи додатково розділені на 4 підгрупи з урахуванням масо-ростового коефіцієнта учасника дослідження на момент народження. Виявлено, що особи, макросоми-при-народженні, які народилися з ознаками внутрішньоутробного ожиріння мають більші ризики виникнення патології тканин пародонту та твердих тканин зубів, порівняно з особами, чий масо-ростові параметри при народженні відповідали нормі. Стоматологічний статус осіб, які народилися макросомами у кожній із підгруп був обумовлений певними особливостями їх загальносоматичного статусу. Характер соматичних і стоматологічних порушень обстежених осіб залежить від їх індексу маси тіла при народженні.

Ключові слова: опитувальник, макросомія плоду, стоматологічні порушення, соматична патологія.

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ВЗРОСЛОГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ С МАКРОСОМИЕЙ, ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Гармаш О. В.

Резюме. В статье приведены результаты опроса 114 человек в возрасте 18-55 лет, которые родились с макросомией (основная группа), а также лиц соответствующего возраста с нормальными массо-ростовыми параметрами при рождении (127 человек), которые составили группу сравнения. Участники основной группы дополнительно разделены на 4 подгруппы с учетом массо-ростового коэффициента участника исследования на момент рождения. Вывявлено, что лица, макросоми-при-рождении, которые родились с признаками внутриутробного ожирения имеют большие риски возникновения патологии тканей пародонта и твердых тканей зубов по сравнению с лицами, чьи массо-ростовые параметры при рождении соответствовали норме. Стоматологический статус лиц, родившихся макросомами в каждой из подгрупп был обусловлен определенными особенностями их общесоматического статуса. Характер соматических и стоматологических нарушений обследованных лиц зависит от их индекса массы тела при рождении.

Ключевые слова: опросник, макросомия плода, стоматологические нарушения, соматическая патология.

DEPENDENCE OF A RISK OF ORAL ABNORMALITIES IN ADULTS BORN MACROSOMIC ON THEIR HEIGHT-WEIGHT INDEX AT BIRTH

Garmash O. V.

Abstract. The paper is concerned with the data acquired in a survey of 114 18–55-year-old persons in the City of Kharkiv and adjacent areas, who were born with a fetal macrosomia (Main Group) and corresponding age persons with normal birth weight (127 persons), who are included into the Comparison Group. The participants in the Main Group are then divided into 4 subgroups, accounting their weight-height index at birth. The questionnaire, which we have designed, permits us to estimate the degree of risk of periodontal tissue and of hard tooth tissue pathology associated with perinatal pathology in the past history, heredity, oral hygiene, concomitant pathology, the constitution of the person, bad habits, nutrition, drug therapy, and physical load on the individuals whose birth parameters were higher than normal.

Conclusions. A greater part of research has confirmed the data previously reported about macrosomic-at-birth adults who have significantly more oral health complaints than normosomic-at-birth have. The influence of the level of oral hygiene, bad habits, and the nature of the nutrition and physical activity of the persons who have these complaints is not confirmed (no reliable differences at the level of groups or subgroups have been observed). However, the prenatal period, which was different, and the state of somatic health that formed, are necessary prerequisites for dental status to become specific for each subgroup. The macrosomic-at-birth individuals born with signs of intrauterine obesity (subgroup IV) have a risk of development of periodontal tissues and hard tooth tissue pathology higher than the others have.

The macrosomic-at-birth individuals who at the time of birth had a well-balanced development (Subgroup I) had more than three times higher percentage of premature eruption of deciduous or permanent teeth, relative to the comparison group. Such individuals were significantly more likely to report a periodic or persistent dry mouth, periodic or persistent gum bleeding, and bad breath.

The macrosomic-at-birth individuals who had a large body length and a relatively low body weight at birth (Subgroup II) have reported significantly more complaints about hypertension. They are sick for a long time and take medicines more often. They are significantly more likely than persons in the comparison group to have delayed terms of deciduous or permanent teeth eruption, periodic or permanent bleeding of the gums, and more often complain about pain or crunching in the temporomandibular joints.

The macrosomic-at-birth persons, who at the time of birth had a large body length and intrauterine obesity (Subgroup III), have the highest percentage of cases of complaints about teeth hypersensitivity to various stimuli.

The macrosomic-at-birth persons, who at the time of birth had an average body length and intrauterine obesity (Subgroup IV) on average, were more likely to be sick for a long time more often, had a higher percentage of cases of allergic diseases, and were more often than the persons in the comparison group born not from the first labor. The individuals in this subgroup were significantly more likely to have malocclusions, and they had a tendency to increase the number of complaints about the teeth hypersensitivity.

Key words: questionnaire, fetal macrosomia, oral pathology, somatic pathology.

*Рецензент – проф. Ткаченко І. М.
Стаття надійшла 03.10.2019 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-1-153-311-315

УДК 616.31-06-089.843-77.-626.16:616-073.7:004.

Добровольська О. В.

ВИЗНАЧЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ІМПЛАНТАТІВ ЯК ОБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ В ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТОЛОГІЇ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

охана.dobr88@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Тематика публікації обумовлена ініціативною темою науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією «Нові технології, сучасні і удосконалені зуботехнічні матеріали в реабілітації хворих з патологією зубо-щелепної системи» (державна реєстрація № 0111U006304).

Вступ. Успіх відновлювальних операцій з використанням дентальних імплантів залежить від багатьох факторів, в тому числі від науково обґрунтованого вибору моменту початку навантаження дентальних імплантів і адекватної оцінки їх здатності нести функціональне навантаження. Лікаря – стоматологу – ортопеду необхідна достовірна інформація про ступінь остеоінтеграції, знання динаміки цього процесу, особливо на початковій стадії, а також методику для об'єктивної оцінки якості проведеної операції дентальної імплантації [1,2,3].

На сучасному етапі розвитку дентальної імплантології основними розповсюдженими методами оцінки стану остеоінтеграції внутрішньокісткових імплантів, разом з клінічними, є рентгенологічний, торк-тестування за допомогою динамометричного ключа, періотестометрія з використанням прибору Periotest (Gulden, Німеччина), частотно-резонансний аналіз стабільності імплантів з використанням прибора Osstell-mentor (Integration Diagnostics, Швеція) [4,5,6].

Метод періотестометрії запропоновано W. Shulte у 1985 році для визначення оцінки стану періодонту природних зубів. Тільки згодом пристрій почав використовуватись для оцінки міцності кріплення дентальних імплантів. Методика полягає у кореляції між щільністю кісткової тканини в ділянці зубних

імплантів та її демпферними властивостями при ударному навантаженні [7].

Останнім часом для оцінювання готовності дентальних імплантів до функціонального навантаження користуються прибором Osstell Mentor [8]. У 1997 році професор N. Meredith (Університет Лідса, Великобританія) звернув увагу на зв'язок між резонансною частотою вимушених коливань дентальних імплантів та жорсткістю кісткової тканини [9,10].

Показання приладів, засновані на динамічному впливі, – це відповідна реакція динамічної системи «імплантат – кісткова тканина» на одне з можливих малих збурень (удар, періодичну силу або будь-яке інше), що вносяться при вимірюванні. Кожен з цих приладів дає кількісну оцінку міцності кріплення дентальних імплантів. В приладах Periotest – це коефіцієнти демпфування, в приладах Osstell Mentor – коефіцієнт стабільності. Необхідно відзначити, що обидва прилади дають оцінку міцності кріплення дентальних імплантів на підставі непрямих ознак і в своїх умовних одиницях, фізичний зміст яких неясний. Техніка частотно-резонансного аналізу не завжди дозволяє точно виявити рухомі імплантати. Одним з пояснень цієї неточності може бути сама природа цього аналізу, який вимірює стабільність імплантів в залежності від жорсткості системи. Клінічно рухомі імплантати мають надзвичайно низьку жорсткість та не дають системі визначити первинну резонансну частоту. В цьому випадку коефіцієнт стабільності виявляється дуже високим, тому що визначається за даними вторинної резонансної частоти, що призводить до недостатньо об'єктивних вимірів та недостовірних прогнозів [8,11,12,13].

В своїй роботі ми використовували прибор AnyCheck виробництва Південної Кореї для вимірю-