

ДИНАМИКА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

В статье представлены результаты исследования пациентов, находящихся на лечении с помощью несъемной ортодонтической техники (НОТ). В последнее время растет число взрослого населения, обращающегося к врачу-ортодонт, также увеличивается количество осложнений, возникающих в процессе ортодонтической коррекции. Цель данной работы заключалась в изучении распространенности и интенсивности кариеса зубов в динамике у лиц, находящихся на ортодонтическом лечении. Проведено обследование 50 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет с НОТ, находящихся на ортодонтическом лечении в течение 1 мес. Повторные осмотры осуществлялись через 1, 6 и 12 мес. Через 12 мес. от начала исследования происходило увеличение показателя «К» в структуре индекса КПУ(з) в 2 раза за счет появления новых кариозных очагов на твердых тканях зубов. Распространенность кариеса к 12 мес. составила 100%, что соответствует высокому уровню распространенности кариеса зубов.

Ключевые слова: интенсивность кариеса, распространенность кариеса, несъемная ортодонтическая техника, осложнения.

S.Y. KOSYUGA, MD, D.I. BOTOVA

Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia

DYNAMICS OF THE INTENSITY OF DENTAL CARIES IN PATIENTS WITH PERMANENT ORTHODONTIC CONSTRUCTIONS

The article presents the results of a study of patients undergoing treatment with permanent orthodontic structures (POS). Lately the number of adults seeking orthodontic consultation also increases as well as the number of complications arising in the process of orthodontic correction. The aim of this article was to study the prevalence and intensity of dental caries in the dynamics of individuals undergoing orthodontic treatment. A survey of 50 patients aged from 18 to 35 years with POS undergoing orthodontic treatment within 1 month was performed. Repeated examinations were carried out after 1, 6 and 12 months. After 12 months from the onset of the study there was an increase of the index «C» in the structure of the index of the CPU(s) by 2 times due to the emergence of new carious lesions in the hard tissues of the teeth. The prevalence of dental caries for 12 months was 100%, which corresponds to a high prevalence of dental caries.

Keywords: intensity of caries, prevalence of dental caries, permanent orthodontic structures, complications.

ВВЕДЕНИЕ

Одну из важных позиций в структуре общей заболеваемости населения России занимает стоматологическая заболеваемость, при этом распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций колеблется от 11,4 до 71,7% [1, 2]. В настоящее время увеличивается число взрослых пациентов, обращающихся в клинику к врачу-ортодонт с целью лечения зубочелюстных аномалий. При этом процент поражения твердых тканей зубов кариесом в процессе лечения достаточно высокий и составляет, по данным авторов, от 25 до 100% [3].

В процессе ортодонтического лечения на длительный срок в полости рта пациента устанавливаются различные несъемные аппараты, которые изменяют гомеостаз, оказывая негативное влияние на ткани и органы зубочелюстной системы [4]. Изменяется жевательная функция, физическое состояние зубочелюстной системы, снижается качество жизни пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении [5]. Гигиеническое состояние полости рта при наличии брекет-системы изменяется в

худшую сторону из-за различных конструктивных элементов аппаратов, которые служат ретенционными пунктами для скопления мягкого зубного налета, при этом увеличивается поражаемость зубов кариесом и возникает воспаление в тканях пародонта [6].

Первые признаки деминерализации эмали проявляются уже через 1 мес. после фиксации ортодонтической аппаратуры в виде белых пятен, которые распространяются на глубину 100 мкм [7], что может привести к дальнейшему распространению кариозного процесса при несоблюдении рациональной гигиены полости рта.

В последние годы большое значение придается подготовке, ведению и наблюдению пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с помощью несъемной ортодонтической техники, в детском возрасте [8] и недостаточно внимания уделяется стоматологической заболеваемости взрослого населения, находящихся на лечении у врача-ортодонта.

Цель настоящей работы – изучение распространенности и интенсивности кариеса зубов в динамике у пациентов на ортодонтическом приеме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 50 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет с несъемными ортодонтическими конструкциями, находящимися на ортодонтическом лечении в течение 1 мес. Повторные осмотры пациентов проводили через 1; 6 и 12 мес. Пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта, обучение рациональной индивидуальной гигиене полости рта и ортодонтических конструкций с подбором средств и предметов гигиены, проводился контроль гигиены полости рта, а также коррекция диеты (снижение количества липких легкоусваиваемых углеводов в рационе питания, увеличение количества кальцийсодержащих продуктов).

Гигиеническое состояние полости рта при наличии брекет-системы изменяется в худшую сторону из-за различных конструктивных элементов аппаратов, которые служат ретенционными пунктами для скопления мягкого зубного налета, при этом увеличивается поражаемость зубов кариесом и возникает воспаление в тканях пародонта

Оценка стоматологического статуса пациентов осуществлялась в соответствии с рекомендациями и критериями ВОЗ (2013). Использовали разработанную индивидуальную карту пациента. Все пациенты относились к 1-й группе здоровья (практически здоровы).

Для оценки состояния твердых тканей зубов использовали индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ(з), а также индекс интенсивности кариеса зубов по поверхностям – КПУ(п).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В начале исследования у пациентов в среднем интенсивность кариозного процесса по индексу КПУ(з) составила $12,2 \pm 0,16$, через 1 мес. эти данные не изменились – $12,2 \pm 0,16$. Через 6 мес. мы наблюдали увеличение данного показателя до $12,9 \pm 0,16$, а через 12 мес. до $13,4 \pm 0,17$, что свидетельствует о высокой интенсивности кариозного поражения и увеличении интенсивности кариеса на этапах ортодонтического лечения.

В начале исследования и через 1 мес. в среднем у пациентов интенсивность кариозного процесса по индексу КПУ(п) составила $25,03 \pm 0,41$, через 6 мес. – $26,14 \pm 0,41$, через 12 мес. – $27,03 \pm 0,42$, что говорит нам об увеличении интенсивности кариозного поражения поверхностей зубов при лечении у врача-ортодонта с помощью несъемной ортодонтической техники.

В структуре индекса КПУ(з) у пациентов в начале исследования и через 1 мес. компонент «К» – зубы, пораженные кариесом, составил 0,02, компонент «П» – пломбированные зубы – составил 0,30, компонент «У» – удаленные и подлежащие удалению постоянные зубы – составил 0,08. У пациентов через 6 мес. на компонент

«К» приходится 0,03, на компонент «П» – 0,30, компонент «У» – 0,09. Через 12 мес. структура индекса КПУ(з) распределилась следующим образом: 0,04; 0,30; 0,09 соответственно. Таким образом, спустя 12 мес. исследования происходило увеличение показателя «К» в структуре индекса КПУ(з) в 2 раза за счет появления новых кариозных очагов на твердых тканях зубов. Чаще всего новые кариозные поражения выявлялись на контактных поверхностях жевательных зубов, что связано с образованием налета и сложностью проведения гигиенических процедур в апроксимальных пространствах, а также сложностью ранней диагностики таких поражений на приеме.

При этом в начале исследования распространенность кариеса составила 98%, а к 6 и 12 мес. достигла 100%, что соответствует высокому уровню распространенности кариеса зубов у пациентов с брекет-системами.

Таким образом, можно сделать выводы: происходит увеличение значений индексов КПУ(з) и КПУ(п) на ортодонтическом приеме с увеличением срока ортодонтического лечения (к концу 1 года), что говорит нам о необходимости регулярного гигиенического просвещения ортодонтических пациентов и информирования их о повышенном риске развития основных стоматологических заболеваний; назначения средств и предметов гигиены с обязательным включением в их состав (кроме зубных щеток) ершиков, монопучковых щеток, суперфлоссов, ирригатора; ополаскивания полости рта водой и использования специализированных очищающих пенки после каждого приема пищи при невозможности почистить зубы; контроля за соблюдением рациональной гигиены; своевременной санации полости рта; обязательного наличия в штате клиники врача-гигиениста стоматологического для регулярного проведения профессиональной гигиены полости рта.



ЛИТЕРАТУРА

1. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. М.: Мед. информ. агентство, 2006.
2. Эркмен, М.Б. Ортодонтическое лечение. Теория и практика. М.: Медпресс-информ, 2010.
3. Арсенина О.И., Сахарова Э.Б., Кабачек М.В., Попова А.В. Лечебно-профилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники. М., 2002.
4. Коржакова М.В. Анализ состояния тканей полости рта и смешанной слюны у пациентов, пользующихся современной несъемной ортодонтической техникой: автореф. дисс. М., 2001. 23 с.
5. Мансур Ю. П., Казанцева И. А. Качество жизни взрослых пациентов с аномалиями окклюзии в ходе ортодонтического лечения. *Современные проблемы науки и образования*, 2014, 4. www.science-education.ru/118-14062.
6. Михайловская В.П. Гигиеническое состояние полости рта пациентов, находящихся на лечении у врача-ортодонта. *Современная стоматология*, 2000, 1: 37-38.
7. Вавилова, Т.П., Коржакова М.В. Профилактика стоматологических заболеваний при лечении современными ортодонтическими аппаратами, М.: В помощь практическому врачу, 1997.
8. Бриль Е. А., Перова Е. Г. Сурдо Э. С. Тарасова Н. В. Петров Г. Н. Состояние полости рта у детей на этапах ортодонтического лечения. *Сибирское медицинское обозрение*, 2008, 5(53): 10.