

სომატურ და სტომატოლოგიურ დაავადებათა გავრცელება თბილისის ზრდასრულ მოსახლეობაში

თამარ ოქროპირიძე^{1,*}, ბესო ქმოსტელი¹,
ალექსანდრე ლეონიძე¹, ხათუნა ტვილდიანი¹, მარიკა
კალანდაძე¹, მერაბ მერაბიშვილი¹, გიორგი მოდებაძე¹

¹ სასწავლო უნივერსიტეტი გეომედი, თბილისი, 0114, საქართველო

* ელ. ფოსტა: tamaraokropiridze@gmail.com

DOI: [10.56580/GEOMEDI0003](https://doi.org/10.56580/GEOMEDI0003)

რეზიუმე

პირის ღრუს ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი მიღწევების მიუხედავად, სტომატოლოგიური დაავადებები კვლავ აქტუალურ და მწვავე პრობლემად რჩება, განსაკუთრებით, მსოფლიოს მოსახლეობის არახელსაყრელ ჯგუფებში, როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში.

საკვანძო სიტყვები

კბილის კარიესი, პაროდონტის დაავადებები

შესავალი

პრობლემა: პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში არსებული მნიშვნელოვანი წარმატებების მიუხედავად სტომატოლოგიური დაავადებები კვლავ აქტუალურ და მწვავე პრობლემად რჩება, განსაკუთრებით მსოფლიო პოპულაციის არაპრივილეგირებულ ჯგუფებში, როგორც განვითარებულ ისე განვითარებად ქვეყნებში.

სტომატოლოგიური დაავადებებიდან ყველაზე გავრცელებულია კბილის კარიესი და პაროდონტის ანთებადი დაავადებები, რომელთა განვითარებაში მთავარი ეტიოლოგიური როლი მიკრობს ენიჭება, თუმცა ეს დაავადებები მულტიფაქტორული

ხასიათისაა და მათ წარმოქმნასა და განვითარებაზე მრავალი ადგილობრივი და ზოგადი ფაქტორი მოქმედებს.

კბილის კარიესი არის ქრონიკული პათოლოგიური პროცესი, რომელიც ვლინდება კბილების ამოჭრის შემდეგ, მიმდინარეობს კბილის მაგარი ქსოვილების (მინანქარი, დენტინი, ცემენტი) დემინერალიზაციით და შემდგომი დეფექტის წარმოქმნით. კარიესული პროცესის წარმოქმნის მიზეზია კბილის ნადების სპეციფიკური მიკრობები: *Streptococcus Mutans* და *Lactobacillus* რომლებიც ნახშირწყლების (საქაროზა, ფრუქტოზა, გლუკოზა) ფერმენტაციის შედეგად კბილის ზედაპირზე არსებულ ნადებში წარმოქმნიან რძემჟავას, ხდება მინანქრის ზედაპირზე pH-ის ლოკალური ცვლილებები, ირღვევა მინანქრის ორგანული მატრიქსი, რასაც მიყვავართ დემინერალიზაციის კერის წარმოქმნასთან.

კბილის კარიესი არის ქრონიკული პათოლოგიური პროცესი, რომელიც ვლინდება კბილების ამოჭრის შემდეგ, მიმდინარეობს კბილის მაგარი ქსოვილების (მინანქარი, დენტინი, ცემენტი) დემინერალიზაციით და შემდგომი დეფექტის წარმოქმნით. კარიესული პროცესის წარმოქმნის მიზეზია კბილის ნადების სპეციფიკური მიკრობები: *Streptococcus Mutans* და *Lactobacillus* რომლებიც ნახშირწყლების (საქაროზა, ფრუქტოზა, გლუკოზა) ფერმენტაციის შედეგად კბილის ზედაპირზე არსებულ ნადებში წარმოქმნიან რძემჟავას, ხდება მინანქრის ზედაპირზე pH-ის ლოკალური ცვლილებები, ირღვევა მინანქრის ორგანული მატრიქსი, რასაც მიყვავართ დემინერალიზაციის კერის წარმოქმნასთან [1-25].

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მოზრდილ მოსახლეობაში სტომატოლოგიურ და სომატურ დაავადებათა სიხშირისა და გავრცელების დადგენა, მათი თავისებურებების შესწავლა, სოციალურ-ეკონომიკური, ჰიგიენური, ქცევითი, მედიკო-ბიოლოგიური და ასევე სხვა რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით და ამ ფაქტორების საფუძველზე პრევენციული ღონისძიებების თანამედროვე მიდგომების ჩამოყალიბება.

პირის ღრუს დაავადებები, კერძოდ კი კარიესი და პაროდონტის დაავადებები [1, 2, 3, 25, 26]. დაკავშირებულია მრავალ სომატური დაავადებასთან. ხშირად ისინი წარმოადგენენ ზოგადი დაავადების მიზეზს ან პირიქით ამ დაავადების პირის ღრუში გამოვლინებას [1-26].

კვლევის მასალა და მეთოდი

თბილისის ზრდასრული მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება 20-85+ წლის ასაკის ადამიანებით განისაზღვრება. მთელი პოპულაცია იქნა განაწილებული 3 ასაკობრივ ჯგუფად: 20-44, 45-64, 65-74 და ორ სქესობრივ ჯგუფად - ქალები და მამაკაცები. ორი ასაკობრივი ჯგუფი (320-44 და 65-74) შევარჩიეთ ჯანმო-ს რეკომენდაციების საფუძველზე როგორც ინდექსური ჯგუფები კბილებისა და პაროდონტის მდგომარეობის შეფასებისათვის, ხოლო კიდევ ერთი ასაკობრივი ჯგუფი წარმოადგენდა კვლევისათვის საინტერესო ჯგუფს მათი მნიშვნელოვანი პროცენტული წილით ზრდასრულ მოსახლეობაში: 34% (20-34წ) და 37% (45-64წ), მაშინ როდესაც 35-44 წლის ადამიანთა წილი 20% -ს შეადგენს, ხოლო 65-74წწ. ადამიანთა წილი 11% -ით განისაზღვრება.

კვლევა განხორციელდა უნივერსიტეტ გეომედის საუნივერსიტეტო სტომატოლოგიურ კლინიკაში, სადაც გეგმიური მიღებისას, ერთი წლის განმავლობაში გამოკვლეული იყო 4600 პაციენტი. კვლევას ატარებდა 2 გამოცდილი პრაქტიკოსი - ექიმი სტომატოლოგი, 3 რეზიდენტის თანხლებით, რომლებიც აგროვებდნენ ინფორმაციას ჯანმოს მიერ მოწოდებული კითხვარის შესაბამისად [1-26].

კვლევის კითხვარი

კვლევისთვის, ჩვენს მიერ შედგენილი იქნა სოციოლოგიური კითხვარი, რომელიც მოიცავდა კითხვებს რისკ-ფაქტორების დასადგენად: სოციალური სტატუსი და ზოგადი დაავადებების არსებობა, ადამიანთა დამოკიდებულება პირის ღრუს ჰიგიენური ჩვევების მიმართ (კბილების გამოხეხვა, დენტალური ძაფისა და პირის ღრუს სავლების გამოყენება) ადვილად ფერმენტირებადი შაქრის მოხმარების ინტენსივობა, სტომატოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობა და მოსახლეობის სტომატოლოგიური აქტივობა, თამბაქოს მოწევა, ხორცის, რძის და სხვა პროდუქტების მოხმარება.

ღრუს გამოკვლევა წარმოებდა ბუნებრივი განათების პირობებში სტომატოლოგიური სარკის, დენტალური ზონდის და პაროდონტალური ზონდის (CPI) გამოყენებით (პაროდონტალური ჯიბეების გასაზომად).

კარიესის დიაგნოსტიკა და აღრიცხვა მოხდა ჯანმო-ს მიერ შემუშავებული მეთოდების და კრიტერიუმების გამოყენებით, ხოლო პაროდონტის ქსოვილების გამოკვლევა მოიცავდა შემდეგი პარამეტრების შეფასებას:

1. ნადების ინდექსი - ხილული ნადების არსებობა ან არარსებობა კბილის ნებისმიერ ზედაპირზე;
2. ქვის ინდექსი - ხილული კალკულოზური ნადების არსებობა ან არარსებობა თითოეული კბილის გარშემო;
3. პაროდონტული ჯიბეების სიღრმე - მანძილი თავისუფალი ღრძილის კიდიდან კბილ-ღრძილოვანი ღარის ფუძემდე (გაზომილი მმ-ში);
4. ზონდირებისას სისხლდენა -სისხლდენის არსებობა ან არარსებობა კბილის გარშემო ღრძილის ზონდირებისას [25 - 26];

პაროდონტალური გაზომვები განხორციელდა რამფორდის ინდექსური კბილებისათვის 16, 21, 24, 36, 41, 44 მოიცავდა რა სხვადასხვა კბილთა ჯგუფს [25-26].

პირის ღრუს ჰიგიენური სტატუსის შესაფასებლად გამოყენებულ იქნა პირის ღრუს ჰიგიენური გამარტივებული ინდექსი (Oral Hygiene Index-Simplified (OHI-S)), ნადების გამარტივებული ინდექსი (Debris Index-Simplified(DI-S)), ქვის გამარტივებული ინდექსი (Calculus Index Simplified (CI-S)). ინდექსების შეფასებისათვის 6 (4 საღეჭი და 2 ფრონტალური) კბილის ზედაპირები იქნა გამოკვლეული 16(17), 11, 26(27), 36(37), 31, 46(47) [1-26].

კვლევის შედეგები

სომატურ დაავადებათა გავრცელება (ცხრ. 1) საკვლევ კონტიგენტში ასე განაწილდა:

ცხრილი 1. სომატურ დაავადებათა სტრუქტურა

N	დაავადების სახეობა	პაციენტების რაოდენობა	%
1	კუჭ-ნაწლავის დაავადებები	368	7,8
2	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	304	6,4
3	შარდ-სასქესო დაავადებები	46	1,0
4	ძვალ-სახსროვანი დაავადებები	46	1,0
5	ნერვული სისტემის დაავადებები	230	4,9
6	სხვა ქრონიკული დაავადებები	3726	78,9

ზრდასრულ პოპულაციაში, დაბალი ფინანსური მდგომარეობით, სხვადასხვა სომატური დაავადებების არსებობით და სტომატოლოგიური მომსახურებისა და პირის ღრუს ჰიგიენის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულებით ასაკოვანი ადამიანები უფრო მეტად რისკის ქვეშ არიან სტომატოლოგიური დაავადებების

განვითარებისათვის და პირიქით, ახალგაზრდა ასაკი უფრო ნაკლებად მიდრეკილია კარიესის განვითარებისადმი პირის ღრუს მოვლის და ჰიგიენის მიმართ უფრო პოზიტიური დამოკიდებულების გამო.

მაღალია, როგორც კარიესის, ისე პაროდონტის დაავადებათა გავრცელება ზრდასრულ მოსახლეობაში. პაროდონტის დაავადებათა მხრივა 35 წელს გადაცილებული ადამიანები და მამაკაცები გამოირჩევიან, ხოლო ახალგაზრდები ნაკლებად მიდრეკილნი არიან პაროდონტის ქსოვილებში ანთების განვითარებისადმი.

მიუხედავად რისკ-ფაქტორების მრავალფეროვნებისა და მათი ერთობლივი ზემოქმედებისა, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პაროდონტის ანთებადი დაავადებების გავრცელება, უმეტესწილად, დაკავშირებულია პირის ღრუს მძიმე ჰიგიენურ მდგომარეობასთან. პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენის გამო ღრძილიდან დაწყებული ანთებითი პროცესი პროგრესირდება პაროდონტის სხვა ქსოვილებში, იწვევს კბილების მორყევას, გადანაცვლებას და საბოლოოდ დაკარგვას.

პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის კვლევისას (ცხრ. 2), ასეთი შედეგი მივიღეთ:

ცხრილი 2. პირის ღრუს მდგომარეობის სტრუქტურა

N	პირის ღრუს მდგომარეობა	პაციენტების რაოდენობა	სიხშირე %
1	პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა	920	18
2	პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა	3266	63
3	1,7-2,5 პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა	506	10
4	2,6 ≥ პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა	414	9

სტომატოლოგიური სტატუსის გაუმჯობესების მიზნით რჩევები

პაციენტებს უნდა მიეცეთ რეკომენდაციები:

1. თავისუფალი შაქრების მიღების შემცირება
2. ბალანსირებული დიეტის დაცვა, რათა თავიდან ავიცილოთ კარიესის განვითარება და კბილების ნაადრევად დაკარგვა.

3. ხილ-ბოსტნეულის ხშირი მოხმარება, რაც უზრუნველყოფს ორგანიზმს მინერალებითა და ვიტამინებით და დაიცავს პირის ღრუს სიმსივნეების განვითარებისაგან.
4. თამბაქოს მოხმარების შემცირება და შეწყვეტა, რათა შემცირდეს ორალური სიმსივნეების, პაროდონტის დაავადებათა განვითარების რისკი.
5. სათანადო პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა, და პირის ღრუს დროული სანაცია, რომელიც ითვალისწინებს ყველა საჭირო თერაპიული, ორთოპედიული, ქირურგიული პროცედურების ჩატარებას და ინფექციური კერების აღმოფხვრას პირის ღრუში, რადგან პირის ღრუს ინფექცია, განსაკუთრებით კი პაროდონტის ქრონიკული ანთება მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ისეთი ზოგადი დაავადებების განვითარებისათვის, როგორცაა კარდიო-ვასკულარული დაავადებები (ინფექციური ენდოკარდიტი).

ფტორის მუდმივი დონის შენარჩუნებით პირის ღრუში. ფტორითწყალსატევების მომარაგება კარიესის პროფილაქტიკისათვის. მიწოდების კბილის ქსოვილისთვის კი უზრუნველყოფს ფტორირებული პასტების, სავლებების გამოყენება, ფტორის შემცველი საკვები პროდუქტების ხშირი მოხმარება (თევზი, მწვანე ჩაი) ფტორირებული წყლის, მარილის, რძის მოხმარება. ფტორის ოპტიმალური დოზის ხანგრძლივად გამოყენება ამცირებს კარიესის განვითარების რისკს ბავშვებსა და მოზრდილებში.

დასკვნა

კვლევის მონაცემების ანალიზმა გვიჩვენა კარიესის და პაროდონტის დაავადებათა, ასევე, მათთან კორელაციაში სომატურ დაავადებათა მაღალი გავრცელება და ზომიერი ინტენსივობა ზრდასრულ პოპულაციაში.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Tsitaishvili L. Prevalence of dental diseases in the child population of Georgia.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005; 83(9): 661–669
3. WHO|Oral health.www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs318/en/- 31k
4. Oral and Dental Health – WHO|Regional Office for Africa. www.afro.who.int/.../dpc/non-communicable-diseases-managementndm/programme-components/oral-health.html.

5. Shinan Zhang, Juan Liu, Edward CM Lo and Chun-Hung Chu Dental and periodontal status of 12 years old Bulang children in china. *BMC Oral Health*. 2014; 14: 32.
6. Petersen P.E. Sociobehavioural risk factors in dental caries - International perspectives. *Community Dent. Oral Epidemiol*. 2005; 33: 274–279. doi: [10.1111/j.1600-0528.2005.00235.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00235.x) [PubMed] [Cross Ref]
7. Dental Health: Relationship Between Dental Caries and Food Consumption. *Nutr Hosp* 2013; 28 (Supl. 4): 64-71
8. Lingström P, van Houte J, Kashket S. Food starches and dental caries. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2000; 11(3): 366-80.
9. Riva Touger-Decker and Cor van Loveren Sugars and dental caries. 2003 American Society for Clinical Nutrition[PubMed]
10. Smedby B: Betydelsen av vissa faktorer för tandvårdskonsumtionen: en metodologisk studie baserad på en intervjuundersökning, *Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie*, Volume 0346-6329. Stockholm; 1972: 37.
11. Holst D: Oral health equality during 30 years in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008, 36(4): 326–334.
12. Celeste RK, Nadanovsky P, Fritzell J: Trends in socioeconomic disparities in the utilization of dental care in Brazil and Sweden. *Scand J Public Health* 2011, 39(6): 640–648.
13. Sogi GM, Bhaskar DJ. Dental caries and Oral Hygiene Status of school children in Davangere related to their Socio - Economic levels: An Epidemiological study. *J Indian Soc Pedo Prev Dent*. December 2002; 20(4): 152–57. [PubMed]
14. Hobdell MH, Oliveira ER, Bautista R, Myburgh NG, Lalloo R, Narendran S, Johnson W, et al. Oral diseases and socio-economic status (SES) *British Dental Journal*. January. 25 2003; 194(2) [PubMed]
15. Denise MP, Spolidorio José F, Höfling Daniella, Moreira Janaina A, Rodrigues de O, Marcelo FG, Boriollo Edvaldo AR Rosa. Dental caries status in deciduous and permanent dentition of Brazilian children aged 6-8 years with a socioeconomic base. *Braz J Oral Sci*. January/March 2003;
16. Hallosten AL, Poulsen S, Koch G. Ured Koch G, Poulsen S. U: Pedodonticija – klinički pristup. Zagreb: Naklada “Slap”; 2005. Pedodontska oralna skrb - osvrti; pp. 15–20.
17. Beloica D, Vuličević ZR. Ured Beloica D, et al. U: Preventivna stomatologija. Beograd: Elit Medica; 2002. Socijalni i psihološki značaj oboljenja usta i zuba.

18. Petersen PE: The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003, 31(Suppl 1): 3–23.
19. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ: Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 1997, 349 (9066): 1655–1659.
20. Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Nadanovsky P: Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972–2001. *J Dent Res* 2007, 86(2): 131–136
21. WHO releases new report on global problem of oral diseases. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/en>
22. Nadia Khalifa, Patrick F. Allen, Neamat H. Abu-bakr and Manar E. Abdel-Rahman Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese Adults *Journal of Oral Science*, Vol. 54, No. 4, 303-312, 2012
23. Oral health. Fact sheet N°318, April 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
24. Epidemiology and prevention of dental caries. Bánóczy J, Rugg-Gunn A. *Acta Med Acad.* 2013 Nov; 42(2): 105-7. doi: [10.5644/ama2006-124.78](https://doi.org/10.5644/ama2006-124.78).
25. სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა, თ. შიშნიაშვილი, გვ. 19.
26. თერაპიული სტომატოლოგია ე. ბოროვსკის რედაქციით, ავადობა, გვ. 32.