

СТОМАТОЛОГИЯ

6

1984

МОСКВА МЕДИЦИНА

К. С. Тристенъ, Ю. Р. Теханович,
Л. П. Янушкевич, Н. Н. Тристенъ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

Барановичская городская стоматологическая поликлиника

Результаты исследований отечественных и зарубежных авторов подтвердили связь стоматологических заболеваний у детей как с общими, так и местными факторами [3, 4, 7, 10, 11, 14, 15]. Вместе с тем дети с множественным кариесом переносят в полтора раза чаще заболевания, чем дети с интактными зубами [2, 5, 9].

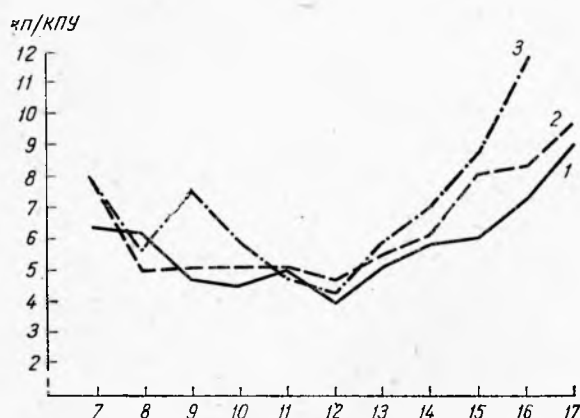
Цель нашего исследования — изучить распространенность и интенсивность кариеса зубов, зубочелюстных аномалий, гингивита и гигиенического состояния полости рта у школьников с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, функциональными нарушениями осанки и сколиозами и у практически здоровых детей школьного возраста.

Материал и методика. Нами обследован стоматологический статус 200 школьников с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, 250 детей с функциональными нарушениями осанки и сколиозами и 779 практически здоровых школьников (контроль). Обследование проводили в школах во время плановой санации. На каждого ребенка заполняли карту обследования, в которой отмечали состояние твердых тканей зубов и локализацию их поражения, состояние гигиены полости рта по методике Федорова — Володкиной, индекс РМА, тип прикуса и состояние здоровья. Из 200 школьников с заболеваниями ЛОР-органов хронический тонзиллит был у 169, хронический отит — у 8, хронический гайморит — у 11, аденоиды — у 12.

Детей с нарушениями осанки разделили на следующие группы: 1-ю группу составили 46 мальчиков и 80 девочек с функциональными нарушениями осанки в сагиттальной плоскости и выраженным увеличением или уменьшением физиологических искривлений позвоночника; 2-ю группу — 36 мальчиков и 26 девочек с функциональными нарушениями осанки во фронтальной плоскости и асимметрией частей туловища и нестойким отклонением оси позвоночника в сторону без торсии позвонков. У детей 1-й и 2-й групп морфологических изменений со стороны позвоночника не было, а функциональное нестойкое отклонение позвоночника могло быть исправлено самим ребенком путем напряжения мышц. В 3-ю группу вошли 17 мальчиков и 33 девочки со сколиозом I степени, в 4-ю — 10 девочек со сколиозом II степени и 2 девочки со сколиозом III степени (сколиоз II—III степени у мальчиков этих школ не выявлен).

Результаты исследования и их обсуждение. Распространенность кариеса зубов у здоровых детей составила $91,6 \pm 0,94\%$ ($90,6 \pm 1,44\%$ у мальчиков и $92,8 \pm 1,33\%$ у девочек), у школьников с заболеванием ЛОР-органов — $97,5 \pm 1,14\%$ ($96,8 \pm 1,78\%$ у мальчиков и $98,1 \pm 1,32\%$ у девочек). Разница в уровне распространенности кариеса зубов у здоровых школьников и детей с заболеваниями ЛОР-органов статистически достоверна ($t=4,9$). В то же время не установлено различия в уровне распространенности кариеса зубов у здоровых детей и школьников с нарушениями осанки. У последних распространенность кариеса составила $93,6 \pm 1,4\%$ ($92,9 \pm 2,66\%$ у мальчиков и $94,0 \pm 1,97\%$ у девочек).

На рисунке представлена интенсивность кариозного процесса у школьников с различным состоянием здоровья. Как следует из рисунка, интенсивность кариозного процесса (индекс кп/КПУ) у здоровых детей в возрасте 7 лет составляет 6,3, к возрасту 10 лет она постепенно снижается до 4,3, держится на этом уровне примерно 2 года, затем постепенно увеличивается и к возрасту 17 лет достигает 8,8. Для учащихся 1—3-х классов среднее значение интенсивности составило 5,8, для школьников 4—7-х классов — 4,4, а для учащихся старших (8—10-х) классов — 7,0. У школьников с заболеванием ЛОР-органов динамика интенсивности кариозного процесса по возрастам в основном повторяет картину у здоровых детей, но значение ее выше, особенно в возрасте 15 лет, когда у здоровых детей интенсивность кариеса составила 5,7, а у школьников с заболеванием ЛОР-органов — 8,3, т. е. на 2,6 выше, что является существенной разницей. Интенсивность кариозного процесса у учащихся 1—3-х классов составила 6,0, у учащихся 4—7-х классов — 4,94, у старшеклассников (8—10-е классы) — 7,7. В каждой возраст-



Зависимость интенсивности кариозного процесса у школьников с различным состоянием здоровья от возраста. По оси абсцисс — возраст детей (в годах); по оси ординат — интенсивность кариозного процесса (индекс кп/КПУ). 1 — здоровые дети; 2 — с заболеваниями ЛОР-органов; 3 — с нарушениями осанки и сколиозами.

ной группе значение КПУ у этих детей выше, чем у здоровых. У школьников с нарушениями осанки динамика интенсивности кариозного процесса не имеет такой закономерности, как у здоровых детей и детей с заболеваниями ЛОР-органов. Показатели интенсивности кариеса у них с возрастом снижаются непоследовательно (в 7 лет интенсивность кариеса составляет 7,9, в 8 лет — 5,6, в 9 лет — 7,5 и т. д.), хотя в общем интенсивность кариеса у них выше, чем у здоровых детей. В 1—3-х классах у этих детей индекс кп/КПУ равен 6,8 (это на 1,0 выше, чем у здоровых), в 4—7-х классах — 5,1 (на 0,7 выше) и в старших классах — 8,1 (на 1,1 выше, чем у здоровых школьников). У детей со сколиозом установлена другая закономерность в динамике распространенности и интенсивности кариозного процесса: отмечена более высокая распространенность кариеса зубов у детей с большей степенью сколиоза по сравнению с уровнем ее у детей с функциональными нарушениями осанки. При сколиозе II—III степени распространенность кариеса зубов составила $100 \pm 4,19\%$, при сколиозе I степени — $96,0 \pm 2,77\%$, а при функциональном нарушении осанки — $93,6 \pm 1,77\%$ ($93,5 \pm 3,13\%$ при нарушении осанки во фронтальной плоскости и $93,6 \pm 2,16\%$ при таковой в сагиттальной плоскости). Не выявлено разницы в уровне распространенности и интенсивности кариеса зубов у мальчиков и девочек одной группы. Интенсивность кариозного процесса у детей 1-й группы составила 5,7, 2-й группы — 5,5, а при сколиозе I степени — уже 6,26 и сколиозе II—III степени — 7,8. Уровень интенсивности кариеса зубов у девочек был выше, чем у мальчиков по всем группам, особенно при сколиозе I степени — 6,8 против 5,7. У здоровых детей компенсированная форма кариеса была у $56,23 \pm 1,78\%$, субкомпенсированная — у $28,44 \pm 1,61\%$, декомпенсированная — у $15,33 \pm 1,26\%$. У школьников с заболеванием ЛОР-органов соотношение было иным: значительно меньший процент детей имел компенсированное течение кариеса ($46,0 \pm 3,79$), субкомпенсированное ($22,5 \pm 2,95$), а декомпенсированное течение кариозного процесса был вдвое чаще, чем у здоровых детей (у $31,5 \pm 3,27\%$ против $15,33 \pm 1,26$ у здоровых). У наблюдаемых детей с заболеванием ЛОР-органов кп_з/КПУ_з составил $0,7/4,75$, а кп_п/КПУ_п — $0,8/6,5$; разница между числами кариозных зубов и кариозных полостей составила $25,1 \pm 3,07\%$. У $48,5 \pm 1,94\%$ здоровых детей выявлены аномалии зубочелюстной системы (у $47,7 \pm 2,48\%$ мальчиков и $52,3 \pm 3,55\%$ девочек). У школьников с заболеванием ЛОР-органов частота зубочелюстных аномалий существенно не отличалась от таковой здоровых детей и составила $50,0 \pm 5,05\%$ у мальчиков и $45,3 \pm 4,82\%$ у девочек. Лишь у детей с аденоидами у всех были аномалии зубочелюстной системы. $66,05 \pm 3,2\%$ школьников с нарушениями осанки име-

ли аномалии зубочелюстной системы, что достоверно выше, чем у здоровых детей ($t=4,6$).

Из 375 здоровых девочек 102 ($27,2 \pm 4,40\%$) имели гингивит. Более половины всех случаев выпадает на возраст от 12 до 15 лет. Как у девочек, так и у мальчиков гингивит «сопровождал» зубочелюстные аномалии. На такую связь указывают в своих исследованиях Е. Б. Ростоккина [8], В. С. Харитон и соавт. [12]. Гингивит выявлен также у $1/3$ мальчиков ($31,3 \pm 2,30\%$), но у них прослежена другая закономерность; $42,8 \pm 1,76\%$ мальчиков имели индекс гигиены полости рта (ИГПР) от 1,1 до 2,0 и $20,4 \pm 2,00\%$ имели ИГПР $> 2,0$, т. е. гингивит у мальчиков поддерживался плохой гигиеной полости рта наряду с аномалиями зубочелюстной системы. У школьников со сколиозом гингивит встречался в $36,3 \pm 3,01\%$ случаев. Это связано с большей частотой аномалий зубочелюстной системы у детей со сколиозом ($66,05 \pm 3,2\%$ против $48,5 \pm 1,94\%$ у здоровых). Самая высокая частота гингивита — $43,3 \pm 4,35\%$ — обнаружена у детей 3-й группы. Гингивит со сколиозом встречался в $42,5 \pm 5,24\%$ у мальчиков 1-й группы, у $40,2 \pm 5,31\%$ 2-й группы и у $39,9 \pm 8,64\%$ 3-й группы. Неудовлетворительное состояние гигиены полости рта выявлялось чаще у мальчиков соответствующих групп: у $37,5 \pm 5,31\%$ мальчиков 1-й группы (против $14,0 \pm 3,33\%$ у девочек), у $53,5 \pm 5,39\%$ 2-й группы (против $17,7 \pm 3,34\%$) и у $26,6 \pm 4,78\%$ 3-й группы (против $6,6 \pm 2,16\%$). У школьников с заболеваниями ЛОР-органов не анализировалась частота гингивита, в связи с тем что из них не у всех был определен индекс РМА. У этих школьников хорошее состояние гигиены полости рта (ИГПР=1) выявлено лишь у $19,8 \pm 4,56\%$ мальчиков и $36,1 \pm 4,79\%$ девочек. ИГПР от 1,1 до 2,0 был у $50,0 \pm 5,74\%$ мальчиков и $52,6 \pm 5,07\%$ девочек, ИГПР $> 2,0$ отмечен у $30,2 \pm 5,26\%$ мальчиков и $11,3 \pm 3,37\%$ девочек.

Таким образом, нами выявлены высокий уровень распространенности ($97,5 \pm 1,14\%$) и интенсивности (кп_п/КПУ_п — $0,8/6,5$) кариеса, аномалий зубочелюстной системы на фоне плохого и удовлетворительного состояния гигиены полости рта у детей с заболеваниями ЛОР-органов. Регулярно проводимая санация полости рта, кратность которой необходимо увязать со степенью компенсации кариозного процесса, не только снизит число осложненных форм кариеса, но и облегчит течение заболеваний ЛОР-органов, а также других заболеваний, на что указывает в своих исследованиях М. И. Лялина [6]. Предупреждение и своевременное устранение искривления позвоночника являются важным фактором профилактики заболеваний зубов, пародонта, аномалий зубочелюстной системы и синусобронхопневмопатий [13, 16, 17]. Высокая распространенность кариеса зубов, гингивита, зубочелюстных аномалий выявлены не только у школьников с морфологическими изменениями со стороны

позвоночника, но и при функциональных нарушениях осанки, т. е. наши наблюдения подтверждают положение о том, что детский стоматолог при оценке стоматологического статуса ребенка должен обращать внимание не только на сформированную патологию зубочелюстной системы, но и на условия, повышающие риск ее возникновения [1]. При диспансеризации детей у стоматолога рекомендуется консультировать их у педиатра, хирурга, оториноларинголога, аллерголога, ортодонта, а контакт с педиатром осуществлять в порядке двойного дифференцированного контроля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М., 1978.
2. Жученко Л. В. — В кн.: Вопросы стоматологии. Киев, 1970, с. 24—27.
3. Икрамова М. А. Состояние зубочелюстной системы при некоторых хронических заболеваниях органов пищеварения. Автореф. дис. канд. Ташкент, 1971.
4. Калимулина Л. С. Заболеваемость кариезом и рахит. (Клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дис. канд. Одесса, 1969.
5. Лисенко Н. В., Корсакова Т. В. — Стоматология, 1967, № 3, с. 24—26.
6. Лялина М. И. Профилактика стоматологической и отоларингологической патологии как метод снижения заболеваемости школьников. Автореф. дис. канд. М., 1970.
7. Политун А. М. — В кн.: Вопросы стоматологии детского возраста. Рига, 1968, с. 102.
8. Росточкина Е. Б. — Стоматология, 1979, № 6, с. 38—40.
9. Синицын Р. Г. Морфология и клиника неосложненного кариеса зубов у детей. Автореф. дис. докт. Одесса, 1970.
10. Смоляр Н. И. Влияние санации полости рта на течение ревматизма. (Клинико-лабораторное исследование). Автореф. дис. канд. Львов, 1968.
11. Федоров Ю. А., Корень В. Н. Основы гигиены полости рта. Л., 1973.
12. Харитон В. С., Гаспадарик В. Ф., Тарасин М. И. — Стоматология, 1983, № 2, с. 69—71.
13. Хорошилкина Ф. Я. — Там же, 1979, № 4, с. 65—67.
14. Cohen L. — Dent. Clin. N. Amer., 1969, v. 13, p. 329—341.
15. Künzel W. — Dtsch. Stomat., 1970, Bd 20, S. 920—927.
16. Michalik B. — Czas. stomat., 1975, v. 28, p. 313—315.
17. Smiech-Słomkowska G., Jamiolkowska K. — Czas. stomat., 1975, v. 28, p. 417—422.

Поступила 26.03.84

Summary. The prevalence of dental caries among healthy schoolchildren was found to be 91.6 ± 0.94 , among children with ENT diseases 97.5 ± 1.14 , and among children with postural defects 93.6 ± 1.4 . The intensity of caries was considerably higher in children with ENT diseases and postural defects, while in children with scoliosis and postural defects the rate of maxillo-dental anomalies and gingivitis was significantly higher than among the two other groups.