

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ Г. БАРНАУЛА И Г. СЕМЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Есенгельдинова К.Е.

Научный руководитель – Гегамян А.О., ассистент кафедры стоматологии детского возраста

В статье представлено описание результатов сравнительной оценки структуры и распространенности зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в Алтайском крае и Восточно-Казахстанской области, которые обратились за ортодонтической помощью.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, ортодонтическая заболеваемость.

The article describes the results of comparative evaluation of the structure and prevalence of dentofacial abnormalities in children living in Altai Krai and East Kazakhstan region, which sought orthodontic help.

Key words: dentofacial abnormalities, orthodontic morbidity.

По частоте встречаемости среди основных стоматологических заболеваний зубочелюстные аномалии (ЗЧА) занимают второе место после кариеса [3]. По результатам Второго национального эпидемиологического стоматологического обследования, с возрастом наблюдается тенденция к росту поражения кариесом постоянных зубов с 13% у 6-летних до 82% у 15-летних [2, 4, 5, 6, 7], а распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций в различных регионах России существенно колеблется, достигая на отдельных территориях 95% [1]. Стоматологическое обследование Республики Казахстан показало, что у 88% детей наблюдались зубочелюстные аномалии.

Цель исследования: сравнительная оценка структуры и распространенности зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в Алтайском крае и Восточно-Казахстанской области, которые обратились за ортодонтической помощью.

В соответствии с поставленной целью решались следующие задачи:

1. Провести анализ медицинских карт стоматологического больного у пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью;
2. Выявить частоту встречаемости аномалий прикуса в структуре зубочелюстных аномалий;
3. Проанализировать динамику обращаемости за ортодонтической помощью в структуре стоматологических заболеваний;
4. Сформулировать профилактические действия по отношению к ЗЧА.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стоматологического больного (форма №043-у) пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, на базе КГБУЗ «Краевая детская стоматологическая поликлиника» г. Барнаула и на базе частной стоматологии «Ортодонт» в Восточно-Казахстанской области в г. Семей в период 2006–2017 гг.

Зубочелюстные аномалии диагностировали в соответствии с международной классификацией стоматологических болезней МКБ-10. Учитывая год обращения и период формирования прикуса, дети были распределены на группы: раннего сменного прикуса (6–9 лет), позднего сменного прикуса (9–12 лет) и постоянного прикуса (12–18 лет).

Статистический анализ проводился с помощью электронных таблиц в программе Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования медицинских карт стоматологического больного в г. Барнауле:

Общее число пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью в период 2006–2017 гг., составило 1630. Из них наибольшее число обращений было зарегистрировано в периоды: раннего сменного прикуса – 385, позднего сменного прикуса – 512, постоянного прикуса – 733.

При анализе обработанных карт стоматологического больного и поставленных диагнозов наблюдаются наиболее часто встречающиеся аномалии окклюзии, а именно: дистальная окклюзия встречалась в среднем в 32% случаев. Мезиальная окклюзия в среднем наблюдалась в 9%. Распространенность вертикальной дизокклюзии в среднем была зарегистрирована в 5% случаев. Глубокая резцовая дизокклюзия встречалась в среднем в 2–5% случаев. Частота встречаемости глубокой резцовой окклюзии в среднем составила 6%. В среднем распространенность перекрестной окклюзии зарегистрирована в 24% случаев. Из морфологических нарушений чаще диагностировали аномалии количества зубов – адентия: до 14% зарегистрированных случаев. Такая аномалия зубочелюстной системы, как скученность зубных рядов, имеет высокий рост распространенности и наблюдается в 83% случаев.

Результаты исследования медицинских карт стоматологического больного в г. Семей:

Общее число пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью в период 2006–2017 гг., составило 1500. Из них наибольшее число обращений было зарегистрировано в периоды: раннего сменного прикуса – 252, позднего сменного прикуса – 470, постоянного прикуса – 778.

При анализе обработанных карт стоматологического больного и поставленных диагнозов наблюдаются наиболее часто встречающиеся аномалии окклюзии, а именно: дистальная окклюзия встречалась в среднем в 42% случаев. Мезиальная окклюзия в среднем наблюдалась в 6%. Распространенность вертикальной дизокклюзии в среднем была

зарегистрирована в 2% случаев. Глубокая резцовая дизокклюзия встречалась в среднем в 3% случаев. Частота встречаемости глубокой резцовой окклюзии в среднем составила 4%. В среднем распространенность перекрестной окклюзии зарегистрирована в 4% случаев. Из морфологических нарушений чаще диагностировали аномалии количества зубов – адентия: до 10% зарегистрированных случаев.

Таблица 1

Сравнительная оценка распространенности (%) аномалий окклюзии г. Барнаула и г. Семей

Территория Аномалии окклюзии	г. Барнаул	г. Семей
Дистальная окклюзия	32%	42%
Мезиальная окклюзия	9%	6%
Вертикальная дизокклюзия	5%	2%
Глубокая резцовая дизокклюзия	2–5%	3%
Глубокая резцовая окклюзия	6%	4%
Перекрестная окклюзия	24%	4%
Адентия	14%	10%
Скученность зубных рядов	83%	70%

Заключение

Учитывая этиологию наиболее встречаемых зубочелюстных аномалий, а также структуру сочетанных патологий, можно сделать вывод о том, что подавляющее количество пациентов г. Барнаула и г. Семей начинают ортодонтическое лечение в период раннего сменного прикуса. При этом в г. Барнауле некоторые аномалии прикуса встречаются чаще, чем в г. Семей. Это такие аномалии, как: дистальная окклюзия (до 47%), перекрестная окклюзия (до 44%), скученность зубных рядов (до 83%) и мезиальная окклюзия (до 20%), а также их сочетания. Факторами риска являются: наследственность, наличие вредных привычек (сосание соски, пальца, языка, сон на одной стороне и пр.), раннее удаление временных зубов без последующего протезирования.

Также немаловажным остается то, что в период временного прикуса обращаемость за ортодонтической помощью как в г. Барнауле, так и в г. Семей низкая (до 5 пациентов в год) и возрастает к позднему сменному, так

как именно в эти периоды возможна саморегуляция зубочелюстных аномалий.

Таким образом, необходимо понимать, что тенденция роста зубочелюстных аномалий в структуре стоматологических заболеваний прослеживается очень четко, с каждым годом потребность в ортодонтической помощи возрастает, поэтому необходимо проведение профилактических мероприятий, сотрудничество с педиатрами, а также детскими садами и школами.

Список литературы:

1. Кузьмина Э.М. и др. *Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании*. Москва: МГМСУ, 2009.
2. Сарап Л.Р., Дмитрова А.Г., Вагнер В.Д., Аврамова О.Г., Шевченко О.В. Законодательное и нормативное правовое обеспечение профилактической деятельности. *Институт стоматологии*. 2015; 1: 23-25.
3. Сарап Л.Р., Жиленко О.Г., Бирюк Т.В. Изучение стоматологического здоровья детского населения Алтайского края в рамках комплексной программы «Стоматологическое здоровье населения Алтайского края». *Вестник алтайской науки*. 2010; 1: 22-26.
4. Сарап Л.Р., Жиленко О.Г., Бирюк Т.В. О необходимости модернизации профилактических программ для детей Алтайского края, проживающих в экологически неблагоприятных условиях. *Актуальные вопросы в стоматологии*. 2011; 4: 144-148.
5. Сарап Л.Р. Факторный анализ зависимости стоматологической заболеваемости детского населения от экологического состояния территории. *Фундаментальные и прикладные науки сегодня*. 2013; 1: 31-34.
6. Арутюнов С.Д., Бурлуцкая С.И., Брагин Е.А., Гооге Л.А., Тупикова Л.Н. и др. *Ортопедическая стоматология*. Москва, 2011.
7. Сарап Л.Р., Добрыгина Ю.В., Левченко О.Г., Мансимов А.В. Клиническое обоснование подбора средств гигиены для полости рта у детей 6-12 лет, находящихся на ортодонтическом лечении. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2011 56(3): 75-79.