

УДК: [616.314+616.716.1/.4]-007.-002.4-053.4

ПОКАЗНИКИ КАРІЕСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ

Каськова Л.Ф., Марченко К.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

E-mail: marchenkokv@gmail.com

Карієс, що на сьогоднішній день залишається однією з головних проблем у стоматології, заслуговує значної уваги як з точки зору лікувальних заходів, так і з точки зору профілактики. Адже в останні роки спостерігається тенденція до зростання захворюваності основними стоматологічними захворюваннями серед дітей та підлітків [5].

Одним з факторів ризику щодо виникнення карієсу є зубощелепні аномалії, поширеність яких за різними даними досягає 95% [4]. У дітей з зубощелепними аномаліями створюються умови для виникнення ретенційних пунктів [3], ускладнюючи таким чином проведення належної гігієни порожнини рота, що є необхідною для профілактики розвитку карієсу [1].

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення поширеності та інтенсивності карієсу у дітей із зубощелепними аномаліями різних досліджуваних груп.

Матеріали та методи обстеження

Нами 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 та захворюваність карієсом.

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.

Визначення інтенсивності та поширеності карієсу проводилися згідно з рекомендаціями ВООЗ (1989).

Для вивчення епідеміологічного стану карієсу визначалися наступні показники: поширеність карієсу згідно сформованих груп; інтенсивність карієсу за показником КПВ зубів у дітей згідно сформованих груп:

1 – діти з зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками;

2 – діти з зубощелепними аномаліями та без шкідливих звичок;

3 - діти без зубощелепних аномалій та з шкідливими звичками;

4 - діти без зубощелепних аномалій та без шкідливих звичок.

Оглянуті діти, додатково були розподілені на 6 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 лікувались у ортодонта, але передчасно припинили лікування;

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

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

Дані оброблені методом варіаційної статистики Ст'юдента-Фішера.

Вірогідними вважалися показники при $P \leq 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Наші дослідження показали, що із 600 обстежених дітей зубощелепні аномалії мають 407 дітей, що становить 67,8%. 193 дитини не мали порушень прикусу, але у 62 – були шкідливі звички (ронове дихання, смоктання предметів, губ чи язика, кусання губ). Не дивлячись на це, поширеність карієсу у них майже однакова і становить $61,6 \pm 3,5\%$ та $61,3 \pm 6,18\%$ відповідно (табл.1). Серед дітей, які мають зубощелепні аномалії (230 дітей), що становить 56,5%, мають шкідливі звички і у них поширеність карієсу вірогідно вища, ніж у дітей із зубощелепними аномаліями, але без шкідливих звичок ($P \leq 0,01$). Взагалі ж найбільша поширеність карієсу спостерігається у дітей, які мають зубощелепні аномалії та шкідливі звички, а найменша у дітей без зубощелепних аномалій та шкідливих звичок. Тобто, порушення прикусу та наявність шкідливих звичок у дітей є фактором ризику виникнення карієсу. Це підтверджують і показники інтенсивності карієсу постійних зубів у цих дітей. Показник інтенсивності найнижчий у дітей без зубощелепних аномалій та шкідливих звичок, а найвищий – у дітей із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками.

Таблиця 1

Показники карієсу у дітей у залежності від наявності зубощелепних аномалій та шкідливих звичок, n=600

| Номер групи | Групи обстежених дітей та їх кількість | Показники карієсу | | |
|-------------|----------------------------------------|-------------------|----------------|---------------------------------------|
| | | поширеність | | інтенсивність за показником КПВ зубів |
| | | абс. | % | |
| 1 | із зубощелепними аномаліями та | 171 | $74,3 \pm 2,9$ | $2,1 \pm 0,1$ |

| | | | | |
|---|------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| | шкідливими звичками, n=230 | | | |
| 2 | із зубощелепними аномаліями та без шкідливих звичок, n=177 | 112 | 65,5±3,6 P ₁₋₂ <0,01 | 2,24±0,12 P ₁₋₂ >0,05 |
| 3 | без зубощелепних аномалій та з шкідливими звичками, n=62 | 38 | 61,3±6,2 P ₁₋₃ <0,01 P ₂₋₃ >0,05 | 2,24±0,22 P _{1,2-3} >0,05 |
| 4 | без зубощелепних аномалій та без шкідливих звичок, n=131 | 81 | 61,8±4,2 P ₁₋₄ <0,01 P _{2,3-4} >0,05 | 1,87±0,15 P _{1,2,3-4} >0,05 |

Примітка:

1. P_{1...4} – вірогідність відмінностей показника між групами дітей під час обстеження.

Наступним етапом нашого дослідження було вивчення показників карієсу у дітей із порушеннями прикусу та різною обізнаністю про наявність зубощелепних аномалій у них та різним відношенням до їх лікування (табл.2). Так, поширеність карієсу найнижча у дітей, які лікувалися з приводу ортодонтичної патології, завершили лікування та на теперішній час не мають порушень прикусу. Тобто, ці діти знаходилися на диспансерному нагляді у лікаря стоматолога, який проводить санітарно-просвітницьку роботу та дає рекомендації по догляду за порожниною рота. За результатами наших досліджень найкращий стан гігієни серед досліджуваних груп саме у цих дітей та здорових, які не мають зубощелепних аномалій [2].

Показники карієсу у дітей 12 років, n=600

| Номер групи | Групи дітей по відношенню до лікування зубощелепних аномалій | Показники карієсу | | |
|-------------|--------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| | | поширеність | | інтенсивність за показником КПВ зубів |
| | | абс. | % | |
| 1 | не знають, n=174 | 126 | 72,4±3,4 | 2,41±0,1 |
| 2 | знають, n=82 | 55 | 67±5,2 P ₁₋₂ >0,05 | 2,16±0,12 P ₁₋₂ <0,001 |
| 3 | лікуються, n=56 | 35 | 62,5±6,5 P _{1,2-3} >0,05 | 1,8±0,11 P ₁₋₃ <0,001 P ₂₋₃ <0,01 |
| 4 | лікувалися, але не завершили лікування, n=95 | 67 | 70,5±4,6 P _{1,2,3-4} >0,05 | 1,96±0,1 P ₁₋₄ <0,001 P _{2,3-4} >0,05 |
| 5 | здорові, раніше лікувалися, n=26 | 12 | 46,1±10,0 P _{1,3-5} <0,001 P _{2,4-5} <0,01 | 2,5±0,2 P _{3,4-5} <0,01 P _{1,2-5} >0,05 |
| 6 | здорові, ніколи не лікувалися, n=167 | 107 | 67,6±3,6 P _{1,2,3,4-6} >0,05 P ₅₋₇ <0,001 | 2,39±0,1 P _{3,4-6} <0,001 P _{1,2,5-6} >0,05 |

Примітка:

1. P_{1...7} – вірогідність відмінностей показника між групами дітей під час обстеження.

Нами виявлено, що найбільш високий показник поширеності карієсу серед дітей, які мають зубощелепні аномалії, але не знають про це, лікувалися, але не завершили лікування і мають порушення прикусу. Це говорить про безвідповідальне відношення дітей 1 та 4 груп до стану свого стоматологічного здоров'я. Тобто, лікарі-стоматологи дитячі під час профілактичних оглядів в організованих дитячих колективах повинні звертати увагу дітей та їхніх батьків на стан порожнини рота, необхідність проведення профілактичних заходів та необхідність стоматологічного лікування.

Висновки та перспективи подальших досліджень

Наші дослідження показали, що діти із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками мають значну поширеність та інтенсивність каріозного процесу. Особливу увагу потребують діти, які не знають про існування у них ортодонтичної патології та діти, що знають про наявність патології, але не лікуються у ортодонта, бо вони є групою ризику по виникненню карієсу. Тобто для них необхідно розробити та впровадити комплекс лікувально-профілактичних заходів для підвищення резистентності твердих тканин зубів.

Список використаної літератури

1. Дичко Є.Н., Ковач І.В., Вербицька А.В. Рівень гігієнічного стану і ступінь ураження карієсом у підлітків / Дичко Є.Н. // Вісник стоматології. – 2005. - №2. – С. 61-62.
2. Каськова Л.Ф., Марченко К.В. Стан гігієни порожнини рота та тканин пародонта у дітей із зубощелепними аномаліями / Каськова Л.Ф. // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2010. - Т. 10, № 1. - С. 137 - 139.
3. Каськова Л.Ф., Тараненко Н.М. Поширеність зубощелепних аномалій та стан твердих тканин зубів і тканин пародонта в дітей 11-16 років / Каськова Л.Ф. // Український стоматологічний альманах. – 2005. –№6. –С. 51–54.

4. Фетісова Г.Л., Трофименко М.В., Карасюнок А.Є., Нестеренко О.М., Куроєдова К.Л. Порівняльний аналіз розповсюдженості зубощелепних аномалій серед населення Полтави та Полтавської області / Фетісова Г.Л. // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2008. - Т. 8, № 3. - С. 179 - 180.

5. Хоменко Л.О., Остапко О.І., Біденко Н.В. Впровадження шкільної освітньої програми з гігієни порожнини рота в Україні / Хоменко Л.О. // Вісник стоматології. – 2000. - №3. – С. 37 - 38.

Реферат

Каськова Л.Ф., Марченко К.В.

Ключові слова: діти, карієс, інтенсивність, поширеність, зубощелепні аномалії

Одним із факторів ризику, щодо виникнення карієсу, є зубощелепні аномалії: 67,8% обстежених нами дітей мають порушення прикусу та 39,8% дітей мають шкідливі звички, що є фактором виникнення зубощелепних аномалій. Нами обстежено 600 дітей 12-річного віку, які були розподілені на 4 групи згідно наявності чи відсутності патології прикусу та шкідливих звичок та на 6 груп – по відношенню до лікування ортодонтичної патології. У цих дітей визначали показники поширеності та інтенсивності карієсу постійних зубів. Дослідження показали, що найбільша поширеність та інтенсивність карієсу спостерігається у дітей із зубощелепними аномаліями та шкідливими звичками. Найгірші показники карієсу серед дітей із зубощелепними аномаліями відмічені у тих груп дітей, які не знають, що у них є ортодонтична патологія. Діти, які знають про наявність зубощелепної патології та діти, які лікуються у ортодонта мають нижчі показники інтенсивності карієсу, оскільки вони постійно знаходяться під наглядом стоматолога та певною мірою виконують їх поради. Тобто виникає необхідність залучення батьків, вчителів, лікарів-стоматологів до проведення санітарно-просвітницької роботи та профілактичних заходів, спрямованих на

зниження показників поширеності та інтенсивності карієсу у дітей із зубощелепними аномаліями.

Реферат

Каськова Л.Ф., Марченко К.В.

Ключевые слова: дети, кариес, интенсивность, распространенность, зубочелюстные аномалии

Одним из факторов риска, относительно возникновения кариеса, являются зубочелюстные аномалии: у 67,8% обследованных нами детей есть нарушение прикуса и у 39,8% детей есть вредные привычки, которые являются фактором возникновения зубочелюстных аномалий. Нами обследовано 600 детей 12-летнего возраста, которые были распределены на 4 группы согласно наличию или отсутствию патологии прикуса и вредных привычек и на 6 групп - по отношению к лечению ортодонтической патологии. У этих детей определяли показатели распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов. Исследования показали, что наибольшая распространенность и интенсивность кариеса наблюдается у детей с зубочелюстными аномалиями и вредными привычками. Наихудшие показатели кариеса, среди детей с ортодонтической патологией, отмечены у тех групп детей, которые не знают, что у них есть зубочелюстные аномалии. Дети, которые знают про наличие ортодонтической патологии и дети, которые лечатся у ортодонта, имеют более низкие показатели кариеса, поскольку они постоянно находятся под наблюдением стоматолога и в некоторой степени выполняют их рекомендации. То есть возникает необходимость привлечения родителей, учителей, врачей-стоматологов к проведению санитарно-просветительской работы и профилактических мероприятий, направленных на снижение показателей распространенности и интенсивности кариеса у детей с зубочелюстными аномалиями.

Abstract

Kaskova L.F., Marchenko K.V.

Keywords: children, dental caries, the intensity, prevalence, dentofacial anomalies

One of the risk factors for caries disease beginning are dentofacial anomalies: in 67,8% of surveyed by us children is a violation of the bite and 39,8% of children have bad habits, which are factors for dentofacial anomalies onset. We examined 600 children 12 years of age, who were divided into 4 groups according to presence or absence of pathological bite and bad habits, and in 6 groups - in relation to treatment of malocclusions. In these children were determined prevalence and intensity of caries in permanent teeth. Studies have shown that the highest prevalence and intensity of dental caries observed in children with dentofacial anomalies and bad habits. The worst rates of caries among children with malocclusions were observed in those groups of children, who don't know that they have dentofacial anomalies. Children who know about there malocclusions and children who are treating at orthodontist, have lower rates of caries intensity, since they are constantly under the supervision of a dentist, and they are following recommendations from there dentist. That is, there is need to involve parents, teachers, dentists to conduct health education activities and interventions aimed at reducing the prevalence and intensity of caries in children with dentofacial anomalies.