

УДК: 616.314.17-083-053.5:616.314-007

СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ТКАНИН ПАРОДОНТА  
У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ

Каськова Л.Ф., Марченко К.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

E-mail: marchenkokv@gmail.com

Протягом останнього десятиріччя спостерігається зростання кількості дітей з зубощелепними аномаліями та за даними літератури становить більше 80% [1,2].

Зубощелепні аномалії – це реальні фактори розвитку захворювань тканин пародонта, що обумовлено погіршенням стану гігієни порожнини рота, патологічними навантаженнями на тканини пародонту [3,4,5]. Але лише частина дітей, що мають зубощелепні аномалії лікуються у ортодонта та не завжди закінчують його. Деякі діти навіть не знають, що у них патологія прикусу у зв'язку з низькою медичною грамотністю [6]. Тобто значна частина дітей із зубощелепними аномаліями не підлягають лікуванню з цього приводу, що ускладнює перебіг інших стоматологічних захворювань.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчити стан гігієни порожнини рота та стан тканин пародонту у дітей із зубощелепними аномаліями різних досліджуваних груп.

### **Матеріали та методи обстеження**

Було обстежено 600 дітей, які проживають та відвідують шкільні навчальні заклади м.Полтави, віком 12 років. Під час огляду дітей звертали увагу на наявність зубощелепних аномалій, стан тканин пародонту та стан гігієни порожнини рота.

Діагностика зубощелепних аномалій проводилась на основі клінічного обстеження, що включало в себе опитування, зовнішній огляд та огляд

порожнини рота. Базуючись на отриманих даних і з використанням класифікацій ВООЗ, формулювався діагноз.

Оцінку стану тканини пародонта проводили за результатами огляду ротової порожнини (розмір ясеневих сосочків, їх консистенція, форма та колір, наявність кровоточивості під час зондування), визначення пародонтальних індексів і проб (індекс РМА%, проба Шиллера-Писарева).

Для визначення гігієнічного стану порожнини рота використовували індекс Федорова-Володкіної (Федоров Ю.А., Володкіна В.В., 1971) та індекс Сілнес-Лоу.

Дані оброблені методом варіаційної статистики.

Оглянуті діти, були розподілені на 7 груп:

1 група – діти, які знають про наявність у них зубощелепних аномалій, але не лікуються у ортодонта;

2 група – діти, які не знають про наявність у них зубощелепних аномалій;

3 група – діти, які знають про наявність у них зубощелепних аномалій та лікуються у ортодонта;

4 група – діти, які знають про наявність у них зубощелепних аномалій та лікувались у ортодонта, але передчасно припинили лікування;

5 група – діти, які закінчили своє лікування у ортодонта, але в яких все одно виявляються ознаки зубощелепної аномалії;

6 група – діти, лікувались у ортодонта, та у них не виявляються зубощелепні аномалії;

7 група – здорові діти, які ніколи не лікувались у ортодонта.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Нами обстежено 600 12-річних дітей, 407 із яких мають зубощелепні аномалії, що становить  $67,8 \pm 1,92\%$ , із них 174 дитини, що становить  $42,8 \pm 3,76\%$  не знають, що у них є порушення прикусу, 82 ( $20,1 \pm 4,45\%$ ) знають, але не лікуються, 56 ( $13,8 \pm 4,65\%$ ) дітей лікуються, 65 ( $15,9 \pm 4,57\%$ ) дітей лікувались у ортодонта, але передчасно припинили своє лікування, та 30

(7,4±4,86%) дітей завершили лікування, але мають ознаки порушень прикусу. Тобто лише 37,1% дітей із зубощелепними аномаліями відвідували лікаря ортодонта.

Таблиця

Показники гігієни та стан тканин пародонту у дітей

Групи дітей по відношенню до лікування зубощелепних аномалій	Індекси		
	гігієнічні індекси, бали		показник РМА%
	Федорова-Володкіної	Сілнес-Лоу	
не знають, n=174 (1 група)	2,00±0,035 P <sub>1-2,6,7</sub> <0,001 P <sub>1-3,4,5</sub> >0,05	1,11±0,034 P <sub>1-2,3,4,5</sub> >0,05 P <sub>1-6,7</sub> <0,01	7,38±0,68 P <sub>1-2</sub> <0,01 P <sub>1-3,4,5</sub> >0,05 P <sub>1-6,7</sub> <0,001
знають, n=82 (2 група)	1,81±0,05 P <sub>2-3</sub> >0,05 P <sub>2-4</sub> , <0,01 P <sub>2-5,6,7</sub> <0,001	1,05±0,05 P <sub>2-3,4,5,7</sub> >0,05 P <sub>2-6</sub> <0,01	4,94±0,99 P <sub>2-3,4</sub> >0,05 P <sub>2-5</sub> <0,01 P <sub>2-6,7</sub> <0,001
лікуються, n=56 (3 група)	1,86±0,07 P <sub>3-4,5</sub> >0,05 P <sub>3-6,7</sub> <0,001	1,09±0,07 P <sub>3-4,5,7</sub> >0,05 P <sub>3-6</sub> <0,01	5,12±1,5 P <sub>3-4</sub> ,>0,05 P <sub>3-5,6,7</sub> <0,001
лікувалися, але не завершили лікування, n=65 (4 група)	1,98±0,06 P <sub>4-5</sub> >0,05 P <sub>4-6,7</sub> <0,001	1,03±0,06 P <sub>4-5,6</sub> <0,01 P <sub>4-7</sub> >0,05	5,86±1,01 P <sub>4-5,6,7</sub> <0,001
лікувалися, завершили лікування, але не вилікувались, n=30 (5 група)	2,04±0,09 P <sub>5-6,7</sub> <0,001	1,23±0,08 P <sub>5-6,7</sub> <0,01	10,38±1,91 P <sub>5-6,7</sub> <0,001
здорові, ніколи не лікувалися, n=167 (6 група)	1,50±0,02 P <sub>6-7</sub> >0,05	0,81±0,03 P <sub>6-7</sub> >0,05	0,93±0,18 P <sub>6-7</sub> >0,05
здорові, раніше лікувалися, n=26 (7 група)	1,62±0,096	0,83±0,13	1,78±0,66

Примітка:

1. P<sub>1...7</sub> – вірогідність відмінностей показника між групами дітей під час обстеження.

Майже 63% дітей із зубощелепними аномаліями не лікуються у відповідного спеціаліста. Наявність аномалій прикусу призводить до

погіршення гігієнічного стану ротової порожнини та стану тканин пародонта. Так, серед дітей із зубощелепними аномаліями, захворювання тканин пародонта виявлено у 218 дітей, тобто у  $53,5 \pm 3,38\%$ . В той час, як серед здорових дітей захворювання тканин пародонта виявлено у 33 дітей із 193, що складає  $17,1 \pm 6,65\%$ . Показник РМА у дітей без зубощелепних аномалій становить  $1,05 \pm 0,18\%$ , що вірогідно нижче, ніж у дітей із зубощелепними аномаліями –  $6,55 \pm 0,48\%$ .

Нами вивчені показники гігієни та стан тканин пародонта у дітей 7 груп спостереження: 1-5 – діти із зубощелепними аномаліями, 6-7- здорові діти (табл.). Найгірший стан гігієни виявлений у дітей, які раніше лікувалися у ортодонта, вважають, що вилікували зубощелепну аномалію, але мають ознаки порушень прикусу та у дітей, які мають аномалії прикусу, але не знають про це. У цих груп дітей відмічений найвищий показник РМА:  $10,38 \pm 1,91\%$  та  $7,38 \pm 0,68\%$  відповідно. Діти 2,3 та 4 груп спостереження мають майже однакові показники гігієни порожнини рота та РМА, але вони гірші, ніж у дітей без зубощелепних аномалій.

### **Висновки**

Тобто, значна кількість дітей, що мають зубощелепні аномалії не знають про їхнє існування ( $42,8 \pm 3,76\%$ ). У них погіршений стан гігієни порожнини рота в порівнянні з іншими групами дослідження та стан тканин пародонта. Потребують особливої уваги з точки зору лікаря-стоматолога дитячого діти, які лікувалися у ортодонта з приводу зубощелепних аномалій, але не закінчили лікування та діти, які закінчили лікування у ортодонта, але мають ознаки аномалій прикусу. У цих груп дітей найгірші показники РМА в порівнянні з дітьми інших груп, які вивчалися.

### **Перспективи подальших досліджень**

Отже, виникає необхідність подальшого спостереження та диспансерного нагляду дітей із зубощелепними аномаліями, з метою розробки профілактичних

заходів та їх впровадження для попередження виникнення захворювань тканин пародонту.

### **Список використаної літератури**

1. Головка Н.В., Галич Л.Б., Куліш Н.В., Трофименко М.В., Фетисова Г.Л., Дмитренко М.І. Поширеність ЗЩА в дітей та підлітків Полтавської області / Н.В. Головка // Український стоматологічний альманах. – 2006. – №5. – С. 48–51.

2. Деньга О.В., Мирчук Б.В., Раджаб М. Поширеність зубощелепних аномалій і карієсу зубів у дітей у період раннього змінного прикусу / О.В. Деньга // Український стоматологічний альманах. – 2004. №1–2. – С. 48–51.

3. Дмитренко М.І. Реакція пародонту на скупченість зубів у дітей / М.І. Дмитренко // Вісник стоматології. – 2004. – №3. – С. 60–61.

4. Драгомирецька М.С. Профілактика зубощелепової патології як фактор підвищення рівня стоматологічного здоров'я дітей / Драгомирецька М.С. // Матеріали Міжнародної наук.–практ. конф. «Стоматологічне здоров'я – дітям України». – Київ. – 2007. – С. 75–76.

5. Чухрай Н.Л., Безвушко Е.В. Потреба в ортодонтчному лікуванні дітей Львівської області / Н.Л. Чухрай // Український стоматологічний альманах. – 2007. – №2. – С. 48–51.

6. Малыгин Ю.М., Минаева И.Н., Самохина Е.С. Роль врача в повышении мотивации пациента и его родителей к лечению и профилактике зубочелюстно-лицевых аномалий / Ю.М. Малыгин // Ортодонтический реферативный журнал. – 2004. – №3. – С. 39.

### **Реферат**

**СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ТКАНИН ПАРОДОНТА  
У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ**

Каськова Л.Ф., Марченко К.В.

Ключові слова: діти, гігієна порожнини рота, стан тканин пародонта, зубощелепні аномалії.

В роботі представлені дані по вивченню показників гігієни порожнини рота та стану тканин пародонту, серед здорових дітей та дітей з зубощелепними аномаліями. Встановлено, що діти, які не знають про те, що в них є зубощелепні аномалії, та діти, що передчасно припинили своє лікування у лікарів-стоматологів-ортодонтів, мають гіршу гігієну порожнини рота та більшу поширеність захворювань тканин пародонта.

### **Реферат**

#### **СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ**

Каськова Л.Ф., Марченко К.В.

Ключевые слова: дети, гигиена полости рта, состояние тканей пародонта, зубочелюстные аномалии.

В работе представлены данные по изучению показателей гигиены полости рта и состояния тканей пародонта, среди здоровых детей и детей с зубочелюстными аномалиями. Установлено, что дети, которые не знают про то, что у них есть зубочелюстные аномалии, и дети, которые преждевременно прекратили свое лечение у врачей-стоматологов-ортодонтів, имеют худшую гигиену полости рта и большую распространенность заболеваний тканей пародонта.

### **Summary**

#### **STATE OF ORAL HYGIENE AND PERIODONTAL TISSUES IN CHILDREN WITH MALOCCLUSIONS**

Kaskova L.F., Marchenko K.V.

Key words: children, hygiene of oral cavity, condition of periodontal tissues, malocclusions.

In article submitted results of studying of oral hygiene and condition of periodontal tissues, among healthy children and children with malocclusions.

It was established that children, who don't know that they have malocclusions, and children, who prematurely stopped their treatment by orthodontist, have worst hygiene of oral cavity and larger prevalence of periodontal diseases.