

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОДИНОЧНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ

И.К. Луцкая<sup>1</sup>, О.Г. Зиновенко<sup>1</sup>, Т.А. Запашник<sup>1</sup>, Т.Л. Шевела<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования;

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет

Результаты исследований, проведенных в Республике Беларусь, указывают на высокий процент потери отдельных зубов у населения — 39,9% [1]. При этом у 57,7% пациентов зубы, ограничивающие дефект, являются интактными или показатели индекса разрушения коронки зуба не превышают показателей 0,5 (Полонейчик Н.М., Мышковец Н.А., 2003). Необходимость протезирования зубного ряда при отсутствии одного зуба дискутируется многими авторами. Одни клиницисты считают, что даже единичные дефекты существенно нарушают функциональную активность жевательного аппарата, другие не видят необходимости врачебного вмешательства [3]. Дискуссия становится все менее острой с появлением альтернативы ортопедическим методам лечения. Речь идет о развитии адгезивных технологий, а также о протезировании на имплантатах. По мнению отечественных ученых (Наумович С.А., Борунов А.С., Кайдов И.В., 2006), при потере уже одного зуба в зубочелюстной системе происходят патологические процессы, и рекомендуется протезирование. Наиболее распространены дефекты малые (1 зуб) и средние (2–3 зуба), для восстановления которых используются несъемные мостовидные протезы. 21% всех окклюзионных контактов на одной челюсти находится на первых молярах, а моляры являются функциональным жевательным центром. Однако при наличии интактных зубов, ограничивающих дефект, пациенты не спешат восстанавливать целостность зубного ряда [2].

С развитием внутрикостной дентальной имплантации появилась возможность осуществления эффективной профилактики деформаций челюстно-лицевой области [4].

**Цель работы** — оценка частоты встречаемости пациентов с зубными рядами, имеющими одиночные дефекты.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 113 стоматологических амбулаторных карт пациентов, обратившихся на прием с целью протезирования в УЗ «5-я городская стоматологическая поликлиника» г. Минска. Проведено изучение карт пациентов в возрасте от 19 до 80 лет методом сплошной выборки.

Создание базы данных обследованных и пролеченных пациентов на бумажных носителях и в электронном виде в программе MS Excel, систематизация и интерпретация полученных данных, статистическая обработка результатов исследования с использованием программ MS Excel и SPSS 14.0. Анализ соответствия вида распределения признаков закону нормального распределения выполнен с использованием критерия Шапиро–Уилка; при  $p < 0,05$  распределение признака считали отличающимся от нормального. Меры центральной тенденции и рассеяния данных рассчитаны при помощи методов описательной статистики; количественные параметры в зависимости от вида распределения представлены в виде среднего значения и 95% доверительного интервала либо в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха [25%/75% квартилей]. Граничным уровнем статистической значимости принят  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** При ретроспективном анализе стоматологических амбулаторных карт все пациенты, обратившиеся на прием с целью протезирования, были разделены на следующие возрастные группы: 19–30 лет, 31–40 лет, 41–50 лет и старше 50 лет (с учетом рекомендаций ВОЗ) (таблица).

Таблица

Характеристика групп обследованных

Возрастные группы (годы)	ОНИ-S	КПИ	КПУ	Количество одиночных дефектов, абс. (%)	Среднее количество одиночных дефектов на человека	Одиночные дефекты ранее восстановлены ортопедическими конструкциями, абс. (%)
19–30 (n=26)	2,3	2,4	10	17 (65,4%)	0,65	3 (17,6%)
31–40 (n=31)	2,4	2,6	19	18 (58,1%)	0,58	11 (61,1%)
41–50 (n=23)	2,7	3,5	18	19 (82,6%)	0,83	13 (68,4%)
Старше 50 (n=33)	3,7	3,5	23	0	0	0
Итого (n=113)	2,8	3,1	19	54 (47,8%)	0,48	27 (50,0%)

При первичном осмотре у пациентов отмечали плохую гигиену полости рта (упрощенный индекс Грина–Вермиллиона ОНИ-S=2,8), среднюю степень тяжести заболеваний пародонта (пародонтальный индекс КПИ=3,1), высокий уровень интенсивности кариозного процесса (индекс КПУ=19). Необходимым условием медицинского вмешательства являлось добровольное согласие информированного пациента (наличие в каждой стоматоло-

гической амбулаторной карте). В ходе ретроспективного анализа установлено, что в группе молодых пациентов (19–30 лет) количество одиночных дефектов зубных рядов выявлено у 65,4% пациентов, среднее количество одиночных дефектов на человека составляло 0,65. Ранее были восстановлены несъемными ортопедическими конструкциями только 17,6% дефектов. В возрастной группе 31–40 лет 58,1% пациентов имели одиночные дефекты, из них 61,1% был восстановлен несъемными мостовидными протезами. Среднее количество одиночных дефектов на человека составляло 0,58.

У пациентов 41–50 лет одиночные дефекты встречались у 82,6% человек, было протезировано 68,4%. Среднее количество одиночных дефектов на человека в данной группе было максимально — 0,83. В возрастной группе старше 50 лет одиночных дефектов зубных рядов выявлено не было. При анализе медицинской документации нами рассматривались только включенные одиночные дефекты. Более половины одиночных дефектов зубного ряда формировалась за счет удаления моляров (54%), треть — вследствие отсутствия пре-моляров (30%).

**Заключение.** Частота встречаемости одиночных включенных дефектов на ортопедическом приеме составила 47,8%, и зависела от возраста пациентов. Максимальное количество одиночных дефектов на одного пациента выявлялось в возрастной группе 41–50 лет (0,83). Практически в 70% случаев данные дефекты были восстановлены несъемными ортопедическими конструкциями.

## THE FREQUENCY OF OCCURRENCE OF SINGLE DEFECTS OF DENTITIONS

*I.K. Lutskaya, O.G. Zinovenko, T.A. Zapashnik, T.L. Shevela*

The frequency of occurrence single included defects, pillow reception amounted to 47.8%, and depended on the age of the patients. The maximum number of single defects per one patient was detected in the age group of 41–50 years (0.83). Almost 70% of these defects were restored fixed orthopedic constructions.

**Keywords:** single dentition defect, frequency of occurrence.

### Литература

1. Математическая оценка напряженного состояния адгезивного мостовидного протеза / Н.А. Мышковец [и др.] // Современная стоматология. — 2001. — № 4. — С. 53–54.
2. Наумович, С.А. Ортопедическое лечение включенных дефектов зубного ряда адгезивными мостовидными протезами / С.А. Наумович, А.С. Борунов, И.В. Кайдов // Современная стоматология. — 2006. — № 2. — С. 34–38.
3. Параскевич, В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики / В.Л. Параскевич. — Минск: Юни-пресс, 2002. — 368 с.
4. Походенько-Чудакова, И.О. Прогнозирование процессов остеointegrации дентальных имплантатов в ранний послеоперационный период на основании биохимических показателей ротовой жидкости / И.О. Походенько-Чудакова, Т.Л. Шевела // Пути повышения качества стоматологической помощи: сб. тр. IX Всерос. науч.-практ. конф. «Образование, наука и практика в стоматологии», Москва, 20–22 февр. 2012 г. — М.: МГМСУ, РАМН, 2012. — С. 175–177.