

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РОСТА И РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

*В.Ю. Хитров, А.В. Анохина, И.Г. Низамов, Р.А. Салеев, А.Х. Греков,
Э.Х. Мустафин, П.В. Несин, Ю.А. Пискарев*

*Кафедра терапевтической и детской стоматологии и ортодонтии (зав. - проф. В.Ю. Хитров),
кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением (зав. - проф. И.Г. Низамов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, городская
стоматологическая поликлиника № 5 (главврач - Р.А. Салеев), городская стоматологическая
поликлиника №8 (главврач - А.Х. Греков), г. Казань, городская стоматологическая
поликлиника №2 (главврач - Э.Х. Мустафин), г. Набережные Челны, городская
стоматологическая поликлиника (главврач - П.В. Несин), г. Альметьевск, Детская городская
стоматологическая поликлиника (главврач - Ю.А. Пискарев), г. Нижнекамск*

Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) сопровождаются эстетическими и функциональными изменениями, неблагоприятно влияют на внешний вид и психику больного [1, 3, 4]. Являясь причиной развития болезней тканей пародонта, кариеса, они в итоге приводят к разрушению и ранней потере зубов постоянного прикуса [5]. Лечение сформированных аномалий зубочелюстной системы (ЗЧС) весьма трудоемко и дорого [2].

Для оценки результативности динамического наблюдения и реабилитации детей у ортодонта нами было проведено углубленное изучение метода диспансеризации в сравнении с приемом по обращаемости.

Были обследованы 10075 пациентов в возрасте от 8 месяцев до 24 лет. Эпидемиологическая оценка распространенности и структуры зубочелюстной патологии дана с помощью скринингового обследования состояния ЗЧС 7402 человек из 6 городов Республики Татарстан (РТ). С целью выявления эффективности диспансерных мероприятий 1956 школьников г. Казани наблюдались в течение 9 лет - с 1994 по 2002 г. на базе стоматологических поликлиник г. Казани и РТ. При выборе регионов руководствовались организационными особенностями оказания ортодонтической помощи детям и подросткам.

Ортодонтическая помощь в г. Казани оказывается детям и подросткам в специализированных отделениях муниципальных детских стоматологических поликлиник. Вместе с традиционным приемом по обращаемости лиц с ЗЧА с 1977 г. организовано выявление формирующейся зубочелюстной патологии для активного ее устранения.

Население городов РТ составило группу сравнения по состоянию ЗЧС в периоде сформированного постоянного прикуса (18 - 24 года). В перечисленных регионах ортодонтическая помощь оказывается только по обращаемости. Доступность ее ограничена в силу организационных причин.

Необходимость формирования групп детей по возрастному признаку определялась функционально-морфологическими особенностями развития ЗЧС. При стоматологическом обследовании учитывались следующие показатели: данные анамнеза, состояние твердых тканей зубов, тканей пародонта, прикуса, слизистой оболочки полости рта, гигиеническое состояние полости рта. С целью изучения состояния ЗЧС в различных возрастных группах нами разработана оригинальная карта обследования, наиболее полно отражающая показатели роста и развития.

Условием объективного анализа распространенности ЗЧА и динамики развития жевательного аппарата является четкое понимание градаций перехода от нормы к патологии. Мы использовали такие понятия, как «возрастная норма», «факторы риска развития патологии», «формирующаяся патология» и «сформированные аномалии». Медицинскую эффективность диспансерных мероприятий с учетом динамики улучшения и ухудшения состояния ЗЧС рассчитывали по методу М.Н. Цинкера и соавт. [1972]. Для построения данных моделей была разработана схема-карта базы данных в табличном виде. Статистическая обработка материала производилась с использованием программного пакета «Biostat» и Microsoft Excel. Проверку ги-

**Состояние ЗЧС у жителей различных регионов
в возрастном аспекте (в случаях на 1000 жителей)**

Возраст, лет	Состояние ЗЧС							
	возрастная норма		факторы риска		формирующаяся патология		сформированные аномалии	
	Казань	РТ	Казань	РТ	Казань	РТ	Казань	РТ
8 мес — 3 года	602,0	594,7	132,6	128,8	163,3	168,6	102,0	107,9
3— 6	272,0	267,8	297,1	296,7	227,3	228,0	203,6	207,5
7— 9	135,6	129,4	195,6	159,4	219,2	127,3*	449,5	583,9
9— 12	291,9	158,4*	99,1	149,4*	208,7	103,9*	400,3	588,3*
12— 18	675,8	317,7*	48,1	55,2	8,2	11,0	267,9	668,6*
18— 24	677,9	324,7*	0	0	0	0	322,1	675,3*

* $p < 0,05$ (по критерию χ^2).

потезы о равенстве средних двух групп проводили с помощью критерия Стьюдента и критерия согласия данных χ^2 , рассчитанного с помощью пакета Statistica. Результаты оценивали как достоверные при значениях $p < 0,05$.

Проведенное нами скрининговое обследование 7402 жителей 6 регионов РТ выявило, что среди всех обследованных только 31,0% имели возрастную норму развития ЗЧС. Доля лиц со сформированными ЗЧА составляла 41,3%, а с формирующимися - 13,1%. Таким образом, каждый второй обследованный нами житель РТ нуждался в помощи врача-ортодонта. Факторы риска возникновения зубочелюстной патологии были выявлены у 14,6% лиц. Анализ полученных данных позволил оценить динамику состояния ЗЧС в возрастном аспекте. Уровень формирующихся и сформированных ЗЧА во всех регионах на 1000 жителей от 8 месяцев до 24 лет составил 544,1.

Обращает на себя внимание тот факт, что к моменту полного становления постоянного прикуса (18-24 года) обследованные нами молодые люди были разделены на две полярные группы - с возрастной нормой развития ЗЧС и с ЗЧА. Максимальное число лиц с возрастной нормой (59,6%) было в возрасте до 3 лет, а минимальное (13,2%) - от 6 до 9 лет, т.е. в начальном периоде сменного прикуса. Наибольшее число пациентов с факторами риска (29,7%) было выявлено в возрасте от 3 до 6 лет. В последующих периодах формирования ЗЧС частота их постепенно снижалась до нулевого уровня. При исследовании возрастной динамики распространенности по регионам обнаружены характерные различия. У детей в возрасте 9-12 лет распространенность факторов риска в райцентрах РТ была в 1,5 раза выше, чем

в г. Казани ($p < 0,05$). По мере формирования ЗЧС данные показатели нивелировались (см. табл.).

Распространенность формирующейся патологии ЗЧС различалась по регионам уже в первом периоде сменного прикуса. У жителей г. Казани в возрасте 6-12 лет мы наблюдали увеличение данных показателей в 1,8-2,0 раза по сравнению с таковыми в районных центрах РТ ($p < 0,05$). После смены временных зубов на постоянные имевшиеся различия также нивелировались.

При сравнении показателей распространенности сформированных ЗЧА было выявлено, что до 9-летнего возраста они не имели достоверной корреляции с регионом обследования. Во втором периоде сменного прикуса частота ЗЧА среди жителей г. Казани была в 1,5 раза ниже, чем в райцентрах РТ ($p < 0,005$), а к 24 годам она уже достигала двукратного значения. Следовательно, раннее выявление нарушений формирования ЗЧС и реабилитация детей с формирующимися и сформированными ЗЧА на участке врача-ортодонта способствует двукратному снижению уровня патологии в периоде сформированного постоянного прикуса.

Для определения оптимальных возрастных показаний к диспансеризации детей с ЗЧА нами проведена сравнительная оценка результативности данного метода в периоде временного и начального сменного прикуса. Проанализированы три трехлетних цикла диспансеризации. Всего под наблюдением находился 1351 ребенок, в том числе 717 в возрасте от 3 до 6 лет и 634 - от 6 до 9 лет. Исходно уровень группы «возрастная норма» у дошкольников был в 2,4 раза выше, чем у младших школьников. В то же время распространенность ЗЧА у школьников превосходила данный

показатель у дошкольников в 2,5 раза ($p < 0,01$). Благоприятное процентное соотношение в группах наблюдения сулило высокую результативность диспансеризации среди дошкольников. Однако за три года активного динамического наблюдения и реабилитации число детей с возрастной нормой среди дошкольников увеличилось в 1,8 раза, а среди младших школьников - в 4,9 раза ($p < 0,05$). Состав группы «формирующаяся патология» сократился с 3 до 6 лет в 2,1 раза, а с 6 до 9 лет - в 3,5 раза ($p < 0,05$). К 6 годам уровень ЗЧА снизился в 2,5 раза, а к 9 - в 5,8 раза ($p < 0,01$).

Анализ структурных изменений в наблюдаемых группах позволил рассчитать результативность диспансеризации. В периоде временного прикуса она составила 29,0%, в начале смены зубов - 62,3%. Низкая медицинская эффективность диспансеризации в периоде временного прикуса была обусловлена значительной частотой случаев ухудшений состояния ЗЧС в момент смены зубов. Активный рост и развитие ЗЧС в периоде временного прикуса и последующая смена зубов создают условия, с одной стороны, для результативного лечения в короткие сроки сравнительно несложными методами, а с другой - ведут к развитию рецидивов ЗЧА. Таким образом, первый или начальный период сменного прикуса является оптимальным для проведения диспансерных мероприятий.

Медицинская эффективность диспансерных мероприятий с учетом динамики улучшения и ухудшения состояния ЗЧС у детей в периоде начального сменного прикуса равнялась 61,8%, а отдаленная результативность (через 9 лет) - 69,0%.

Для сравнения были изучены результаты наблюдения в популяции в том случае, когда диспансеризация не проводилась, а за лечением пациенты обращались самостоятельно. Их эффективность в популяции составила -17,3%. Отсутствие активного выявления и реабилитации детей с нарушениями роста и развития ЗЧС привело к рецидивам имевшихся и/или формированию новых аномалий.

Проведенное исследование позволило установить, что для активного выявления детей с ЗЧА и их реабилитации оптимальной является возрастная группа от 6 до 9 лет. Именно в этом возрасте

устранение причинных факторов и нормализация функций ЗЧС обеспечивают формирование физиологического прикуса. Как правило, в первом периоде сменного прикуса при лечении ЗЧА не требуется использование сложных ортодонтических устройств, что позволяет, в свою очередь, увеличить охват детского населения необходимой ортодонтической помощью. Комплекс диспансерных мероприятий, проводимых в данной возрастной группе, экономически обоснован и доступен для бюджетной медицины. Отдаленные результаты диспансеризации детей у ортодонта проявляются у лиц с постоянным прикусом после 17 лет более чем двукратным снижением распространенности ЗЧА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А.В. // Стоматология. - 2002. - № 5. - С. 67 - 71.
2. Ковальский В.А. Научное обоснование концептуальной модели реформирования стоматологической помощи детскому населению крупных городов: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - М., 2002.
3. Кузьмина Э.М. Эпидемиологическое обследование населения России. - М., 1999.
4. Леонтьев В.К. // Стоматология. - 2002. - № 1. - С. 75 - 83.
5. Хамадеева А.М., Архипов В.Д. Профилактика основных стоматологических заболеваний: Учебное пособие. - Самара, 2001.

Поступила 25.11.04.

REMOTE RESULTS OF EARLY DETECTION AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH DISORDERS OF GROWTH AND DEVELOPMENT OF MAXILLODENTAL SYSTEM

U.Yu. Khitrov, A.V. Anokhina, I.G. Nizamov, R.A. Saleev, A.Kh. Grekov, E.Kh. Mustafin, P.D. Nesin, Yu. A. Piskarev

S u m m a r y

Profound study of dispensarization method in comparison with doctor hours was performed to estimate the efficiency of dynamic examination and rehabilitation of children in orthodontistry. In the second period of changeable occlusion among children in Kazan the age norm of maxillo dental system was 1,8 times more often than in inhabitants of Tatarstan Republic. In comparison of groups of persons with permanent occlusion this difference increased twice. Early detection of morphofunctional disorders of maxillo dental system development, differentiated standartization of rehabilitation measures complexes determine two fold decrease of incidence of maxillo dental pathology in permanent occlusion.