

UTICAJ SOCIJALNE SREDINE I ETNIČKE PRIPADNOSTI NA POJAVU KARIJESA U RANOM DETINJSTVU

Ivan Tušek¹, Momir Carević², Jasmina Tušek¹

¹Klinika za stomatologiju Vojvodine Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu,

²Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju, Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Karijes u ranom detinjstvu (KRD) predstavlja posebnu formu karijesa mlečnih zuba koja se javlja vrlo rano, brzo progredira, uz kasnu simptomatologiju i brojne komplikacije. Istraživanja u svetu ukazuju da KRD igra značajnu ulogu u homeostazi kako oralnog tako i celokupnog zdravlja deteta u najranijem uzrastu. Njegovo prisustvo dovodi do poremećaja ishrane zbog bolova i/ili nedostatka zuba, pojavu dentoalveolarnih infekcija, afekcije zametaka stalnih zuba, parodontalnih i oboljenja digestivnog trakta, česte pojave respiratornih infekcija i poremećaja opšteg fizičkog razvoja deteta. Nedavna istraživanja su ukazala na velike razlike u prevalenciji KRD (4-90%), što ukazuje na postojanje različitih faktora koji utiču na pojavu ovog oboljenja u različitim sredinama i subpopulacionim grupama. Analizirajući demografske faktore, Kiwanuka u Ugandi, Vargas u Brazilu i Berker u SAD ističu da niska godišnja primanja roditelja mogu biti snažan prediktor KRD, ukazujući da je to uglavnom bolest siromašnih slojeva društva. Uticaj kulturoloških i bihevioralnih faktora na pojavu KRD nalazimo u radovima Petersena, Vadiakisa i Postme koji naglašavaju da nizak nivo obrazovanja i zdravstvena neobaveštenost roditelja povećavaju rizik za nastanak ovog vrlo rasprostranjenog oboljenja. Na prelasku u novi milenijum, Centar za kontrolu i prevenciju bolesti u SAD izvestio je svetsku javnost da je KRD najčešća infektivna bolest današnjice, pet puta češća nego što je astma i sedam puta češća od polenske groznice i hroničnog bronhitisa. Sanacija KRD i njegovih posledica skupim i sofisticiranim materijalima, uz učešće visoko specijalizovanog kadra, često i u opštoj anesteziji, zahteva znatna materijalna sredstva, što potencira njegov socioekonomski značaj, kako u nerazvijenim tako i razvijenim zemljama.

U Srbiji je danas prisutan trend rasta KRD (8-

40%), što se povezuje sa naglim padom životnog standarda, terapijskim pristupom u rešavanju oboljenja i specifičnim demografskim, psihosocijalnim i bihevioralnim karakteristikama ovog podneblja, koje svojim implementiranjem mogu da izmene biološku osnovu ovog oboljenja, a koje su za sada još uvek nedovoljno proučene.

U vezi sa tim, naša studija imala je za cilj da ispita uticaj demografskih faktora (socijalne sredine i etničke pripadnosti) na rasprostranjenost i težinu KRD kod dece u Južnobačkom okrugu i na osnovu utvrđenih faktora riziika, definiše model za njegovu prevenciju.

Istraživanje je sprovedeno kao analitička studija preseka na 10% uzorku dece u/i izvan predškolskih ustanova na sledećim lokalitetima Južnobačkog okruga: Novi Sad, Bačka Palanka, Futog, Kisač, Temerin, Gospodjinci, Titel, Selenča, Ruski Krstur, Veliki Rit i Bangladeš. Slučajnim izborom obuhvaćeno je 341. dete oba pola, uzrasta od 13 do 71. mesec, različite socijalne, etničke pripadnosti i zdravstvene obaveštenosti iz urbane i ruralne životne sredine.

Stomatološki pregled je izvršen pomoću stomatološke sonde i ogledalca uz prirodno osvetljenje na terenu. Dijagnostika karijesa vršena je primenom Drury-jevih kriterijuma (modifikacija po Wine-u) koji definišu najčešću formu KRD koja se javlja u najranijem uzrastu i obuhvata labiopalatinalne površine mlečnih maksilarnih sekutića i očnjaka. Procena težine i klasifikacija KRD vršena je na osnovu zahvaćenosti površina zuba na sledeće tipove:

TIP 1 = POČETNI OBLIK – „BELA MRLJA“ - obuhvata početne karijesne promene u gleđi, bez narušavanja, površinske strukture gornjih mlečnih sekutića i očnjaka;

TIP 2 = UMEREN OBLIK – predstavlja kavitetne karijesne lezije koje zahvataju ≤ 2

mlečna zuba ili ≤ 2 površine mlečnih zuba maksilarnog interkaninog sektora;

TIP 3 = SREDNJI OBLIK – definiše kavitetne karijesne lezije koje zahvataju više od dva mlečna zuba ili dve zubne površine u maksilarnom interkaninom sektoru;

TIP 4 = TEŽAK OBLIK – predstavlja prisustvo dva i/ili više gangrenoznih korenova u maksilarnom interkaninom sektoru;

TIP 5 = TEŽAK OBLIK SA KOMPLIKACIJAMA - obuhvata dva i više gangrenoznih korenova u maksilarnom interkaninom sektoru i prisustvo fistula i/ili otoka u predelu apeksa gangrenoznih korenova zuba.

Registracija podataka o prevalenciji karijesa vršena je u posebno dizajniran istraživački karton za epidemiološka istraživanja. Prema preporukama S.Z.O. a za označavanje karijesa upotrebljen je Klein-Palmer-ov KEP sistem.

Podaci o socijalnoj i etničkoj pripadnosti, životnoj sredini (urbana, ruralna), zdravstvenoj obaveštenosti kao i navikama, stavovima i ponašanju u vezi sa oralnim zdravljem prikupljeni su putem motivacionog intervjua roditelja pregledane dece i evidentirani u anonimne anketne upitnike namenski dizajnirane za ovu studiju. U evaluaciji podataka korišćene su deskriptivne i inferencijalne metode statistike. Testiranje značajnosti razlika vršeno je analizom varijanse i χ^2 testom a međuzavisnost pojave, težine KRD i pojedinačnih obeležja koja bi mogla biti prediktor oboljenja, metodom logističke regresije. Granična vrednost za prihvatanje hipoteze postavljena je na $p < 0.05$. Istraživanje je odobrila Komisija za etičnost ispitivanja na čoveku Medicinskog fakulteta u Novom Sadu.

Na osnovu stomatološkog pregleda može se konstatovati da je prevalencija KRD kod ispitivane dece Južnobačkog okruga iznosila 30,5%. U strukturi kep-a dominirali su karijesni u odnosu na ekstrahovane i plombirane zube, što uz prisutne faktore rizika, govori u prilog kasnoj dijagnostici oboljenja, jer se na prvi pregled kod stomatologa javilo svega 6,7% dece u prvoj, 21,7% u drugoj, 24,3% dece u trećoj godini, a 47,2% dece uopšte i nije bilo kod stomatologa. Najveća učestalost oboljenja (**Tabela 1.**) je uočena kod dece muškog pola (35,1%), izvan predškolskih ustanova (54,2%), trećeg i naredno rođenog deteta (46,9%), zdravstveno

neobaveštenih, povremeno zaposlenih (47,2%) i majki sa osnovnim obrazovanjem (59,3%).

Deca roditelja čija su mesečna primanja iznosila 8.000,00-16.000,00.din. su najčešće obolela (47,1%). Najzastupljeniji je tip 1 KRD („bela mrlja“). Prevalencija tipova 2,3 i 5 KRD, viša je kod dece sa telesnom masom na porođaju manjom od 2.500 gr. i kod dece majki mlađih od 25 god. ($p=0,028$). U odnosu na etničku pripadnost KRD je najzastupljeniji kod dece romske (50,0%) i rusinske nacionalnosti (43,8%) a zatim slovačke (37,8%), srpske (26,1%), mađarske (25,4%) i ostalih nacionalnosti (27,4%).

Naša studija ukazuje da je povećan rizik za nastanak KRD udružen sa etničkom pripadnošću, što se može objasniti kulturalnim, verskim normama i shvatanjima vezanim za značaj oralnog zdravlja. Strah od stomatologa, nepoverenje, kao i verovanje da mlečne zube ne treba lečiti i da je karijes uobičajena pojava među decom predškolskog uzrasta posebno je naglašen kod određenih etničkih grupacija (Romi). Može se takođe zapaziti da je učestalost tipa 1,3,4 i 5 KRD veća kod dece koja ne razumeju srpski jezik (14,90%, 10,60%, 4,30% i 8,50%). U vezi sa tim treba naglasiti da jezik sredine predstavlja *conditio sine qua non* interpersonalne komunikacije, obrazovanja, socijalizacije i ravnopravnog učešća u svim sferama društvenog života. Zapaženo je da deca koja ne govore srpski jezik, nezavisno od etničke pripadnosti, znatno češće oboljevaju od KRD. Ovo je najverovatnije rezultat teže dostupnosti zdravstvenih sadržaja i sredstava masovnih komunikacija (televizija, radio, štampa) na maternjem jeziku, prvenstveno roditeljima, što uzrokuje niži nivo njihove zdravstvene obaveštenosti, kao i manju mogućnost prevencije KRD i drugih oralnih obolenja kod njihove dece. Takođe, zapažena je manja učestalost pojavljivanja i lakša klinička slika KRD kod dece iz urbanih (Novi Sad, Bačka Palanka) u odnosu na decu koja žive u ruralnim sredinama Južnobačkog okruga.

Značajno je napomenuti da je većina studija koje su istraživale međuzavisnost demografskih faktora i prevalencije KRD sprovedene kroz programe koji su obuhvatali etničke manjine sa niskim socijalnim statusom te je teško razdvojiti kulturalni uticaj etničke pripadnosti od uticaja niskog socijalnog statusa na rasprostranjenost i težinu kliničke slike KRD. Naša studija je

obuhvatila decu i njihove roditelje različitog socijalnog sastava, obrazovanja i etničke pripadnosti te su dobijeni rezultati komparabilni sa drugim istraživanjima KRD kod različitih etničkih grupa bez socijalne segregacije.

Na osnovu multivarijantne logističke regresione analize, utvrđeni su sledeći predisponirajući faktori, koje kao prediktore KRD treba uvrstiti u model za prevenciju ovog obolenja: telesna masa novorođenčeta, pol deteta, dete po redu, mesto stanovanja, boravak u predškolskoj ustanovi, (ne)znanje srpskog jezika, etnička pripadnost deteta, upotreba medicinskih sirupa u ranom detinjstvu, starost majke, primanja u porodici, nivo edukacije, radni status i zdravstvena obaveštenost roditelja.

Visoka prevalencija KRD nameće potrebu reorganizacije stomatološke zaštite na teritoriji Južnobačkog okruga. Neophodna je racionalizacija procene stomatoloških potreba različitih socioekonomskih i etničkih grupacija, što će im omogućiti podjednaku pristupačnost stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti. Uz pomoć

lokalne samouprave i cele društvene zajednice neophodno je povećati prohodnost u teško dostupne sredine i enklave putem zdravstveno edukovanih promontera - medijatora iz redova manjinskih zajednica. S obzirom na prostornu neujednačenost i nejednaku dostupnost zdravstvenim informacijama i stomatološkoj službi u promotivnim aktivnostima i zdravstveno-vaspitnom radu treba angažovati sva raspoloživa zdravstveno-vaspitna sredstva, mas medije sa lingvistički prilagođenim zdravstveno-vaspitnim programima i na taj način eliminisati prikazan rizik uticaja socijalne i etničke pripadnosti na zastupljenost KRD kod male i predškolske dece. Sumirajući dobijene rezultate može se zaključiti da socijalna i etnička pripadnost značajno utiču na pojavu KRD kod predškolske dece u Južnobačkom okrugu. Na kom nivou dolazi do disbalansa u regulaciji i uticaju pojedinih faktora rizika koji uslovljavaju pojavu i različite kliničke manifestacije KRD, treba da daju odgovor naredna istraživanja.