

**Состояние тканей пародонта у детей с различными клинико-морфологическими формами хронического гастрита и дуоденита**

Состояние пародонта	Клинико-морфологические формы хронического гастрита и дуоденита (n=80)		
	поверхностный	гипертрофический	эрозивный
Здоровые ткани пародонта	9	2	1
Хронический локализованный катаральный гингивит	10	-	-
Хронический генерализованный катаральный гингивит лёгкой степени	1	-	-
Хронический генерализованный катаральный гингивит средней степени	6	24	17
Хронический генерализованный катаральный гингивит тяжёлой степени	-	5	5

У детей с эрозивной формой заболевания отмечен высокий уровень воспалительных изменений в тканях пародонта, где РМА равнялся  $58,1 \pm 3,2\%$ . В то же время у пациентов с поверхностным гастритом и дуоденитом данный показатель был достоверно ниже и составил  $26,4 \pm 2,1\%$  ( $p < 0,01$ ). Индекс кровоточивости Мюллемана-Коуэлла у больных с гипертрофическим гастритом и дуоденитом был равен  $1,8 \pm 0,07$  балла. В то же время у детей с эрозивным гастритом и дуоденитом его значения были достоверно выше и составили  $2,4 \pm 0,2$  балла ( $p < 0,001$ ), свидетельствуя об ухудшении состояния тканей пародонта. У детей с гипертрофическим

изменениями в гастродуоденальной слизистой оболочке выявлен низкий уровень гигиены полости рта ( $OH-S = 2,1 \pm 0,03$  балла). Значительное ухудшение показателя наблюдается при эрозивной форме хронического гастрита и дуоденита ( $OH-S = 2,5 \pm 0,04$  балла) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у детей с хроническим гастритом и дуоденитом выявлена высокая частота регистрации хронического катарального гингивита. При этом отмечено, что воспалительные явления в тканях пародонта взаимосвязаны с изменениями в гастродуоденальной слизистой оболочке. Тяжесть основного заболевания усугубляет

клинические проявления хронического катарального гингивита. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, по мнению ряда авторов, сопровождаются дефицитом витаминов, минеральных веществ, белков, углеводов в организме, что приводит к функциональным и органическим нарушениям в слизистой оболочке полости рта, развитию воспалительных и дистрофических изменений в тканях полости рта. Развитие сочетанных поражений желудочно-кишечного тракта и давность заболевания усугубляют тяжесть патологии тканей пародонта.

Самсонов А. В., Назарян Р.С., Долманова Н. А.

## ВЕРТИКАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Литературные источники и результаты наших исследований свидетельствуют о том, что образовавшиеся дефекты зубных рядов у детей, длительное время не вос-

полненные зубными протезами, ведут к различно ориентированным по плоскостям морфологическим нарушениям в зубочелюстной системе, которые в большинстве

случаев выражаются грубыми деформациями зубных рядов.

После преждевременного удаления зубов, особенно временных моляров, формируются

дефекты зубных рядов, которые приводят к нарушению функций вследствие неравномерного распределения жевательной нагрузки на зубные ряды и челюстные кости. При этом в челюстной кости как на стороне дефекта зубного ряда, так и с противоположной стороны происходит несколько взаимообусловленных процессов, нарушающих нормальное развитие, рост и формирование морфофункционального оптимума зубочелюстной системы в целом. Кроме того, при дефектах зубных рядов создаются оптимальные условия для беспрепятственного перемещения зубов в область дефекта.

Патогенез этого перемещения представляется как дентоальвеолярная перестройка вследствие биологической закономерности, которая обусловлена прямой зависимостью формы и функции. Это приводит к уменьшению величины дефекта зубного ряда как за счет медиального перемещения зубов, дистально ограничивающих дефект, так и за счет вертикального перемещения зубов, утративших антагонистов.

Такое перемещение зубов в область сформировавшегося дефекта происходит вследствие быстро протекающих естественных морфологических изменений в области тканей пародонта зубов, ограничивающих дефект, так и внутрикостных изменений, где идет формирование и рост фолликулов постоянных зубов. Как следствие образовавшегося порочного круга формируются деформации зубочелюстной системы.

**Целью исследования** явилось изучение интенсивности процесса вертикальной деформации зубных рядов в зависимости от продолжительности дефекта.

**Объект и методы исследования.** Нами проведены биометрические исследования моделей че-

люстей 70 пациентов с дефектами зубных рядов сменного прикуса вследствие преждевременного удаления временных моляров. Дефекты с таким топографическим расположением отобраны специально, поскольку они с момента раннего удаления временных моляров до прорезывания премоляров могут оставаться невосполненными наиболее продолжительный период времени. Деление пациентов по половому признаку нами не проводилось потому, что принципиальной разницы в динамике интенсивности и степени тяжести формирования деформации не выявлено.

Модели челюстей обследуемых пациентов мы разделили на две группы, ориентируясь на возраст пациентов, ранний сменный и поздний сменный прикус, а также на продолжительность существования дефекта зубного ряда - до одного года и от года до трех лет.

Первая группа пациентов раннего сменного прикуса с дефектами зубных рядов продолжительностью до трех лет включала 35 человек, у которых проводили биометрию на 35 моделях челюстей.

Вторая группа пациентов позднего сменного прикуса также включала 35 человек и 37 моделей челюстей с аналогичной продолжительностью невосполненных дефектов зубных рядов.

Всего проведено биометрическое исследование 72 моделей челюстей детей в возрасте от 6ти до 12ти лет.

В своих исследованиях мы ограничились вышеобозначенными сроками продолжительности невосполненных дефектов потому, что установить точность существования более длительных сроков не представлялось возможным.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При проведении биометрических исследований

моделей челюстей мы ограничились изучением интенсивности вертикальных дентоальвеолярных деформаций при средних по протяженности дефектов зубных рядов с преждевременным удалением временных моляров. При малых дефектах этого практически не наблюдается, так как сохраняются побочные антагонисты, которые в определенной степени препятствуют вертикальному смещению зуба.

В силу значительных физиологических и морфологических изменений в зубочелюстной системе в период раннего сменного прикуса при преждевременном удалении временных моляров уже в короткий срок наблюдается тенденция к вертикальной дентоальвеолярной деформации зубного ряда. Происходит это вследствие морфологических изменений в области тканей пародонта зубов-антагонистов, где при сохранившихся временных зубах продолжается процесс формирования и подготовки к прорезыванию фолликулов постоянных зубов.

В результате проведенных исследований было установлено, что уже в течение первого года существования невосполненного дефекта зубного ряда в отдельных случаях выявлены вертикальные дентоальвеолярные деформации средней степени тяжести, которые с одинаковой степенью интенсивности формировались как в первой, так и во второй возрастной группе.

Исследование более продолжительного периода существования невосполненных дефектов зубных рядов выявило значительное различие в интенсивности формирования деформаций в возрастных группах. Как в количественном выражении, так и в степени тяжести деформации зубных рядов более интенсивно

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

проявляються в період раннього сменного прикуса.

Это свидетельствует о том, что в этот период в связи с более динамичными естественными изменениями активно развивающейся зубочелюстной системы невосполненные дефекты зубного ряда осложня-

ются тяжелыми вертикальными деформациями.

Представленные табличные данные проведенных исследований наглядно свидетельствуют об интенсивности дентоальвеолярных вертикальных деформаций зубных рядов и ее степени тяжести в зависимости от возраста

пациента и продолжительности существования невосполненного дефекта зубного ряда. Группы обследованных диагностических моделей пациентов представлены в табл. 1.

В заключение необходимо отметить, что все вышеизложенное объективно обосновывает не-

Таблица 1

Величина смещения зубов в мм	Группы и количество обследованных пациентов			
	пациенты раннего сменного прикуса		пациенты позднего сменного прикуса	
	продолжительность дефекта до 1 года	продолжительность дефекта от 1 до 3 лет	продолжительность дефекта до 1 года	продолжительность дефекта от 1 до 3 лет
1 мм	9	-	11	2
2 мм	4	1	5	3
3 мм	1	2	1	7
4 мм	1	7	1	6
5 мм	-	9	-	1
6 мм	-	1	-	-

обходимость безотлагательного восполнения диагностированных дефектов зубных рядов у детей уже в самые ранние сроки с

целью восстановления морфологической целостности зубных рядов, всех утраченных функций и профилактики деформаций и

аномалий развития зубочелюстной системы. Это наглядно отражено результатами исследований, представленными в таблице.

Скрипник І.Л., Кондратюк А.О.

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ І ДЕФОРМАЦІЯМИ (соціально-психологічний аспект)

Національний медичний університет ім. академіка О.О.Богомольця

Протягом останніх десятиліть у всьому світі визначається зростання наукового інтересу до питання якості життя (ЯЖ). У медицині цей показник стає обов'язковим компонентом оцінки результатів лікування, рівня допомоги хворим, що засвідчено появою багатоаспектних досліджень ЯЖ: її наявних концепцій (Новік А.А., Попова Т.І.), її специфіки при різних формах патології (Вассерман Л.І., Громов С.О., Ма-

рута Н.О., Маскутова А.Я., Atkinson M., Zibin S.), особливостей її оцінок (Юр'єва Л.Н., Семініхіна В.Є.), організації заходів соціальної реабілітації для її покращення у хворих (Барановська Л.М., Юдін Ю.Б.) тощо. Проте проблема ЯЖ залишається недостатньо дослідженою стосовно пацієнтів ортодонтичного профілю, в той час як частота і складність відповідних аномалій постійно зростають. Так, за висновками вітчизняних до-

слідників, лише частота патології оклюзії серед населення складає від 40% до 80%.

Розглядаючи проблему ЯЖ пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями, ми виходимо з визначення ЯЖ, даного ВООЗ, як співвідношення культури, систем цінностей суспільства з метою та цілями: самого індивіда, його планами, можливостями і ступенем загальної влаштованості. При цьому психічне благопо-