

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МОЛОДЁЖИ УКРАИНЫ

М.С. Дрогомирецкая, Т. В. Колесник, В. В. Лепский

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

### Резюме

Статья посвящена изучению распространенности и структуры стоматологических заболеваний у соматически здоровых лиц в возрасте 18-22 лет из различных регионов Украины.

**Ключевые слова:** соматически здоровые, интенсивность кариеса, пародонтальные индексы, показатели гигиены полости рта.

### Summary

The article is devoted to the study of the prevalence and the structure of stomatological diseases in somatically healthy persons from different regions of Ukraine aged from 18 to 22.

**Key words:** somatically healthy people, caries intensity, periodontal indices, oral cavity hygienic indices

### Литература

1. Влияния на функциональные реакции в полости рта и костный метаболизм комплексной профилактики осложнений при дентальной имплантации / [О.В. Деньга, А.В. Обуховский, В.С. Бурдений, Э.М. Деньга ] // Вісник стоматології. – 2008. - №5-6. – С.91-97.

2. Романова Ю.Г. Гомеостаз полости рта и зубное протезирование / Ю.Г. Романова // Одесский медицинский журнал. – 2001. - №3(125). – С.69-75.

3. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости / А.П. Левицкий, О.В. Деньга, О.А. Макаренко [и др.]. – Одесса, 2010. – 16 с.

4. Копейкин Н.В. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта / Н.В. Копейкин. – М.: Триада-Х, 1998. – 176 с.
5. Аболмасов Н.Г. Ортодонтия /Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов. – М.: Медпрес-информ, 2008. – 424 с.
6. Равиндра Нанда. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии / Равиндра Нанда. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 388 с.
7. Куроедова В.Д. Скупченість зубів / В.Д. Куроедова, О.М. Дмитренко. – Полтава: Верстка, 2008. – 138 с.
8. Біда О.В. Гігієнічний стан порожнини рота осіб, які перебувають на ортодонтичному лікуванні, з використанням знімної та незнімної техніки і його зміни в процесі лікування / О.В. Біда // Український стоматологічний альманах. – 2007. - №3. – С. 63-66.
9. Головка Н.В. Оцінка стану гігієни порожнини рота і тканин пародонта в пацієнтів із хронічним гіпертрофічним гінгівітом на тлі лікування незнімною технікою / Н.В. Головка, А.Д. Бабенко // Український стоматологічний альманах. – 2010. - №1. – С. 8-10.

Молодые люди без соматических патологий очень часто нуждаются в ортопедическом, ортодонтическом и терапевтическом лечении из-за высокой распространённости стоматологических заболеваний. В структуре молодёжи студенты являются особой социальной группой, которая имеет специфические условия жизни, вынужденные нарушения условия труда, отдыха и питания. А также их можно отнести к группе повышенного риска заболеваний в связи с высокой психоэмоциональной нагрузкой, необходимостью адаптации к новым условиям проживания и обучения, с незавершённойостью роста и развития организма (Квасов С.Е., 1990; Лозбенев С.Н., 1998).

Для рационального планирования лечебно-профилактических мероприятий необходимо изучить характер зубочелюстных аномалий,

состояние твёрдых тканей зубов, тканей пародонта, уровень гигиены полости рта, структурно-функциональное состояние костной ткани и биохимические параметры ротовой жидкости [1-3].

Поэтому **целью** данного исследования было изучение у соматически здоровых лиц молодого возраста в Украине распространённости и структуры стоматологических заболеваний, а также корреляции отдельных показателей между собой. Был обследован 131 курсант на базе военных училищ в возрасте 18 – 22 лет из различных регионов Украины. На основании жалоб в процессе обследования пациенты были разделены на две группы: лица, которые не предъявляли жалобы на состояние твёрдых тканей зубов и тканей пародонта, – группа «норма» и пациенты с жалобами на кровоточивость дёсен - группа «гингивит». Всего: 106 человек группы «норма» и 25 человек группы «гингивит».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Общие статистические данные свидетельствуют о худших значениях стоматологических показателей у группы «гингивит» по сравнению с группой «норма». Показатели состояния твердых тканей КПУз и КПУп в среднем на 4 единицы выше (КПУз равняется 4 для группы «норма» и 8 – для группы «гингивит», КПУп равняется 5 для группы «норма» и 9 – группы «гингивит»). Показатель состояния гигиены Silness-loe на 0,5 балла выше (1 – группа «норма», 1,5 – группа «гингивит»), а Stallard на 0,7 баллов выше (1 – группа «норма», 1,7 – группа «гингивит»).

Аналогичную тенденцию можно увидеть и среди показателей тканей пародонта (группа «гингивит» - группа «норма» = изменение значения показателя): РМА  $27\% - 6\% = 21\%$ ; кровоточивость  $1 - 0 = 1$  балл; проба Шиллера-Писарева  $1,8 - 1,3 = 0,5$  балла; зубной камень  $1,2 - 0,3 = 0,9$  балла; СРІТN  $1,7 - 0,7 = 1$  балл.

В процессе обследования значения денситометрических и эхоостеометрических показателей для пациентов двух групп слабо

отличались: SOS в группе «норма» составлял 1575, а в группе «гингивит» - 1568. Такие отличия, лежащие в области разброса значений параметров, не представляют интереса, поэтому необходим дальнейший более детальный анализ показателей по каждой возрастной категории в отдельности.

Ярко выраженной закономерности отличия биохимических показателей у людей из двух исследуемых групп также не было выявлено, однако такие отличия все же были зафиксированы (группа «гингивит» - группа «норма» = изменение значения показателя): лизоцим 0,065-0,08=-0,015 ед/мл; уреазы 0,11-0,21=-0,1 мккат/л; МДА 0,36-0,27=9 мкмоль/л; эластаза 0,49-0,49=0 мкат/л; кальций 0,75-0,69=0,06 ммоль/л; каталаза 0,2-0,13=0,07 мкат/л; магний 0,17-0,13=0,04 ммоль/л; фосфор 4,59-4,94=-0,35 ммоль/л.

Зачастую в литературе можно встретить мнение о том, насколько важную роль зубочелюстные аномалии играют в этиологии и патогенезе различных стоматологических заболеваний. Из них наиболее часто отмечаются деформации зубных рядов и отдельных зубов. В период постоянного прикуса мы наблюдали, что возможности профилактического ортодонтического лечения значительно ограничены и должны сочетаться с аппаратными методами лечения. Как правило, в этом возрасте ортодонты не могут влиять на рост зубочелюстного аппарата, потому что с помощью ортодонтической аппаратуры проводят в основном перемещение зубов и исправляют соотношение зубных рядов.

В процессе обследования у молодёжи была отмечена распространённость стоматологических заболеваний в сочетании с зубочелюстными аномалиями – в группе «гингивит» составляет 20 человек, а в группе «норма» - 40 человек, что соответствует данным ВОЗ, составляющими порядка 50%. У остальных выделено нейтральный или ортогнатический прикус. В обеих группах были отмечены зубочелюстные аномалии по сагиттальной плоскости, в основном дистальный прикус (в

группе «гингивит» 15 человек, а в группе «норма» 25 человек), мезиальный прикус в одинаковом количестве – по 1 человеку. При обследовании вертикальных аномалий прикуса отмечено глубокое резцовое перекрытие (в группе «гингивит» 4 человека, а в группе «норма» 8 человек). Трансверзальные зубочелюстные аномалии были отмечены у 6 молодых людей и только из группы «норма». Сочетанные аномалии, аномалии зубных рядов и отдельных зубов были выявлены у 50% обследованных. В их числе были и те молодые люди, которые прошли курс ортодонтического лечения в детском возрасте. Как уже показала практика, ортодонты должны проводить систематические беседы с родителями о важности правильного воздушно-солнечного режима, необходимости рационального питания и интенсивного пережевывания пищи. В тоже время многие авторы отмечают то, что полость рта не может быть санирована, если не устранена деформация зубочелюстной системы. Наличие аномалий положения зубов или зубных рядов является важной причиной возникновения кариеса, так как и кариес зачастую бывает причиной деформации зубных рядов [4-6].

Поэтому ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий и деформаций имеет особое значение в профилактике и терапии начальной стадии заболеваний тканей пародонта, которое должно проводиться у детей и молодёжи. Подобное лечение является патогенетическим, так как устраняет один из самых важных факторов механизма болезни – травмы пародонта. Как видно в ходе обследования, профилактика аномалий прикуса является неотъемлемой частью санации полости рта, которая должна быть, как уже известно, совместной с врачами других специализаций [7-9].

Даже не смотря на то, что производится оценка показателей для различных людей из двух групп, такой анализ позволяет сделать определенные выводы относительно причин изменения состояния

гигиены, заболеваемости тканей пародонта или другого стоматологического показателя и спрогнозировать дальнейшую тенденцию развития того или иного стоматологического заболевания полости рта.

Результаты возрастного анализа эпидемиологических исследований людей молодого возраста соматически здоровых от нормы и с гингивитом показали, что интенсивность кариеса постоянных зубов возрастает с возрастом, притом в группе «гингивит» этот показатель значительно выше, а показатель зубочелюстной деформации не изменялся.

Анализ в динамике изменения значений показателей состояния тканей пародонта и гигиены полости рта показал, что с возрастом в группе «норма» эти показатели в среднем ухудшаются. В то же самое время какой-либо закономерности в группе «гингивит» выявлено не было. Однако следует заметить, что показатели в группе «гингивит» хуже, чем в группе «норма» во всех возрастных категориях.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют, что лица молодого возраста – это динамическая возрастная группа, которая находится в процессе формирования, а также легкоранимая с позиции здоровья и нуждающаяся в особенно продуманной системе наблюдения и профилактики различных стоматологических заболеваний, которые в настоящее время остаются еще на высоком уровне и не имеют тенденции к стабилизации. В то же время представляет интерес выявить связь между зубочелюстными аномалиями (одиночные дефекты зубных рядов) и общим стоматологическим статусом, костным метаболизмом, а также функциональными реакциями в полости рта для правильного выбора лечебно-профилактического комплекса. Показания к ортодонтическому лечению молодёжи определяют способность пациентов поддерживать гигиену в полости рта на должном уровне. Поэтому врач-стоматолог и ортодонт обязаны дать заключение об адекватности состояния тканей пародонта и возможности его поддержания на уровне не только при

ортодонтическом лечении, а также рекомендовать правильный лечебно-профилактический комплекс для поддержания и лечения всех заболеваний в полости рта.