

توزیع و الگوی بیماری لثه (ژنژیویت) در جمعیت دانش آموزی شهر بوشهر در سال ۸۱-۱۳۸۰

دکتر سهراب بهروزی *

چکیده

مقدمه: از شایع‌ترین بیماری‌های دهان و دندان، ژنژیویت است، که نواحی گوناگون از لثه را با درجه و شدت متفاوت درگیر می‌سازد. سن آغاز این بیماری در حدود پنج سالگی است، که با افزایش سن، شیوع آن بیشتر می‌شود. در بررسی‌های همه گیرشناختی (اپیدمیولوژیک) انجام گرفته در باره ی الگو و توزیع این بیماری در نواحی گوناگون لثه، اختلاف دیدگاه‌هایی هست. این پژوهش، برای بررسی شیوع ژنژیویت و دستیابی به الگویی شناخته شده از توزیع و شدت آن در لثه و نیز، مقایسه ی نواحی درگیر، از نظر شیوع و شدت بیماری، انجام پذیرفت.

مواد و روش: شمار ۶۵۹ نفر از دانش‌آموزان مقاطع گوناگون تحصیلی شهر بوشهر، با نمونه‌گیری تصادفی انتخاب، معاینه و بررسی شدند. برای تعیین شیوع و شدت بیماری، از شاخص پرپودنتال راسل (PI) بهره جویی شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که، ۴۳/۵ درصد دانش‌آموزان، به بیماری لثه دچار هستند، که شیوع آن در پسران از دختران و در فک پایین از فک بالا بیشتر بود. شدت و شیوع بیماری لثه در ناحیه ی مولر، از ناحیه ی جلوپی (قدامی) بیشتر بود و دندان‌های مولر نخست، بیشترین دندان‌هایی بودند، که به ژنژیویت دچار شده بودند. شیوع بیماری در سمت راست و چپ فک‌ها، تقریباً برابر، اما شدت آن با اندکی تفاوت، در سمت راست بیشتر بود. بیشترین شیوع و شدت بیماری در گروه سنی ۱۵ ساله مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: شیوع بیماری لثه در دانش‌آموزان شهر بوشهر بیانگر ضعف بهداشت دهان و دندان می‌باشد و نیاز به توجه بیشتر در زمینه آموزش به خصوص در مدارس شهر بوشهر را دارد.

واژگان کلیدی: بیماری لثه، ژنژیویت، توزیع، لثه

اندازه و شدت بیشتر اثر پذیرفته اند، شناخته شوند. همچنین، توزیع و شدت بیماری در فک بالا و پایین و سمت چپ و راست مقایسه کردند.

مواد و روش

برای انجام طرح، در آغاز، صورت اسامی همه ی مدرسه های شهر بوشهر فراهم شد و با نمونه گیری تصادفی، ۲۶ مدرسه با توزیع شش مدرسه از مقطع ابتدایی، هشت مدرسه از مقطع راهنمایی، شش مدرسه از مقطع متوسطه و شش مدرسه از مقطع پیش دانشگاهی، به نسبت برابر در میان دختر و پسر برگزیده شدند. در هر مقطع تحصیلی گروه سنی خاصی در نظر گرفته شد که تعداد افراد انتخاب شده در هر گروه سنی شامل ۹۷ نفر (۴۴ پسر و ۵۳ دختر) از گروه سنی شش ساله و ۱۱۰ نفر (۵۳ پسر و ۵۷ دختر) از گروه سنی نه ساله از مقطع ابتدایی، ۱۹۳ نفر (۹۶ پسر و ۹۷ دختر) از گروه سنی ۱۲ ساله از مقطع راهنمایی، ۱۳۹ نفر (۶۵ پسر و ۷۴ دختر) از گروه سنی ۱۵ ساله از مقطع دبیرستان و ۱۲۰ نفر (۵۶ پسر و ۶۴ دختر) از گروه سنی ۱۸ ساله از مقطع پیش دانشگاهی بودند. روی هم رفته، کل جمعیت برگزیده شده برای بررسی، ۶۵۹ نفر بود. علت نابرابری شمار دختر و پسر در هر گروه سنی، کافی نبودن شمار دانش آموزان در برخی کلاس های برگزیده شده و یا همکاری نکردن کامل برخی دانش آموزان و ناقص بودن داده های آنان بود.

برای بررسی شیوع و توزیع ژنژیویت در دهان، پرسشنامه ای فراهم شد، که افزون بر اطلاعات عمومی و کلی درباره ی بیمار، دارای جدولی جداگانه برای دندان های شیری و دایمی بود که تک تک دندان ها در آن شماره گذاری شده بودند. تشخیص ژنژیویت، بر پایه ی بود یا نبود التهاب و تغییر رنگ در لثه ی پیرامون هر دندان داده می شد و برای تعیین شدت بیماری لثه، افزون بر بودن آن، از شاخص پرپودنتال راسل (PI) استفاده شد، که در آن، میانگین درجه ی ژنژیویت در هر ناحیه ی دندان و هر ناحیه ی فکی، به وسیله ی جمع کردن درجات بیماری در هر بخش و

ژنژیویت، شایع ترین گونه ی بیماری لثه است^(۱). که به دلیل رعایت نکردن بهداشت دهان و دندان و تشکیل پلاک، ایجاد می شود^(۱، ۲). بررسی های همه گیر شناختی، شیوع بالای این بیماری را در جهان نشان می دهد. سن آغاز این بیماری در حدود پنج سالگی است، که در زمان بلوغ، به بالاترین اندازه ی شیوع خود می رسد. به طور کلی، با افزایش سن، شیوع ژنژیویت نیز، بیشتر می شود^(۳، ۴). بررسی های همه گیر شناختی زیاد درباره ی شدت و شیوع بیماری لثه در جمعیت های گوناگون انجام پذیرفته است، اما درباره ی توزیع اندازه و شدت آن در نواحی گوناگون دهان، کار کمتر انجام شده است و به طور کلی، توافق اندک درباره ی شایع ترین جا، از نظر شیوع و شدت بیماری در دسترس است^(۵). مارشال-دی (Marshall-Day)، در یک بررسی بر روی افراد ۶ تا ۱۸ ساله، در نواحی گوناگون جغرافیایی، شایع ترین جای دهان را که، به بیماری لثه دچار می شود، ناحیه ی لبیال ماگزینا بیان می کند^(۶) و لئو (Löe) و همکارانش، بیان می کنند که، سطوح لبیال دندان های فک بالا و سطوح لینگوال دندان های فک پایین، بیشتر به بیماری لثه دچار می شوند^(۸). پارفیت (Parfitt)، نخستین ناحیه و بیشترین ناحیه ی درگیر در افراد ۲ تا ۱۷ ساله را، ناحیه ی ثنایای ماگزینا بیان می کند^(۹). در صورتی که دمیتریون (Demitron) لثه ی ناحیه ی دندان های جلویی پایین را شایع ترین جای درگیری بیماری لثه عنوان می کند^(۱۰). جکسون، در بررسی ۳۷۴ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله، مشاهده کرد که، در همه ی سنین، شیوع بیماری، در سطوح لبیال دندان های پایین، از بالا بیشتر است^(۱۱). بنابراین، با توجه به این اختلاف دیدگاه ها، به دست آوردن الگویی قطعی از توزیع این بیماری در نواحی گوناگون دهان دشوار است. در این بررسی، تلاش شده است که، ضمن بررسی شیوع ژنژیویت، الگوی توزیع این بیماری در نواحی مختلف لثه مورد ارزیابی قرار گرفته شایع ترین و کم ترین ناحیه ی درگیر و نیز، دندان هایی که به

بخش آن بر شمار واحدهای آن ناحیه به دست می‌آمد. در این شاخص، وضعیت لثه ی پیرامون هر دندان به وسیله ی یک کد مشخص می‌شد، که در آن کد صفر (منفی)، نشان دهنده ی نبود التهاب، کد یک (ژنژیویت خفیف)، نشان دهنده ی التهاب آشکار بخشی از لثه ی آزاد پیرامون دندان، کد دو (ژنژیویت)، نشان دهنده ی التهاب کل لثه ی آزاد پیرامون دندان بدون درگیری اپی تلیوم چسبنده، کد شش (ژنژیویت همراه پاکت)، نشان دهنده ی تخریب اپیتیلیوم چسبنده و وجود پاکت همراه با دندان های کاملاً محکم و بدون حرکت و کد هشت (تخریب پیشرفته)، نشان دهنده ی از دست رفتن کارکرد ماضغه، لقی و حرکت دندانها، فرو رفتن دندان ها در حفره ی خویش و ایجاد صدای مبهم نسبت به ضربه می‌بود^(۱۲و۴). در این شاخص، بر پایه ی رده‌بندی بیماری (PI Score)، وضعیت بالینی لثه، چون طبیعی بودن، ژنژیویت ساده و پرپودنتیت تعیین شد^(۴). واکاوی (آنالیز) داده‌ها با روش آماری Spss انجام گرفت. تکمیل پرسشنامه ها به وسیله ی دانشجویان و انجام معاینه ها به وسیله ی یک نفر دندانپزشک انجام پذیرفت. وسایل مورد نیاز برای معاینه، سوند و آیینه ی دندانپزشکی، آبسلانگ، چراغ قوه، ماسک و دستکش بود. دانش آموزان بر روی صندلی و در برابر نور طبیعی و کافی قرار می‌گرفتند.

یافته ها

از شمار کل ۶۵۹ نفر دانش‌آموز، ۲۸۷ نفر (۴۳/۵ درصد)، به بیماری لثه دچار بودند، که بر پایه ی رده بندی بیماری راسل (PI score)، ۳۱/۱ درصد آن ژنژیویت ساده و ۱۲/۴ درصد شامل مراحل پیشرفته‌تر بیماری (درگیری پرپودنتال) بود. شیوع ژنژیویت در پسران، ۴۶/۳ و در دختران، ۴۰/۸ درصد بود. از نظر شیوع بیماری، تفاوتی اندک در سمت راست و چپ فک ها وجود داشت، که قابل چشمپوشی بود. درصد شیوع بیماری لثه در نواحی دندانی، به ترتیب، از زیاد به کم، شامل ناحیه ی مولرهای فک پایین، مولرهای فک بالا، قدامی‌های هر دو فک، پرمولر فک بالا و سپس، ناحیه ی پرمولر فک پایین بود

(جدول شماره ی ۱). در مورد دندان ها، به تفکیک بیشترین شیوع در دندان های مولر نخست فک پایین و سپس، مولر نخست فک بالا مشاهده شد (جدول شماره ی ۲). اگر بر پایه ی تعریف شاخص راسل، وجود التهاب با درجه ی $PI \geq 0/3$ را ژنژیویت در نظر بگیریم و تنها بود یا نبود التهاب را در نظر قرار ندهیم، دیده می‌شود که شیوع بیماری به طور کلی، در سمت چپ و راست هر فک و نیز، کل فک ها، تقریباً با هم برابر است، اما به تفکیک جنس، در پسران در سمت راست فک بالا، اندکی شیوع بیشتر مشاهده می‌شود. بیشترین اندازه ی شیوع در پسران و در فک پایین بود و در همه ی نواحی دهان، بیماری لثه در پسران از دختران بیشتر بود (جدول شماره ی ۳).

از نظر شدت و درجه ی بیماری لثه، بیشترین درجه ی بیماری در دندان های مولر نخست سمت راست فک بالا و پایین ($PI=0/65$) و سپس، مولر نخست سمت چپ فک پایین ($PI=0/63$)، وجود داشت. به طور کلی شدت ژنژیویت در مولرها و قدامی‌های فک پایین، از فک بالا بیشتر بود، اما پرمولرهای بالا، شدت ژنژیویت بیشتر را نسبت به دندان رو به روی خود نشان دادند. شدت بیماری لثه، با اندکی تفاوت، در سمت راست هر دو فک از سمت چپ آن بیشتر بود، اما اندازه ی آن در فک بالا و پایین برابر بود (جدول شماره ی ۱).

از نظر گروه های سنی مورد بررسی، به طور کلی، بیشترین شیوع و شدت بیماری لثه، در گروه سنی ۱۵ ساله و کمترین آن، در گروه سنی شش ساله مشاهده شد. اما به تفکیک قوس فکی، فک پایین افراد ۱۸ ساله بیشترین شیوع و فک بالای آنها کمترین شیوع را نشان داد. بجز گروه سنی شش ساله، دیگر گروه های سنی، تفاوتی چشمگیر در شیوع بیماری میان دو فک نشان دادند (جدول شماره ی ۴). شدت بیماری لثه در گروه های سنی ۹،۶ و ۱۲ در فک بالا از فک پایین و در سمت راست فک ها از سمت چپ بیشتر بود، که متفاوت از گروه های سنی ۱۵ و ۱۸ ساله بود (نمودار شماره ی ۱ و ۲).

بر پایه ی کدگذاری وضعیت التهاب لثه به وسیله ی راسل، هیچ یک از دندان های افراد مورد بررسی به تخریب شدید بافت های پرپودنشیوم ولقی دندان (تخریب پیشرفته با کد ۸) دچار نشده بود. تنها در ۲/۴ درصد از افراد ۱۵،۱۲ و ۱۸ ساله شماری از دندان ها، به تخریب اپیتلیوم چسبنده (ژنژیویت همراه با پاکت با کد ۶) دچار شده بود، که بیشتر شامل دندان های ثنایای پایین می شد. دندان های پرمولر نخست و دوم سمت چپ، تنها دندان هایی بودند، که کد ۶ برای آنها در هیچ یک از افراد ثبت نشده بود. هیچ یک از دندان های ۶۹/۸ درصد افراد التهاب کامل لثه (ژنژیویت کد ۲) نداشتند و تنها دو پسر (۰/۳ درصد) همه ی دندان های آنها این وضعیت را داشت و دیگر افراد، یک یا چند دندان با کد ۲ داشتند، که بیشتر شامل ناحیه ی ثنایای پایین و سپس، ناحیه ی مولر بالا و پایین بود و کم ترین ناحیه، شامل دندان های پرمولر نخست و دوم فک پایین و سپس، فک بالا بود. به طور کلی، هیچ یک از

دندان های ۲۹/۳ درصد (۹۰ پسر و ۱۰۳ دختر) افراد نشانه و علامتی را نشان ندادند، که گویای وجود التهاب و تخریب بافت پرپودنشیوم باشد، که بیشتر آنها (۵۶/۷ درصد) از گروه سنی شش ساله و کم ترین آنها، (۱۹/۲ درصد) از گروه سنی ۱۸ ساله بودند. البته، این وضعیت نشان دهنده ی وجود بیماری لثه در ۷۰ درصد دیگر جمعیت مورد بررسی نیست، بلکه بر پایه ی شاخص راسل، تا درجه ای خاص از التهاب ($PI \geq 0/3$) در همه ی دندان ها، ژنژیویت به شمار می آید. در باره ی دندان های شیری، بیشترین دندان هایی که به التهاب و بیماری لثه دچار شده بودند، دندان های مولر دوم بالا و پایین و سپس، مولرهای نخست بودند. شیوع بیماری در سمت راست از چپ و در فک بالا از پایین، بیشتر بود (جدول شماره ی ۵). از نظر شدت بیماری نیز، در آغاز مولرهای دوم سمت راست فک بالا و پایین و سپس، مولر دوم چپ بالا و مولر نخست چپ پایین قرار داشتند.

جدول شماره ی ۱: درصد وجود التهاب در لثه ی پیرامون هر دندان، بر پایه ی قوس فکی و سمت درگیری در کودکان ۶ تا ۱۸

ساله ی مدرسه های شهر بوشهر، در سال تحصیلی ۱۳۸۰-۸۱

کل		چپ		راست		ناحیه ی دهان
درصد درجه ی PI		درصد درجه ی PI		درصد درجه ی PI		
۰/۵۹	۴۴/۴۶	۰/۵۵	۴۳/۱۷	۰/۶۲	۴۵/۷۶	مولر بالا
۰/۲۷	۲۰/۷۳	۰/۲۵	۲۰/۱۶	۰/۲۹	۲۱/۳۱	پر مولر بالا
۰/۴۶	۳۳/۳۹	۰/۴۶	۳۳/۳۲	۰/۴۶	۳۳/۴۷	جلویی بالا
۰/۴۴	۳۲/۸۶	۰/۴۲	۳۲/۲۱	۰/۴۶	۳۳/۵	کل فک بالا
۰/۶۱	۴۶/۶۳	۰/۶۱	۴۸/۰۰	۰/۶۰	۴۵/۲۶	مولر پایین
۰/۱۹	۱۴/۸۴	۰/۱۷	۱۵/۰۱	۰/۲۰	۱۴/۶۷	پر مولر پایین
۰/۵۳	۳۳/۸۳	۰/۵۲	۳۳/۴۰	۰/۵۴	۳۴/۲۷	جلویی پایین
۰/۴۴	۳۱/۷۶	۰/۴۳	۳۲/۱۳	۰/۴۵	۳۱/۴	کل فک پایین

جدول شماره ۲: در صد وجود التهاب در لثه ی پیرامون هر دندان، بر پایه ی قوس فکی و سمت درگیری در کودکان ۶ تا ۱۸ ساله ی مدرسه های شهر بوشهر، در سال تحصیلی ۱۳۸۰-۸۱

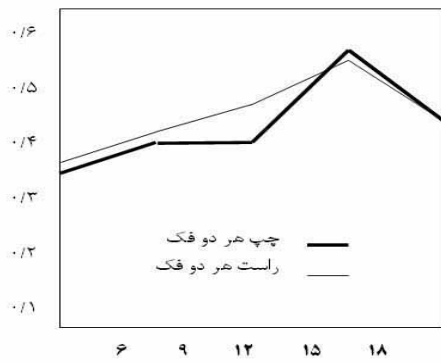
ناحیه دندان	سانترال		لاترال		کانین		پرمولر نخست		پرمولر دوم		مولر نخست		مولر دوم	
	چپ	راست	چپ	راست	چپ	راست	چپ	راست	چپ	راست	چپ	راست	چپ	راست
فک بالا	۳۴/۹۷	۳۵/۰۷	۴۰/۷۲	۳۹/۰۹	۲۴/۷۱	۲۵	۲۰/۴۸	۱۹/۲۶	۲۲/۲	۲۶/۰۶	۴۸/۲	۴۵/۹	۴۱/۸	۰/۴۵
فک پایین	۳۷/۶۴	۳۷/۷	۳۸/۸	۳۹/۲۵	۲۳/۷۶	۲۵/۸۷	۱۳/۰۴	۱۲/۷۵	۱۶/۹۸	۱۶/۵۹	۵۱/۷۸	۴۹/۳	۴/۲۳	۳۸/۸۷

جدول شماره ۳: در صد شیوع ژنژیویت بر پایه ی شاخص راسل (PI) در دانش آموزان ۶ تا ۱۸ ساله ی شهر بوشهر، به تفکیک جنس، قوس فکی و سمت درگیری

جنس	فک بالا		فک پایین		هر دو فک	
	چپ	راست	چپ	راست	چپ	راست
پسر	۴۶/۴	۴۹/۳	۵۱/۴	۵۱/۵	۴۸/۶	۵۰/۲
دختر	۴۰/۱	۴۲/۴	۴۰/۸	۴۰/۸	۴۲/۲	۴۱/۵
کل	۴۴/۴	۴۴/۷	۴۶	۴۶/۱	۴۵/۸	۴۵/۶

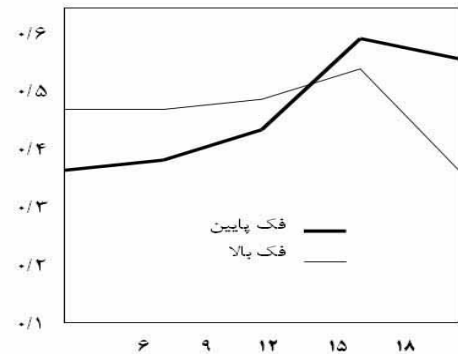
جدول شماره ۴: شیوع بیماری لثه و میانگین درجه ی ژنژیویت، بر پایه ی قوس فکی، سمت درگیری و سن در دانش آموزان ۶ تا ۱۸ ساله ی شهر بوشهر، در سال تحصیلی ۱۳۸۰-۸۱

سن	فک بالا			فک پایین			هر دو فک	
	راست	چپ	کل	راست	چپ	کل	راست	چپ
۶ درصد	۳۹/۵	۳۷/۳	۳۸/۴	۳۸/۹	۴۱/۸	۳۸	۳۸/۵	۳۵/۲
درجه ی PI	۰/۴۶	۰/۴۳	۰/۴۵	۰/۳۲	۰/۳۳	۰/۳۳	۰/۳۵	۰/۳۳
۹ درصد	۵۵/۱	۵۵/۱	۵۲/۳	۴۷/۷	۴۴/۱	۴۰/۱	۵۰/۵	۴۷/۸
درجه ی PI	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۴۵	۰/۳۵	۰/۳۳	۰/۳۴	۰/۴۰	۰/۳۸
۱۲ درصد	۴۷/۸	۵۱/۶	۵۰/۳	۴۱/۲	۴۰/۲	۴۳/۳	۴۸/۲	۴۵/۶
درجه ی PI	۰/۵۰	۰/۴۳	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۳۶	۰/۴۰	۰/۴۶	۰/۳۹
۱۵ درصد	۴۴/۲	۴۴/۱	۴۵/۳	۵۰/۷	۵۰/۸	۵۱/۷	۵۳/۲	۵۳/۲
درجه ی PI	۰/۵۱	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۵۷	۰/۵۸	۰/۵۷	۰/۵۴	۰/۵۵
۱۸ درصد	۳۳/۴	۲۸/۴	۳۲/۵	۵۲/۵	۵۵	۵۴/۲	۴۵	۴۶/۷
درجه ی PI	۰/۳۴	۰/۳۰	۰/۳۲	۰/۵۲	۰/۵۷	۰/۵۴	۰/۴۳	۰/۴۳



سن

نمودار شماره ی ۲: مقایسه ی میانگین ژنژیویت در سمت راست و چپ هر دو فک در گروه های سنی مورد بررسی



سن

نمودار شماره ی ۱: مقایسه ی میانگین ژنژیویت در فک بالا و پایین در گروه های سنی مورد بررسی

آن گزارش داده اند، که گفته می شود، به دلیل وجود مشکل در اشخاص راست دست در مسواک زدن نیمه ی راست دهانشان باشد (۱۶۶). در بررسی کنونی نیز، شیوع بیماری در سمت چپ و راست صورت و نیز، هر فک تقریباً با هم برابر بود، اما شدت بیماری در سمت راست اندکی بیشتر بود. فورویچی (Furuichi) و همکاران، در بررسی خود در سال ۱۹۹۲، مشاهده کردند که، دندان های ماندیبل از ماگزینا پلاک بیشتر می گیرند (۱۷). که این می تواند دلیل شدت بیماری بیشتر لثه در فک پایین باشد. هوگوسن (Hugoson) و همکاران، در بررسی خود بر روی کودکان، بیشترین شیوع ژنژیویت را در مولرهای فک بالا و پایین گزارش دادند (۱۸)، که با بررسی کنونی تقریباً همخوانی دارد. در پژوهشی در بوستون بر روی ۱۲۷۹ نفر ۱۳ تا ۶۵ ساله به وسیله ی مارشال - دی و همکاران دیده شد که، ناحیه ی پشتی بالا بیشتر از ناحیه ی جلویی بالا درگیر می شود. همچنین، ناحیه ی جلویی پایین، از بالا بیشتر به ژنژیویت دچار می شود (۷). دمتریون (Demitron)، شایع ترین ناحیه را ناحیه ی جلویی پایین (۱۰) و لایتنر (Lightner) و همکاران نیز، شایع ترین ناحیه را

بحث

در بررسی انجام شده، از شاخص بیماری پرپودنتال راسل بهره گرفته شد، که افزون بر وجود التهاب لثه، درجه و شدت آن را نیز، نشان می داد. از سویی، وجود التهاب در دندان های شیری نیز، جداگانه بررسی شدند. در این پژوهش مشاهده شد که، شیوع بیماری لثه در پسران از دختران بیشتر است، که این با یافته های دیگر پژوهشگران همخوانی دارد (۱۴و۱۳،۴). به طور کلی، شیوع ژنژیویت با بالا رفتن سن افزایش می یابد (۵و۴). ماتسون (Matsson) و گلابرگ (Glodberg) در بررسی وضعیت التهاب لثه در کودکان، به این نتیجه رسیدند که، شدت ژنژیویت از کودکان ابتدایی به سمت نوجوانان و بزرگسالان افزایش می یابد (۱۵)، که در این پژوهش نیز، چنین وضعیتی آشکار بود.

برپایه ی بررسی سوومی (Suomi)، میانگین درجه ی ژنژیویت در گروه های سنی گوناگون در چپ و راست فک ها، تقریباً با هم برابر است، بجز در گروه سنی ۹ تا ۱۵ ساله، که در سمت راست، اندکی بیشتر است (۶). پژوهشگران دیگر نیز، از تمایل کمی بیشتر ژنژیویت در نیمه ی راست فک نسبت به نیمه ی چپ

ناحیه ی جلویی پایین و کم ترین آن را، ناحیه جلویی ماگزایلا بیان می کنند^(۱۹)، که در بررسی کنونی، کم ترین ناحیه ی درگیری، ناحیه ی پرمولر ماندیبل بود. از نظر سوومی و باربانو، بیشترین دندان هایی که به طور شدید مبتلا به ژنژیویت می گردند، مولرها و جلویی های پایین هستند^(۶). کارانزا (Carranza) با بررسی الگوهای گوناگون پلاک، جرم، ژنژیویت و تحلیل استخوان، سه سطح درگیری را برای دندانها بیان می دارد. دندان هایی که، به طور شدید درگیر بیماری پریودنتال می شوند، شامل سانترال ها و لاترال های پایین و مولرهای بالا و دندان هایی، که به طور متوسط درگیر می شوند، شامل مولرهای نخست پایین، سانترال، لاترال، پرمولرهای بالا و کانین پایین هستند. پایین ترین اندازه ی درگیری، در پرمولرهای پایین و کانین های بالاست^(۴). در بررسی کنونی نیز، بیشترین دندان هایی که دچار بیماری لثه شده بودند، دندان های ثنایای پایین و سپس، دندان های مولر نخست بالا و پایین بودند و کم ترین آن، در دندان های پرمولر نخست و دوم فک پایین و سپس، فک بالا بود. همچنین، در پژوهش کنونی

هیچگونه لقی و حرکت دندان که نشان دهنده ی تخریب شدید بافت های پریودنشیوم باشد، مشاهده نشد.

نتیجه گیری

شیوع بیماری لثه در دانش آموزان شهر بوشهر بالا و به اندازه ی ۴۳/۵ درصد بود، که این نشان دهنده ی ضعف بهداشت دهان و دندان و نیاز به توجه بیشتر در زمینه ی آموزش، مراقبت و رعایت اصول بهداشت در مدرسه های شهر بوشهر است. شایع ترین ناحیه ی درگیر، ناحیه ی دندان های مولر فک پایین و کم ترین آن، ناحیه ی پرمولر فک پایین بود. شدت بیماری، با اندکی تفاوت، در سمت راست بیشتر بود و بیشترین شیوع و شدت بیماری، در گروه سنی ۱۵ ساله و کم ترین آن، در گروه سنی شش ساله مشاهده شد. شماری از یافته های این پژوهش، با کار دیگران همخوانی داشت و شماری نیز، مطابقت نمی کرد، که این، می تواند به دلیل تفاوت در روش پژوهش، برگزیدن گروه سنی و جمعیت مورد بررسی و وضعیت بهداشتی و فرهنگی منطقه بومی باشد.

References

1. Modeer T, Wondimu B. Periodontal diseases in children and adolescents. *Dent Clin North Am.* 2000; 44(3): 633-58.
2. Clerehugh V, Tugnit A. Periodontal diseases in children and adolescents: I. Aetiology and diagnosis. *Dent update* 2001; 28(5): 222-33.
3. Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol* 2002; 29(5): 400-10.
4. Carranza FA, Newman MG. *Clinical periodontology*. 8th ed. W.B. Saunders, 1996: 57-82.
5. Murray JJ. *The prevention of dental disease*. 2nd ed. New York. Oxford University Press, 1989: 327-373.
6. Suomi JD, Barbano JP. Patterns of gingivitis. *J Perio* 1968; 39: 71-4.
7. Marshall-Day CD, Stephens R, Quigley LF. Periodontal disease: prevalence and incidence. *J Periodont* 1955; 26: 185-203.
8. L e H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodont* 1965; 36: 177-187.
9. Parfitt GJ. A five-year longitudinal study of the gingival condition of a group of children in England. *J Periodont* 1957; 28(1): 26-32.
10. Demetriou NA. Epidemiologic research of parodontiopathies in a group of 2564 Greek Males, 21 years old. *J West Soc Periodont* 1965; 13: 93-98.
11. Jackson D. The measurement of gingivitis. *Brit Dent J* 1965; 118: 521-26.
12. Ainamo J. Significance of epidemiologic research in the understanding of periodontal disease. *Scand J Dent Res* 1992; 100: 39-46.
13. Pannel BM, Keagle JG. Predisposing factors in the etiology of chronic inflammatory periodontal disease. *J Periodontol* 1977; 48(9): 517-29.
14. Munghamba EG, Markkanen HA, Honkala E. Risk factors for periodontal diseases in Ilala, Tanzania. *J Clin Periodontol* 1995; 22(5): 347-54.
15. Mattsson L, Goldberg P. Gingival inflammatory reaction in children at different ages. *J Clin Periodontol* 1985; 12(2): 98-103.
16. Addy M, Griffiths D, Dummer P, et al. The distribution of plaque and gingivitis and the influence of hand toothbrushing in a group of south Wales 11-12 year old children. *J Clin Periodontol* 1987; 14: 564-72.
17. Furuichi Y, Lindhe J, Ramberg P, Volpe AR. Patterns of plaque formation in the human dentition. *J Clin Periodontol* 1992; 19: 423-33.
18. Hugoson A, Koch G, Rylander H. Prevalence and distribution of gingivitis-periodontitis in children and adolescents. *Swed Dent J* 1981; 5(3): 91-103.
19. Lightner LM, O'Leary TJ, Drake RB, et al. The periodontal status of incoming Air Force Academy cadets. *J Am Dent Assoc* 1967; 75(1): 111-17.

Abstract

The Pattern and Distribution of Gingivitis in School Children of Boshehr- Iran

S. Behroozi, DMD

Dentist

Background: Gingivitis is the most common oral disease that involves various areas of the mouth with different degree and intensity. The beginning of gingivitis is seen in age 5, and its prevalence is increased with age. There are different opinions about the involved areas that are most commonly or most severely affected in epidemiological researches. This study was designed to determine the pattern and distribution of gingivitis and to compare the prevalence and severity of gingivitis in involved areas.

Materials and methods: In this investigation, 659 randomly selected cases of school children were evaluated with periodontal Russel Index. The results of this study were compared to those of others.

Results: The findings showed that %43.5 of the students had gingivitis and its prevalence was more in boys than girls and more in the lower Jaw than the upper one. The prevalence and severity of the disease was more in the molar area than the incisor area and the most affected teeth were the first molars. The prevalence of gingivitis was almost similar in the right and left sides but its intensity was a little more in the right side. The most affected age was 15 years old.

Conclusion: High incidence of gingivitis indicates that oral hygiene measures are poor among Booshehri school children and need much more attention and consideration.

Key words: Gingivitis, Distribution, Gingiva
