

disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2012;10(12):1326-34.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.07.017>

13. Yarnold J, Vozenin Brotons M-C. Pathogenetic mechanisms in radiation fibrosis. *Radiotherapy and Oncology*. 2010;97:149-161.

doi: <https://www.doi.org/10.1016/j.radonc.2010.09.002>

14. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2015. *CA Cancer J. Clin.* 2015;6:5-6. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21254>

15. Zar JH. *Biostatistical analysis* (5 ed.). Prentice-Hall, Englewood. 2014;960.

Стаття надійшла до редакції
03.09.2019



УДК 616.31-001.46-06:391.92:37. 091-057.875

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189605>

**А.В. Самойленко,
В.Ю. Орищенко,
Т.М. Стрельченя,
О.В. Стрельченя**

ПІРСИНГ ПОРОЖНИНИ РОТА – НОВИЙ ВИКЛИК У СТОМАТОЛОГІЇ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра терапевтичної стоматології
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of therapeutic dentistry
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dpstomat@yandex.ua

Цитування: *Медичні перспективи*. 2019. Т. 24, № 4. С. 133-144

Cited: *Medicni perspektivi*. 2019;24(4):133-144

Ключові слова: пірсинг порожнини рота, пірсинг язика, пірсинг губ, ускладнення, анкетування, студенти-стоматологи

Ключевые слова: *пирсинг полости рта, пирсинг языка, пирсинг губ, осложнения, анкетирование, студенты-стоматологи*

Key words: *oral piercing, tongue piercing, lip piercing, complications, questionnaire survey, dental students*

Реферат. Пірсинг полости рта – новый вызов в стоматологии. Самойленко А.В., Орищенко В.Ю., Стрельченя Т.Н., Стрельченя О.В. Популярность пирсинга полости рта среди молодых людей растет во всем мире. Пирсинг полости рта приводит к многочисленным осложнениям, частота которых будет увеличиваться по мере роста его распространенности в Украине. Тем не менее, не все знают о его потенциальных рисках, местных и системных осложнениях, развивающихся вскоре после или намного позже после процедуры пирсинга. Стоматологи должны быть готовы информировать носителей орального пирсинга или тех, кто только планирует сделать этот вид боди-арта, о потенциальных побочных эффектах и возможных оральных, стоматологических и системных осложнениях. Однако в отечественной литературе данных об осложнениях пирсинга полости рта явно недостаточно. Цель исследования: изучение возможных осложнений пирсинга полости рта; анализ осознания выпускниками-стоматологами угрозы для здоровья орального пирсинга. Обследовано 36 молодых женщин с пирсингом полости рта (37 случаев), обратившихся на кафедру терапевтической стоматологии Днепропетровской медицинской академии. Средний возраст пациентов составил 22,3 года. Все пациенты клинически и рентгенологически

обстежені. Проведено анкетування 200 студентів Дніпропетровської медичної академії на предмет їх знань про пірсинг порожнини рота. Непосередні ускладнення орального пірсинга включали біль (58,3%), набряк (47,2%) та кровотеча (11,1%) як найбільш характерні. Віддалені ускладнення були пов'язані з локалізацією пірсинга та реєструвалися в 81,1% випадків. Довгий час носіння пірсинга збільшує поширеність ускладнень. Найчастіше спостерігалися тріщини та переломи зубів (35,1%), рецесія десен (29,7%) та атрофія прилежної слизової оболонки (21,6%). Накопичення м'якого та твердого мікробного нальоту на елементах пірсинга (в 43,2% випадків) несло додатковий ризик інфікування. Результати опитування студентів показали, що 85,4% студентів-стоматологів усвідомлюють місцевий ризик орального пірсинга, тоді як 50,6% студентів-стоматологів недостатньо інформовані про вплив пірсинга на розвиток системних ускладнень. Приблизно 60% студентів-стоматологів не мають негативного ставлення до нової практики пірсинга порожнини рота.

Abstract. Oral piercing is a new challenge in the dentistry. Samoilenko A.V., Orishchenko V.Yu., Strelchenia T.N., Strelchenia O.V. The number of the young adults undergoing oral piercing is increasing worldwide. Oral piercing leads to numerous complications, and it is possible that the incidence of complications may increase as the prevalence of oral piercing rises in Ukraine. However, not everyone is aware of its potential risks, local and systemic complications shortly after, or long after the piercing procedure. Dentists should educate patients with oral piercing or those who plan to have this type of body art performed about potential side effects and possible oral, dental, and systemic complications. However, data related to these complications in Ukrainian literature are limited. The purpose of this study – to assess the potential complications of the oral piercing; and to analyze awareness about the actual health risks linked to the practice of oral piercing by dental students. This study includes 37 cases of oral piercing in 36 young women attending the department of therapeutic dentistry of Dnipropetrovsk medical academy with and without complaints. The average subjects age was 22,3 years. Patients were examined clinically and radiographically. 200 students of Dnipropetrovsk medical academy answered a questionnaire about oral piercing knowledge. Immediate complications of oral piercing included pain (58.3% of cases), oedema (47,2%) and bleeding (11.1%) as the most representative. Prolong time of piercing wearing is associated with a greater prevalence of complications. Dental fractures or fissures (35,1%), gingival recession (29,7%) and mucosal atrophy (21,6%) are the most representative. The accumulation of dental plaque and calculus on piercing elements (43,2%) was an additional risk of infection. The results of the survey showed a high level (85,4%) of awareness of dental students about local oral piercing risks. At the same time, dental students (50,6%) are not sufficiently aware of the risk of piercing on developing systemic complications. Approximately 60% of dental students do not have a negative attitude towards the new practice of oral piercing.

Становлення популярності проколювання тканин порожнини рота з подальшим вдяганням «прикраси», а саме орального пірсингу, відбулося в середині 2000-х років, коли цей різновид модифікації власного тіла набув значного розповсюдження в Західній Європі та Америці [9]. В Україну пірсинг порожнини рота «прийшов» з деяким запізненням, тому науковий досвід стосовно орального пірсингу тільки формується [2-5].

Дослідження 2012 року в Британії, Бразилії, Іспанії, Ізраїлі, США, Новій Зеландії, Німеччині та Фінляндії виявило, що поширеність орального пірсингу варіює від 0,8% до 12% серед молодих людей (у середньому в 5,2%), причому частіше спостерігали пірсинг язика (5,6%), за яким ішов пірсинг губ (1,5%), пірсинг щік та ясен (0,1%) [10].

Тканини порожнини рота через розгалужену мережу васкуляризації та особливості іннервації надзвичайно вразливі для ускладнень – від незначних до надзвичайно тяжких, потенційно небезпечних для життя.

Повідомлення зарубіжних дослідників про частоту ускладнень пірсингу порожнини рота

різняються. Так, Vieira EP та співав. [15] ускладнення пірсингу спостерігали в 97,6% випадків, тоді як, за даними Hickey VM та співав. [11], негативні наслідки цілеспрямованого порушення нормальної анатомії порожнини рота реєструвалися лише в 23,4% випадків.

Через різноманітність наведених у літературі ускладнень орального пірсингу деякі автори роблять спробу їх систематизувати, розподіляючи на гострі та хронічні, негайні та відстрочені, ранні та пізні, прямі та опосередковані, локальні та системні, безпосередні та віддалені, неінфекційні та інфекційні, але єдина класифікація ускладнення сьогодні відсутня.

У першу добу після проколювання багато фахівців [4, 13, 15] вказують на місцеві прояви, пов'язані з болем, кровотечею та набряклістю тканин аж до обструкції дихальних шляхів при пірсингу язика. Протягом подальших декількох тижнів до цих ускладнень додаються функціональні проблеми (дисфагія, дисфонія, дисгевзія, порушення жування тощо).

Серед системних ускладнень викликають занепокоєність такі рідкісні та загрозливі захворювання, як інфекційний ендокардит,

абсцес головного мозку, стенокардія Людвіга, тромбофлебіт сигмоїдального синусу [4, 9, 13].

Пірсинг може становити серйозну небезпеку для життя. Після смерті підлітка в 2002 році через сепсис, який розвинувся незабаром після пірсингу язика, Британська стоматологічна асоціація (BDA) опублікувала заяву, в якій рекомендує уникати пірсингу. З 2015 року пірсинг язика, на цей час уже внесений до списку інтимного пірсингу, у Великобританії та деяких штатах США дозволяється робити тільки після виповнення 18 років [12].

Пацієнти з оральним пірсингом знаходяться в групі ризику щодо таких гемоконтактних інфекцій, як гепатит В, С, D і ВІЛ-інфекції. Неадекватні методи санітарно-гігієнічного контролю пірсингу значно збільшують ризик інфекційної трансмісії *S. tetani*, *T. palidum*, *M. tuberculosis* [13].

Особливої тактики потребують імунокомпромісні пацієнти. Ревматична хвороба серця, гіпертрофічна кардіоміопатія, пролапс мітрального клапана з шумами та кальцифікацією згадуються дослідниками [12, 13] в якості факторів, які зумовлюють системні інфекційні ризики орального пірсингу та можуть становити загрозу ще довго після процедури пірсингу язика.

У місці пірсингу через труднощі гігієни утворюється ідеальне середовище для скупчення мікробної біоплівки. Доведено, що перфораційний канал є зоною підвищеної контамінації та потенційним резервуаром для *Staphylococcus aureus*, стрептококів гр. А, *Pseudomonas aeruginosa*, *Erysipelas*, β -гемолітичних стрептококів, пародонтопатогенів, грибів роду *Candida* [7, 16]. Додатково сама «прикраса» внаслідок мікрошорсткості стає ретенційним полем для мікроорганізмів. Постійне переміщення стрижня пірсингу не виключає імплементації та поширеності мікробного вмісту в оточуючі тканини.

Окрім інфекційної небезпеки, небажані локальні та системні ефекти пов'язані з постійним знаходженням «прикраси» в порожнині рота, яка виступає в якості механічного, хімічного та фізичного подразника одночасно.

Віддалені місцеві ускладнення - це атрофія або гіпертрофічно-келоїдне ураження м'яких тканин, фіброма, некроз прилеглих тканин з подальшим вrostанням «прикраси», травматична виразка, рецесія ясен, пародонтит, механічне пошкодження твердих тканин зубів, гіперчутливість зубів, хронічне запалення слизової оболонки піднебіння, парестезії та атипова невралгія трійчастого нерва, діастема, роздвоєння язика, надмірне слиновиділення, сіалоденіт тощо [4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 15].

Викликають стурбованість й інгредієнти пірсингу, що виступають причиною алергічного контактного дерматиту (найчастіше до нікелю або кобальту), гальванозу тощо. У зв'язку з цим у 2001 році в країнах Євросоюзу був прийнятий закон про обмеження вмісту нікелю в предметах, що знаходяться в тривалому контакті зі шкірою, до 0,05%, а з 2004 року цей параметр був змінений на $\leq 0,2 \mu\text{g}/\text{cm}^2$ [8, 14]. Щоб уникнути цієї групи ускладнень, матеріалом пірсингу має бути титан, ніобій, жовте золото ≥ 14 карат або нержавіюча сталь.

Безумовно, пірсинг порожнини рота – новий виклик для вітчизняних стоматологів. Надання кваліфікованої допомоги та проведення профілактичної роботи неможливе без володіння певними знаннями стосовно проблеми орального пірсингу.

Таким чином, зростання популярності й розповсюдженості пірсингу порожнини рота, різноманітність ускладнень місцевого й системного характеру зумовили актуальність цього дослідження.

Мета дослідження:

1. Вивчення локалізації, структури та поширеності ускладнень орального пірсингу, різновидів «прикрас».

2. Аналіз усвідомлення випускниками-стоматологами небезпеки орального пірсингу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

На першому (клінічному) етапі дослідження нами було обстежено 36 пацієнтів з 37 випадками пірсингу порожнини рота. Всі пацієнти були жінками у віці від 18 до 32 років (середній вік – $22,29 \pm 1,5$ року), які звернулися за лікувально-консультативною допомогою на кафедру терапевтичної стоматології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». Кожна пацієнтка підписала інформовану згоду на включення в дослідження.

Збір анамнезу проводився з акцентуванням на таких питаннях:

- мотиваційна причина пірсингу;
- самостійність прийняття рішення про пірсинг;
- коли, де і ким проводилася процедура пірсингу;
- безпосередні наслідки проколювання;
- наявність шкідливих звичок, пов'язаних з пірсингом;
- об'єм гігієнічного догляду за ложем пірсингу та «прикрасою».

Всі пацієнти обстежені на наявність віддалених місцевих ускладнень орального пірсингу традиційними клінічними методами, вітальне

зафарбовування здійснювали за допомогою проби Шилера-Писарева та толуїдинової (Т-blue) проби [1]. Рентгенологічну картину навкол зубних тканин вивчали за допомогою внутрішньоротових рентгенограм і ортопантограм. Фотодокументування відбувалося за допомогою внутрішньоротової зйомки дзеркальною камерою Canon з кільцевим спалахом (MacroRing lite MR-14EX) та дзеркалами dent-o-care фірми Filtrop.

Для досягнення другої мети було проведено опитування двох груп студентів (n=200) ДЗ «ДМА» за допомогою складеної нами анкети. Опитування було анонімним і покликане вивчити загальне відношення до орального пірсингу, усвідомлення загрози орального пірсингу для загального та місцевого здоров'я, бажання та мотивації мати оральний пірсинг.

У I (основну) групу увійшли 89 випускників-стоматологів, які в дослідженні виступали в якості обізнаної у фахових питаннях молоді. Порівняльний аналіз проводили з відповідями студентів I курсу I медичного факультету (n=111), які склали II (контрольну) групу та виступали в дослідженні як необізнана молодь. Усі респонденти взяли участь у дослідженні на добровільних засадах.

Обробка результатів дослідження проводилася за загальноприйнятими статистичними методами [6].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Язик був обраний для пірсингу в 3,1 раза частіше, ніж губи, та зазвичай проколювався в середній його третині. Також ми спостерігали 5 (13,5%) випадків пірсингу вуздечки язика. Основний вид «прикраси» пірсингу язика наших пацієнток – барбела, яка складалася зі стрижня і двох кульок, одна з яких кріпиться стаціонарно, а інша, у разі потреби, розкручується.

Пірсинг губ ми спостерігали в 24,3% випадків. У всіх жінок він виконувався збоку від центру губи, поряд з кутом рота, та в 2,5 рази частіше «прикрашав» верхню губу, чим нижню. «Прикраса» губ - лабрета, з одного боку (периорально) мала ювелірну вставку, з іншого боку (внутрішньоорально) зі слизовою оболонкою контактувала замикаюча плоска пластина. Прикраса у вигляді кільця була при пірсингу вуздечки верхньої губи у 2 (5,4%) жінок.

Спостережень пірсингу щік, ясен тощо в нашому дослідженні не було.

У 78,3% випадках «прикраса» була металевою, в інших випадках (переважно лабрети) – комбінованою з неметалевими елементами.

Переважно жінки мали пірсинг однієї ділянки порожнини рота, лише одна жінка (2,8%) в

нашому дослідженні мала пірсинг язика та пірсинг вуздечки верхньої губи, що відрізняється від даних зарубіжних досліджень, в яких кількість пацієнтів з пірсингом більше ніж однієї ділянки дорівнювала 5%-14% [9, 13].

Середня тривалість носіння орального пірсингу – 24,11±0,7 місяця. Шість жінок проколювання здійснили до 18 років.

Що стосується причин, які спонукали зробити пірсинг порожнини рота, обстежені відмічали таке: на догоду моді (44,4%), бажання виділитися (38,9%), поліпшення естетики (29,7%), наслідування знайомим (13,5%), форма протесту (10,8%), для сексуальної потреби (5,4%). Інші вказані відповіді: «боротьба з власними комплексами», «поліпшення англійської вимови», «для підтримки подруги» тощо.

Двадцять п'ять жінок рішення про пірсинг приймали самостійно, тоді як 30,6% радилися з друзями, чоловіками, батьками. Ця інформація може бути корисною при визначенні профілактичних кроків щодо запобігання цього різновиду боді-арту.

Процедуру пірсингу 55,6% жінок здійснювали в салоні краси/тату-студії, де їх або взагалі не попереджали про можливі подальші ризики, або надавали інформацію з певною часткою непрофесіоналізму. Один випадок проколювання здійснював лікар-косметолог. Відсоток жінок, які здійснювали проколювання самостійно, був у два рази вище, ніж той самий показник, який наводять зарубіжні дослідники (41,7% та 20% відповідно) [13].

Більшість пацієнток вважали пірсинг звичним атрибутом повсякденного життя та повністю заперечували вплив пірсингу на загальний стан здоров'я. Локальний ризик допускали 19,4% жінок, серед них були 3 жінки, які шкодували про виконання пірсингу в минулому.

Усі пацієнтки відмічали ускладнення пірсингу, які розвинулися безпосередньо після процедури проколювання – біль (58,3%), набряк (47,2%), кровотечу (11,1%), порушення функцій дихання, жування, ковтання. Зі слів жінок, загоювання язика тривало від 4 до 6 тижнів. Прокол губи загоювався повільніше – протягом 1-2 місяців.

Як приклад, наводимо уривок анамнезу з історії хвороби жінок:

Пацієнтка М., 22 роки, разом з подругою у віці 15 років вдома, потай від батьків, двічі проколювали язик, тому що не могли вдягнути «прикрасу», потім ще довгий час намагалися самостійно впоратися з кровотечею, незважаючи на те, що дівчинка навіть втрачала свідомість.

Пацієнтка О., 19 років, процедуру пірсингу язика здійснювала в тату-салоні, де не була попереджена про можливі наслідки проколювання. Ввечері набряк язика був настільки значним, що дівчина не могла вільно дихати, через що відчувала панічний страх. Температура підвищилась до 39°C. Машиною швидкої допомоги доставлена до лікарні, де був вилучений пірсинг, пацієнтку госпіталізували та призначили курс антибіотикотерапії.

При об'єктивному обстеженні в 30 (81,08%) випадках нами спостерігались віддалені локальні ускладнення, у структурі яких визначальну роль відігравали локалізація та тривалість носіння пірсингу.

Небажані наслідки пірсингу насамперед пов'язані з його механічним впливом на тканини, які контактують з «прикрасою».

Наші пацієнти в 19,4% випадків скаржилися на підвищену чутливість зубів. Четверо з них відмічали незадовільну естетику посмішки з причини оголених шийок та коренів зубів, що підтверджувалося об'єктивним обстеженням.

У 6 випадках пірсингу губи на тлі блідо-рожевого кольору ясен реєстрували рецесію ясен у ділянці різців та премолярів з вестибулярної поверхні. При пірсингу язика в 5 випадках рецесія визначалася в ділянці центральних різців з язикової поверхні. За класифікацією Мілера ми визначили 9 випадків рецесії 1 класу та по одному випадку 2 і 3 класу. Рентгенологічних ознак резорбції міжзубної перетинки при рецесії 1-2 класу не виявлено, тоді як при рецесії 3 класу постійна травма металевими елементами пірсингу призвела до локалізованої горизонтальної втрати міжальвеолярної кістки. Рецесія дорівнювала в середньому $1,9 \pm 1,16$ мм. Усі пацієнти з рецесією ясен були носіями пірсингу понад 2 роки.

Якщо барбелі не завжди безпосередньо контактували з маргінальними яснами нижніх різців, а тільки при її довжині понад 1,5 см, то лабрети виступають травматичним чинником незалежно від довжини «прикраси». Тому найбільшу загрозу тканинам пародонта завдає пірсинг губи (фото 1).



Фото 1. Співвідношення лабрети та рецесії ясен пацієнтки З., 27 років (тривалість носіння пірсингу 3 роки)

В обстежених пацієнтів запально-інфекційні захворювання пародонта були відсутніми, що дозволяє змогу стверджувати, що негативний вплив пірсингу на тканини пародонта полягає в передачі механічного тиску м'язів язика або скорочувальної активності мимічної мускулатури губ через елементи пірсингу на контактуючі

тканини з подальшими морфологічними змінами – порушенням мікроциркуляції, розвитком ішемії й атрофії.

У 21,6% випадків ми спостерігали атрофію м'яких тканин ложа пірсингу, що супроводжувалося утворенням ділянки ураження, яка повністю повторювала геометрію «прикраси» (фото 2).



Фото 2. Атрофія контактуючих з барбелою тканин пацієнтки С., 21 рік (тривалість носіння пірсингу 5 років)

Розростання тканин навколо місця проколювання частіше спостерігалось лише при пірсингу язика з його вентральної поверхні (у 16,2% випадків) (фото 3, 4).



Фото 3. Розростання тканин у ділянці перфораційного отвору пірсингу язика пацієнтки Ю., 23 роки (тривалість носіння пірсингу 9 місяців)



Фото 4. Розростання тканин у ділянці пірсингу вуздечки язика пацієнтки Т., 30 років (тривалість носіння пірсингу 4,5 років)

Нами виявлений при пірсингу язика один випадок доброякісної пухлини – фіброми, що підтверджено негативним зафарбовуванням 1% р-ом толуоїдинового синього та гістологічним дослідженням після її видалення (фото 5).

У 4 (10,8%) жінок з пірсингом губ ми відмічали мацерацію шкіри в ділянці проколювання, можливо внаслідок підтікання з перфораційного каналу слини, на збільшення якої порівняно з періодом до носіння прикраси звернули увагу 16,7% жінок.



Фото 5. Травматична фіброма та атрофія слизової оболонки внаслідок пірсингу язика пацієнтки Д., 22 роки (тривалість носіння пірсингу 6 років)

Травматичне пошкодження зубів обмежувалося в більшості випадків емаллю, один раз – дентином, і в жодному разі не зачіпало пульпу. Відкол та численні тріщини центральних різців

та оральних горбків молярів ми відмічали в 13 (35,1%) з 37 випадків, виключно при пірсингу язика з тривалим носінням (фото 6).



Фото 6. Травматичне пошкодження 2.6 зуба з подальшим пломбуванням пацієнтки У., 23 роки (тривалість носіння пірсингу 6 років)

Найчастіше під удар потрапляли естетично важливі зуби – центральні різці – в 69,2% випадків.

Крім знаходження в постійній зоні ризику під час розмови та жування, зуби піддавалися пошкодженню також внаслідок шкідливих звичок,

пов'язаних з пірсингом. «Гру» з пірсингом полюбляли дві третини жінок, кусаючи, чіпляючи, протягуючи поміж зубами «прикрасу» (фото 7).

Три пацієнтки взагалі проковтнули пірсинг внаслідок нещільної фіксації його елементів.



Фото 7. Травматичне пошкодження 1.2, 1.1, 2.1 зубів внаслідок «гри» з пірсингом язика пацієнтки П, 26 років (тривалість носіння пірсингу 3,5 роки)

Іншим потенційно значущим фактором небезпеки є наявність на пірсингу як мінералізованого, так і м'якого мікробного нальоту, який ми визначали в 43,2% випадках (фото 8).

Наліт переважно скупчувався на кінцевих елементах пірсингу, тому що жодна жінка не проводила спеціальний гігієнічний догляд та не була навчена, як це робити (фото 9).



Фото 8. Скупчення на «прикрасі» мікробної біоплівки та мінералізованих відкладень внаслідок утрудненого проведення гігієни та затримання залишків їжі пацієнтки О., 20 років (тривалість носіння пірсингу 1 рік)



Фото 9. Корозія складових металевої барбелі внаслідок зміни локальної рН при скупченні мікробної біоплівки (тривалість носіння пірсингу 5 років)

Також ми констатували наявність більш виражених зубних відкладень на стороні розташу-

вання пірсингу губ, внаслідок труднощів при проведенні щоденної індивідуальної гігієни.

«Прикраса» також сприяла спотворенню рентгенівського зображення (фото 10).

З метою попередження подальшого ушкодження тканин порожнини рота всім пацієнтам рекомендували позбавитися «прикрас».

За результатами анкетування студентів, загальне негативне ставлення до пірсингу порожнини рота висловило тільки 40,4% стоматологів, тоді як студенти II групи у 54,1% випад-

ках давали негативну оцінку цьому явищу, 44,9% стоматологів не могли визначитися зі своїм ставленням до цілеспрямованого порушення нормальної анатомії порожнини рота, відмічаючи відповідь «не знаю», а 13,5% стоматологів взагалі мали позитивне ставлення до пірсингу порожнини рота, 1,12% – вказали свій варіант відповіді як «нейтральне».

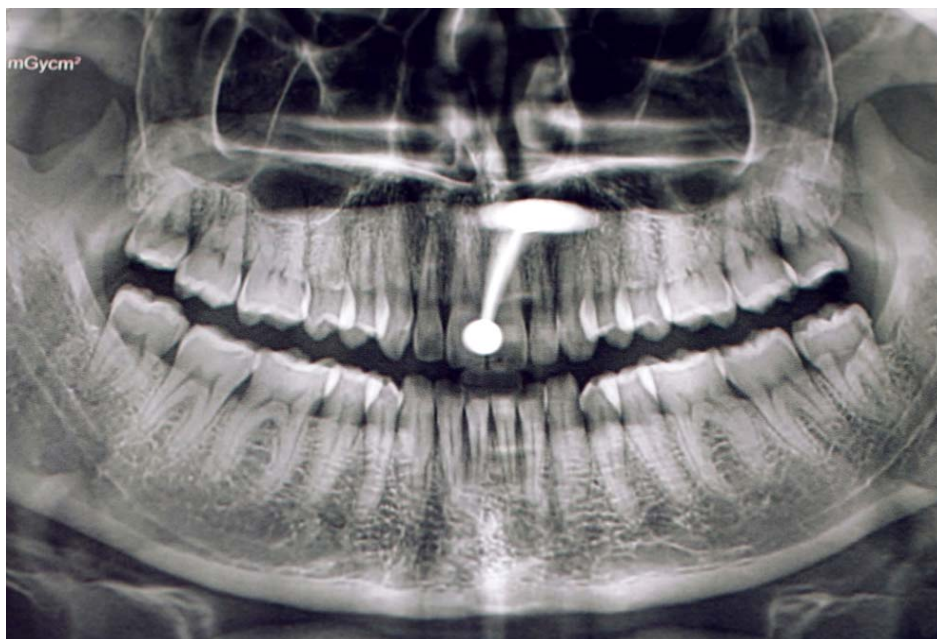


Фото 10. Спотворення рентгенівського зображення при пірсингу язика

Майбутні стоматологи та новачки в медицині мали приблизно однаковий рівень щодо усвідомлення ризику орального пірсингу для загального здоров'я (49,4% стоматологів та 49,5% медиків). Безпечним його визначили 19,1% та 20,7% студентів відповідно. Однак респонденти I групи в два рази частіше, ніж студенти II групи, не могли визначитися, чи впливає пірсинг на загальне здоров'я, та давали відповідь «не знаю».

Фахові знання допомогли 85,4% стоматологів ствердно відповісти на питання про локальну небезпеку пірсингу. Для порівняння 70,3% представників II групи також припускали локальну шкідливість орального пірсингу. З цього приводу 12,4% стоматологів дали відповідь «не знаю», а 1,1% випускників взагалі відкидали його ризик на місцевому рівні.

Згідно з відповідями на прямі запитання анонімної анкети: «Ви маєте пірсинг язика, губ, щоки?» та «Ви хотіли б собі зробити пірсинг язика, губ, щоки?» було з'ясовано, що студенти-стоматологи майже в 2 рази частіше мали оральний пірсинг (3,4% респондентів), ніж студенти-

першокурсники (1,8% респондентів), та в 1,3 раза частіше бажали його зробити в майбутньому (7,9% та 5,4% відповідно).

Незважаючи на те, що більшість респондентів визначили явище «пірсинг» як привернення до себе уваги, студенти обох груп (у середньому 90,5%), на щастя, не бажали мати оральний пірсинг, що нашттовхує на думку, що така форма привернення уваги в системі особистісних цінностей та пріоритетів не є визначальною для наших респондентів.

Таким чином, підсумовуючи результати дослідження, доцільно наголосити на високій поширеності ускладнень пірсингу порожнини рота – 81,1%, що підтверджує дані Vieira EP зі співавт. [15]. Тривалий час носіння «прикраси» збільшує ймовірність негативних наслідків пірсингу.

У третині всіх випадків (35,1%) оральний пірсинг був небезпечним для твердих тканин зубів, контактуючих з «прикрасою». Травмі зубів також сприяли й шкідливі звички, пов'язані з пірсингом, які відмічали 72,2% обстежених.

З меншою частотою ми спостерігали рецесію ясен (29,7%) та атрофію прилеглих до «прикраси» м'яких тканин (21,6%). Гіпертрофія тканин у ділянці проколуювання визначалася нами у 18,9% випадків, в одному з яких була діагностована фіброма. Цей результат узгоджується з результатами робіт, в яких вивчалися наслідки орального пірсингу [9, 10, 11, 13, 15].

Пірсинг язика найчастіше викликав відколи та тріщини зубів, вірогідність яких збільшувалася з подовженням стрижня «прикраси» понад 1,5 см, та гіпертрофію м'яких тканин, контактуючих з пірсингом. Пірсинг губ був вагомою причиною розвитку рецесії ясен. Рівною мірою, як при пірсингу язика, так і при пірсингу губ, спостерігалися атрофія м'яких тканин, підвищена чутливість зубів, скупчування на «прикрасі» мікробних відкладень, посилення слиновиділення.

Варто відзначити, що в нашому дослідженні не розглядалися питання впливу матеріалу пірсингу на тканини порожнини рота та можливість онкотрансформації тканин в умовах дії постійної політравми.

Наше дослідження підтверджує, що жінки частіше були носіями пірсингу. Основною причиною орального пірсингу було слідування модним тенденціям (44,4%) та підкреслення своєї індивідуальності (38,9%), що суттєво не відрізнялось від результатів зарубіжних досліджень [12]. На відміну від зарубіжних досліджень, ми жодного разу не спостерігали пірсингу з локалізацією в щоках, яснах, м'якому піднебінні. Лише одна пацієнтка мала одночасно пірсинг язика та губ, що становило 2,7%, тоді як у дослідженнях Hennequin-Hoenderdos NL та співав.; [9] Plastargias I., Sakellari D. [13] цей показник коливався між 5 та 14%.

Високий відсоток (41,7%) поширеності безпосередніх ускладнень пірсингу в нашому дослідженні пояснюється в два рази частішим

проведенням пірсингу в побутових умовах порівняно з даними Plastargias I., Sakellari D. [13]. Частота віддалених ускладнень пірсингу не залежала від фахового або побутового способу проведення процедури пірсингу.

У ході анкетування студентів було з'ясовано, що більшість (85,4%) майбутніх стоматологів добре усвідомлювали локальний ризик пірсингу, що їх суттєво відрізняло від першокурсників. Але у відповідях стосовно загальної шкідливості пірсингу стоматологи не відрізнялися від початківців у медицині і так само, лише в 50%, давали стверджуючу відповідь. Майже 60% майбутніх стоматологів не мали критичного ставлення до орального пірсингу, що, на нашу думку, відбувається не тільки з причини браку інформації про небезпеку орального пірсингу, а й унаслідок недостатньо сформованої в цій групі компетентності діяти на основі етичних міркувань (мотивів), орієнтуючись на безпеку та здоров'язберігаючу поведінку.

ВИСНОВКИ

1. Віддалені місцеві ускладнення орального пірсингу спостерігалися нами у 81,1% випадків. Оральний пірсинг був значною мірою пов'язаний з ризиком травматичного ураження твердих тканин зубів (35,1%), рецесії ясен (29,7%), атрофією м'яких тканин (21,6%). Скупчення на «прикрасі» мікробного нальоту в 43,2% випадків несло додаткові ризики місцевого та загального інфікування.

2. Випускники-стоматологи недостатньо усвідомлювали негативні наслідки орального пірсингу для здоров'я. Половина (50,6%) стоматологів не вважала оральний пірсинг шкідливим для загального здоров'я, а майже дві третини (59,6%) студентів не мали чіткого негативного ставлення до цієї ризикової поведінки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоклицкая Г. Ф. Клинические методы обследования больных с заболеваниями тканей пародонта. *Дентальные технологии*. 2003. Т. 13. № 5. С. 15-18.
2. Бондаренко О. В. Аналіз проведеного анкетування осіб з пірсингом. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. Вип. 1 (135). С. 91-95. doi:http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2017_1_8
3. Дащук А. М., Пустова Н. О., Добржанська Є. І. Пірсинг: актуальність проблеми, техніка, можливі ускладнення. Актуальні проблеми дерматології, венерології та ВІЛ/СНІД інфекції: матеріали наук.-практ. конф. (Харків, 15 лист. 2001 р.). Харків: Водний спектр, 2017. С. 55-61. URL: <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/17987>
4. Рябоконт Е. Н., Стоян Е. Ю., Камина Т. В., Шатов П. А. Боди-арт челюстно-лицевой области: обзор литературы. *Медицина сьогодні і завтра*. 2014. Т. 62, № 1. С. 161-172. URL: <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/7087>
5. Соколова И. И., Стоян Е. Ю., Камина Т. В., Шатов П. А. Пирсинг челюстно-лицевой области. Почему стоматологи против? *ДентаКлуб*. 2012. № 4. С. 44-46. URL: http://dentaclub.com.ua/images/2012-04_44.jpg
6. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев: МОРИОН, 2001. 408 с.
7. Colonization of Candida: prevalence among tongue-pierced and non-pierced immunocompetent adults /

Y. Zadik et al. *Oral Dis.* 2010. Vol. 16. P. 172-175
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01618.x>

8. Cytopathological and chemico-physical analyses of smears of mucosa surrounding oral piercing / S. M. Lupi et al. *Oral Dis.* 2010. Vol. 16, No. 2. P. 160-166. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01613.x>

9. Hennequin-Hoenderdos N. L., Slot D. E., Van der Weijden G. A. The incidence of complications associated with lip and/or tongue piercings: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2016 Feb. (Vol. 14, No. 1). P. 62-73. URL: <http://doi.org/10.1111/idh.12118>

10. Hennequin-Hoenderdos N. L., Slot D. E., Van der Weijden G. A. The prevalence of oral and peri-oral piercing in young adults: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2012. Vol. 10. P. 223-228. URL: <http://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2012.00566.x>

11. Hickey B. M., Schoch E. A., Bigeard L., Musset A. M. Complications following oral piercing. A study among 201 young adults in Strasbourg, France. *Community Dent Health.* 2010. Vol. 27, No. 1. P. 35-40. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20426259>

12. King E. M., Brewer E., Brown P. A guide to oral piercing. *BDJ Team.* 2018. Vol. 5. P. 18106. DOI: <https://doi.org/10.1038/bdjteam.2018.106>

13. Plastargias I., Sakellari D. The Consequences of tongue piercing on oral and periodontal tissues. *ISRN Dent.* 2014. Vol. 2014. P. 876510. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/876510>

14. Stein T., Jordan J. D. Health considerations for oral piercing and the policies that influence them. *Tex Dent J.* 2012 Jul. (Vol. 129, No. 7). P. 687-693. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22916527>

15. Vieira E. P., Ribeiro A. L., Pinheiro Jde J., Alves Sde M. Jr. Oral piercing: immediate and late complications. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011. Vol. 69, No. 12. P. 3032-3037

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.12.046>

16. Ziebolz D., Hornecker E., Mausberg R. F. Microbiological findings at tongue piercing sites: implications to oral health. *Int J Dent Hyg.* 2009. Vol. 7. P. 256-262. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2009.00369.x>

REFERENCES

1. Beloklitskaya GF. [Clinical examination for periodontal disease]. *Dentalnye tehnologii.* 2003;5(13):15-8.

2. Bondarenko OV. [Analysis of questionnaire surveying of pierced people]. *Visnyk problem biologii i medytsyny.* 2017;1(135):91-5. Ukrainian. Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbn_2017_1_18

3. Dashchuk AM, Pustova NO, Dobrzhanska YeI. [Piercing: Actuality of the problem, technique, possible complications]. In: Aktualni problemy dermatologii venerologii ta VIL/SNID-infektsii. Proceedngs of the Conference; 2017 Nov 15; Kharkiv, Ukraine. Kharkiv: Vodny spektr; 2017 p. 55-61. Russian. Available from: <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/17987>

4. Ryabokon YeN, Stoyan EYu, Kamina TV, Shatov PA. [Body-art of oral and maxillofacial area. Review of the literature]. *Medytsyna sngodni i zavtra.* 2014;1(62):167-72. Russian. Available from: <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/7087>

5. Sokolova II, Stoyan EYu, Kamina TV, Shatov PA. [Maxillofacial piercing. Why are dentists opposed?]. *Denta club.* 2012;4:44-6. Russian. Available from: http://dentaclub.com.ua/images/2012-04_44.jpg

6. [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kyiv: MORION 2001;408. Russian.

7. Zadik Y, Burnstein S, Derazne E, Sandler V, Lanculovici C, Halperin T. Colonization of Candida: prevalence among tongue-pierced and non-pierced immunocompetent adults. *Oral Dis.* 2010;16:172-5 doi: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01618.x>

8. Lupi SM, Zaffe D, RodriguezyBaena R, Rizzo S, Botticelli AR. Cytopathological and chemico-physical analyses of smears of mucosa surrounding oral piercing. *Oral Dis.* 2010;16(2):160-6 doi: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01613.x>

9. Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. The incidence of complications associated with lip and/or tongue piercings: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2016 Feb;14(1):62-73. doi: <http://doi.org/10.1111/idh.12118>

10. Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. The prevalence of oral and peri-oral piercing in young adults: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2012;10:223-228. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2012.00566.x>

11. Hickey BM, Schoch EA, Bigeard L, Musset AM. Complications following oral piercing. A study among 201 young adults in Strasbourg, France. *Community Dent Health.* 2010;27(1):35-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20426259>

12. King EM, Brewer E, Brown P. A guide to oral piercing. *BDJ Team.* 2018;5:18106. doi: <https://doi.org/10.1038/bdjteam.2018.106>

13. Plastargias I, Sakellari D. The Consequences of tongue piercing on oral and periodontal tissues. *ISRN Dent.* 2014;2014:876510. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/876510>

14. Stein T, Jordan JD. Health considerations for oral piercing and the policies that influence them. *Tex Dent J.* 2012 Jul;129(7):687-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22916527>

15. Vieira EP, Ribeiro AL, Pinheiro Jde J, Alves Sde M Jr. Oral piercing: immediate and late complications. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(12):3032-7 doi: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.12.046>

16. Ziebolz D, Hornecker E, Mausberg RF. Microbiological findings at tongue piercing sites: implications to oral health. *Int J Dent Hyg.* 2009;7:256-62. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2009.00369.x>

Стаття надійшла до редакції
16.08.2019