



Динаміка зміни рівня поширеності й інтенсивності карієсу та захворювань пародонту в дітей 6–15 років м. Чорноморськ за 9 років спостереження

О. Е. Рейзвіх
С. А. Шнайдер
Л. В. Анісімова

ДУ «Інститут
стоматології та
щелепно-лицевої хірургії
НАМНУ», Одеса 65026,
Україна

Рейзвіх

Ольга Едуардівна
ORCID: 0000-0001-7433-9240
olgareyzvikh@gmail.com

Вивчено динаміку зміни стоматологічного статусу дітей віком 6–15 років за 9-річний період спостереження та визначено рівень надання стоматологічної допомоги дітям в організованому дитячому колективі за наявності шкільного стоматологічного кабінету. Підтверджено наукові дані про соціальну значимість, доцільність збереження й розвитку шкільної стоматології в нових економічних умовах, про що свідчить зміна рівня стоматологічної допомоги від недостатнього (47 %) до задовільного (75 %) за 6 років за наявності гігієніста зубного в стоматологічному кабінеті загальноосвітньої школи. Рівень стоматологічної допомоги коливався від 23 % у 6 років до 75 % у випускників (ті ж діти) у 17 років. Щорічно профілактичними оглядами в шкільному стоматологічному кабінеті за наявності гігієніста зубного було охоплено 92,3 % дітей, унаслідок чого за 4 роки спостереження (12–15-річні діти) у 3,02 раза зменшилася кількість ускладненого карієсу, знизилася поширеність карієсу постійних зубів. Об'єктивні показники роботи шкільного стоматологічного кабінету обґрунтовують соціальну значимість шкільної стоматології.

Ключові слова: діти шкільного віку, стан твердих тканин зубів, карієс зубів, стан пародонту, гігієна порожнини рота.

Для цитування: Рейзвіх ОЕ, Шнайдер СА, Анісімова ЛВ. Динаміка зміни рівня поширеності й інтенсивності карієсу та захворювань пародонту в дітей 6–15 років м. Чорноморськ за 9 років спостереження. Журнал Національної академії медичних наук України. 2019;25(3):332–6

Стаття надійшла до редакції 20 травня 2019 року | Направлена на рецензування 17 червня 2019 року | Прийнята до друку 25 червня 2019 року

ВСТУП

Необхідність збереження дитячого здоров'я в сучасних умовах є глобальним завданням, для вирішення якого необхідні спільна участь школи, сім'ї та особиста зацікавленість самих школярів [1].

Найбільше потерпають діти великих міст. Їхньому здоров'ю загрожують наднормативна щільність населення мегаполісів, насичена патогенною мікрофлорою, вихлопними газами та промисловими викидами атмосфера, відсутність надзвичайно необхідної дитячому організму високої фізичної активності як у дошкільних установах, так і в школі [2, 3].

Аналіз змін поширеності й інтенсивності ураження карієсом зубів у дітей 12 років показав, що з 1960 по 1985 роки ці показники як у міських, так і в сільських регіонах значно зросли. Водночас проведені обстеження свідчать про те, що в регіонах з великим умістом фтору в питній воді наряду з флюорозом зафіксовано вторинний карієс зубів на тлі флюорозу IV–V ступенів. З часом (1960–2017 рр.) показники поширеності зубощелепних аномалій

у дітей України в різні періоди формування прикусу помітно збільшилися (тимчасовий прикус – з 38,7 % до 74,4 %; змінний прикус – з 52,4 % до 69,5 %; постійний прикус – з 45 % до 76,3 %) [4]. Іншими авторами також встановлено, що кількість школярів м. Ужгород зі здоровою порожньою рота була найменшою у віці 8 років (8,6 %) та найбільшою у віці 11 років (42,3 %). Поширеність захворювання тканин пародонту з віком збільшується, а зубощелепних аномалій, навпаки, знижується [5].

Підлітковий період, друге десятиріччя життя людини – це час, коли особистість зазнає величезних фізичних та психологічних змін. Підлітковий вік є періодом можливостей, але також і ризиків. Це період, коли є можливості для створення основи для здорового й продуктивного зрілого віку, а також для зниження ймовірності виникнення проблем у подальші роки. Водночас це період ризику, час, коли можуть виникнути проблеми зі здоров'ям із серйозними негайними наслідками або коли ініціюється поведінка, що може мати серйозні негативні ефекти для здоров'я в майбутньому [6].

Дослідження деяких авторів свідчать про те, що надмірна вага й ожиріння можуть бути факторами ризику розвитку захворювань пародонту [7, 8, 9]. Інші ж автори наголошують, що немає статистично значущого взаємозв'язку між ожирінням та станом пародонту. Збільшення ІМТ, однак, може бути предиктором кровоточивості ясен [10, 11, 12].

Дослідження авторів свідчать про необхідність проведення постійного моніторингу стоматологічних захворювань у дітей на території України у зв'язку зі змінами біогеохімічних умов проживання та постійного коригування лікувально-профілактичних заходів, що проводяться [4].

Вік дітей від 6 років становить інтерес, оскільки це період прорізування перших постійних молярів, фісури яких найбільш сприйнятливі до ураження карієсом [13]. Однак ми приділили увагу й тимчасовим зубам у цьому віці з метою проаналізувати стоматологічне здоров'я першокласників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу роботи покладено вивчення стоматологічного статусу дітей 6–12–15 років м. Чорноморськ. До клінічних досліджень залучено 105 дітей віком 6 років у 2006 році. Спостереження здійснювалося протягом 9 років (до 2014 року). 6-річний вік дозволяє визначити рівень поширеності та інтенсивності карієсу тимчасових зубів і потребу в їх лікуванні; 12-річний вік – час прорізування всіх постійних зубів, за винятком третіх молярів. Цей вік є глобальним для моніторингу карієсу зубів і визначення тенденцій його динаміки в різних країнах; 15-річний вік важливий для оцінювання стану тканин пародонту й визначення потреби в лікуванні захворювань пародонту на популяційному рівні.

Дітей оглядали в умовах стаціонарного шкільного стоматологічного кабінету та у відділенні стоматології дитячого віку та ортодонтії Державної установи «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН». Вивчено стан твердих тканин зубів як тимчасового, так і постійного прикусу (розповсюдженість, інтенсивність карієсу, $кп_3$, $кп_3$, КПВп, КПВз)*. Використовуючи індекс КПВ (карієс, пломба, видалений постійний зуб), визначили РСД (рівень стоматологічної допомоги) в умовах організованого дитячого колективу.

Рівень стоматологічної допомоги (РСД) – груповий індекс. Він застосовується при масових стоматологічних обстеженнях дітей, а також дорослого населення за віковими групами ВООЗ і виражається у відсотках [14].

* індекс $кп_3$ – кількість каріозних (к) та пломбованих (п) тимчасових зубів

* індекс $кп_п$ – кількість уражених поверхонь тимчасових зубів

* індекс КПВ – кількість каріозних (К), пломбованих (П) та видалених постійних зубів

$$РСД = 100 \% - \frac{100 Kx + A}{КПВ}, \text{ де}$$

100 % – умовний максимальний рівень забезпечення потреби населення в стоматологічній допомозі;

К – каріозні, невиліковні зуби;

А – відсутні зуби, не відновлені протезами.

Стан пародонту оцінювали на підставі визначення папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА, %) в модифікації Parma (1960) [15]. Також використовували пробу Шилера–Писарева (Свраков Д., Писарев Ю., 1963), визначали симптом кровотечі в модифікації Muhnemann HP, Son S. (1971) і наявність зубного каменю [16]. Стан гігієни порожнини рота оцінювали за допомогою індексів Silness–Loe (Silness J., Loe H., 1964) і модифікованого індексу Грін–Вермільйона – Stallard (Stallard R., 1969) [15, 17].

Оброблення результатів здійснювали варіаційно-статистичним методом аналізу. Довірчий інтервал випадкової похибки (величина, що наближається до абсолютної помилки вимірювання) при прямих вимірах визначалася як середньоквадратична помилка середньоарифметичного показника, помножена на коефіцієнт Стьюдента. Довірча ймовірність дорівнювала 0,95 відповідно до рекомендацій ДСТУ для прямих вимірювань з багаторазовим спостереженням [18].

Достовірність відмінностей, отриманих середніх величин вимірювань в основних групах і групах порівняння, а також у динаміці спостережень в основних групах, розраховувалася за методом Є. В. Монцевічуте–Ерінгене [19].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей віком 6 років становить 63,8 %, поширеність карієсу постійних зубів у цих же дітей – 17,1 %. Показники стану твердих тканин тимчасових зубів у дітей віком 6 років представлені в *табл. 1*.

Зі 105 першокласників 38 (36,2 %) дітей мали здорові тимчасові зуби, у трьох з них (8 %) виявлені каріозні порожнини в постійних зубах. Тільки 20 дітей (19 %) прийшли в школу сановані (при цьому до документів додається довідка, яка свідчить про стовідсоткову санацію дитини). У структурі індексу «кп» на частку компонента «к» доводиться 51,2 %, на частку компонента «п» – 46,3 %, на частку зубів з ускладненим карієсом – 2,5 %.

Упродовж дослідження виявлено збільшення кількості дітей з інтактними постійними зубами. Дані *табл. 2* свідчать про зменшення показника «К» у 15 років за рахунок збільшення кількості пломбованих зубів у дітей цієї вікової групи. Кількість зубів з ускладненим карієсом у дітей віком 12 років зменшилася в 4,06 раза, як порівняти з 6-річним віком. У 15 років на частку ускладненого карієсу в структурі «К» доводиться 0,5 %. Тільки 15 дітей віком 12 років (16 %) з 93, що мають каріозні та пломбовані зуби, повністю сановані.

ТАБЛИЦЯ 1

СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ 6–7 РОКІВ

Кількість обстежених дітей	Кількість дітей, що мають здорові тимчасові зуби	$кп_3$	$кп_п$	к		п		Ускладнення карієсу в структурі «к»	
				абс	%	абс	%	абс	%
105	38	2,23 ± 0,24	2,29 ± 0,25	1,15 ± 0,17	51,2	1,06 ± 0,16	46,3	0,08 ± 0,02	2,5

ТАБЛИЦЯ 2

СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ШКОЛЯРІВ 6, 12 ТА 15 РОКІВ

Вік дітей	Кількість обстежених дітей	Кількість дітей, що мають здорові постійні зуби	КПВз	КПВп	К		П		Ускладнення карієсу в структурі «К»	
					абс	%	абс	%	абс	%
6 років	105	87	0,31 ± 0,07	0,31 ± 0,07	0,24 ± 0,05	77,4	0,06 ± 0,01	16,1	0,02 ± 0,005	6,5
12 років	105	12	3,66 ± 0,25	3,74 ± 0,27	1,36 ± 0,15	52,7	1,18 ± 0,15	45,7	0,04 ± 0,01	1,6
15 років	105	31	2,5 ± 0,21	2,58 ± 0,22	0,94 ± 0,15	25,7	2,76 ± 0,23	73,8	0,02 ± 0,005	0,5

У 30 дітей (32 %) з 93 є каріозні порожнини, а в 48 дітей (52 %) зуби, уражені карієсом, проліковані частково.

Поширеність карієсу постійних зубів у цих же дітей у віці 12 років – 88,6 %, у 15 років – 70,5 %.

Нами проведено аналіз РСД, що надається дітям шкільного віку за методикою П. А. Леуса (1987). РСД коливався від 23 % у 6 років (2003 рік) до 75 % у випускників у 17 років (2014 рік) (табл. 3).

ТАБЛИЦЯ 3

РІВЕНЬ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ШКІЛЬНОГО ВІКУ м. ЧОРНОМОРСЬК

Рік	Значення РСД, %	Оцінка
2006	23	недостатній
2008	47	недостатній
2014	75	задовільний

Необхідно відзначити, що така повільна, але позитивна динаміка показника РСД, на наш погляд, пов'язана з тим, що з 2007 року в ЗОШ № 6 м. Чорноморськ у межах виконання Указу Президента України №475/2002 від 21.05.2002 р. «Про програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки» та спільного наказу МОЗ України та АМН України №272/58 від 18.07.02 р. «Про затвердження плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки» з ініціативи ДУ «ІС АМНУ» та Чорноморської стоматологічної поліклініки (головний лікар Т. О. Агакішева) були проведені профілактичні заходи зі школярами всіх вікових груп, з батьками, педагогами та медичним персоналом школи. Зусиллями школи були закуплені профілактичні стоматологічні матеріали, а медичний персонал школи спільно з лікарями-стоматологами м. Чорноморськ проводили дворазову планову санацію школярів у ШСК і поточні профілактичні заходи. Важливо відзначити, що з 2010 по 2014 рр. включно в навчальному закладі працював штатний гігієніст зубний. З уведенням до штатного розкладу ШСК цієї посади в шкільній їдальні припинено продаж чипсів, сухариків, газованих напоїв, цукровмісних жувальних гумок; у закладі регулярно проводилися уроки гігієни зі школярами, їхніми батьками та педагогами.

Однак, зважаючи на реалії сьогодення, необхідно відзначити, що повністю проблеми організації стоматологічної допомоги не вирішені, перш за все, це стосується фінансової та кадрової складових.

Доведено, що при поганому гігієнічному стані порожнини рота інтенсивність ураження зубів карієсом, а також розви-

ток деструктивних уражень пародонту значно вищі [11, 10, 20, 21, 22, 23, 24].

При розгляді питань «гігієна – карієс» або «гігієна – захворювання пародонту» в дітей увага в основному акцентується на ролі індивідуального догляду за порожниною рота [23, 25, 26, 27].

Динаміка інтенсивності відкладення зубного нальоту у школярів за аналізований період часу оцінена за індексами Silness-Loe і Stallard (табл. 4).

ТАБЛИЦЯ 4

ІНТЕНСИВНІСТЬ ВІДКЛАДЕННЯ ЗУБНОГО НАЛЬОТУ У ДІТЕЙ ЗА 9 РОКІВ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Вік дітей (років)	Silness-Loe (бали)	Stallard (бали)
6	1,24 ± 0,08	1,82 ± 0,1
12	1,61 ± 0,2	2,5 ± 0,1
15	1,12 ± 0,09	1,72 ± 0,1

Проаналізувавши дані табл. 4, ми дійшли висновку, що інтенсивність відкладення зубного нальоту, яку визначають показники Silness-Loe (м'який зубний наліт у пришийковій ділянці) і Stallard (площа зубної бляшки), до 12 років зростає, а в 15 років виражена менше, ніж у цих же дітей у віці 6 і 12 років. Мабуть, це пов'язано з появою в старших дітей усвідомленої мотивації до регулярного догляду за порожниною рота, що, безсумнівно, є результатом не тільки дорослішання самої дитини, а й проведення гігієністом зубним санітарно-просвітницької роботи. Також можна припустити, що причищені зубів у дітей рухи щітки або горизонтальні, або вертикальні у бік шийки зуба. При цьому очищуються лише легкодоступні поверхні, а в пришийковій ділянці наліт накопичується та не видаляється.

У 2014 році посада гігієніста зубного в ШСК була скорочена через брак фінансування, що відразу відзначилося на стоматологічній захворюваності в дітей.

Результати вивчення індексу РМА (табл. 5) показали, що вже в 6-річному віці в кожній другій дитині спостерігаються явища запалення ясневого краю в ділянці одного зуба. У 12 років показник поширеності запалення збільшується втричі. Інтенсивність хронічного запалення (проба Шилера-Писарева, заснована на виявленні глікогену в яснах, уміст якого різко зростає при запаленні через відсутність кератинізації епітелію) була зафіксована в усіх вікових групах: до 15 років показник проби Шилера-Писарева збільшився на 25,9 % щодо цього показника в дітей віком 6 років (1,74 і 1,29 відповідно).

Дослідження показали, що в 12-річному віці реєструються незначні відкладення зубного каменю. Переважною

ТАБЛИЦЯ 5

СТАН ПАРОДОНТУ В ДІТЕЙ м. ЧОРНОМОРСЬК ЗА 9 РОКІВ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Вік дітей, років	Пародонтальні індекси та проби			
	РМА, %	проба Шилера–Писарева, бали	кровоточивість ясен, бали	зубний камінь (ЗК), бали
6–7	2,32 ± 0,38	1,19 ± 0,05	–	–
12	6,04 ± 1,07; $p_1 < 0,001$	1,29 ± 0,01; $p_1 < 0,05$	1,24 ± 0,01	0,07 ± 0,03
15	5,31 ± 0,75; $p_2 < 0,001$	1,81 ± 0,21; $p_2 < 0,05$	1,18 ± 0,14; $p_2 > 0,05$	0,36 ± 0,11; $p_2 < 0,05$

Примітка: достовірність відмінностей вирахована щодо показників: p_1 – зафіксованих у дітей віком 6 років; p_2 – зафіксованих у дітей віком 12 років.

нозологічною формою патології пародонту є хронічний катаральний гінгівіт. Захворюваність гінгівітом трохи нижча в підлітків віком 15 років, ніж у 12-річних, що може бути зумовлено поліпшенням гігієни порожнини рота й становленням компенсаторних процесів у порожнині рота в старших підлітків. Але саме в дітей цього віку виявлені поодинокі випадки пародонтиту та більша кількість випадків середньої і тяжкої форм гінгівіту (РМА > 25 % і РМА > 50 %).

Щорічно профілактичними оглядами в ШСК за наявності гігієніста зубного було охоплено 92,3 % дітей (згідно з аналізом шкільних стоматологічних карт). За 4 роки спостереження (12–15-річні діти) у 3,02 раза зменшилася кількість ускладненого карієсу; знизилася поширеність та намітилася тенденція зменшення інтенсивності ураження карієсом постійних зубів.

ВИСНОВКИ

Необхідність збереження здоров'я дітей у сучасних умовах є глобальним завданням, для вирішення якого необхідна спільна участь школи, сім'ї та особиста зацікавленість самих школярів [1]. При опитуванні батьків щодо задоволеності ро-

ботою ШСК 94 % батьків 15-річних дітей м. Чорноморськ висловилися позитивно, 6 % – вважають за краще отримувати стоматологічну лікувально-профілактичну допомогу в приватних клініках через упевненість у стерильності інструментарію та сучасності лікувальних і профілактичних матеріалів.

Отже, доведена ефективність роботи шкільних стоматологічних кабінетів за участю гігієніста зубного, про що свідчить зменшення кількості ускладненого карієсу в 3,02 раза, зниження поширеності й тенденція до зменшення інтенсивності ураження карієсом постійних зубів у дітей, охоплених щорічними профілактичними оглядами в шкільних кабінетах за наявності гігієніста зубного. Негативний ефект, що виникає за відсутності відповідного фахівця в закладах освіти, зумовлює необхідність уведення посади гігієніста зубного як гаранта профілактики.

Дослідження в цьому напрямку дозволять розробити раціональні державні програми профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей за участю гігієніста зубного, які матимуть медичну та економічну доцільність та відповідатимуть європейським та світовим стандартам надання стоматологічної допомоги дітям.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Идрисова НО.* Историческая ретроспектива и современные подходы к изучению проблемы сохранения здоровья учащихся средней школы. Науковий вісник Мелітопольсько-го державного педагогічного університету. 2013;2(11):229–33. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdpu_2013_2_39
2. *Березовський В, Сергієнко А.* Київ – місто урбаністичної кризи. Київ: Аналітично-дослідницький центр «Інститут міста»; 2006. 30 с. Доступно: https://dt.ua/ENVIRONMENT/kiyiv_misto_urbanistichnoyi_krizi.html
3. *Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C.* The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005;83(9):661–9. Доступно: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16211157>
4. *Янчук АО, Скиба ВЯ, Катеринчук ІП.* Епідеміологічні дослідження та моніторинг стоматологічної захворюваності у дітей України. Світ медицини та біології. 2019;2(68):154–8. DOI: 10.26724/2079-8334-2019-2-68-154-158.
5. *Мельник ВС, Горзов ЛФ, Дуганчик ЯІ.* Структурний аналіз стоматологічної захворюваності дітей шкільного віку м.Ужгорода. Inter Medical Journal. 2017;1(10):52–6. Доступно: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/16664>
6. *Аксьонова СЮ.* Підліткове материнство: демографічний аспект проблеми. Київ: Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України; 2016. 184 с.
7. *Irigoyen-Camacho ME, Sanchez-Perez L, Molina-Frechero N, Velazquez-Alva C, Zepeda-Zepeda M, Borges-Yanez A.* The relationship between body mass index and body fat percentage and periodontal status in Mexican adolescents. Acta Odontol Scand. 2014; 72(1):48–57. DOI: 10.3109/00016357.2013.797100.
8. *Keller A, Rohde JF, Raymond K, Heitmann BL.* The Association Between Periodontal Disease and Overweight and Obesity: A Systematic Review. J Periodontol. 2015;12:1–15. DOI: 10.1902/jop.2015.140589.
9. *Scorzetti L, Marcattili D, Pasini M, Mattei A, Marchetti E, Marzo G.* Association between obesity and periodontal disease in children. Eur J Paediatr Dent. 2013;14(3):181–4. Доступно: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24295000>
10. *de Castilhos ED, Horta BL, Gigante DP, Demarco FF, Peres KG, Peres MA.* Association between obesity and periodontal disease in young adults: a population-based birth cohort. J Clin Periodontol. 2012;39(8):717–24. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2012.01906.x.
11. *Fadel HT, Pliaki A, Gronowitz E, Mårild S, Ramberg P, Dahlén G, et al.* Clinical and biological indicators of dental caries and periodontal disease in adolescents with or without obesity. Clin Oral Investig. 2014;18(2):359–68. DOI: 10.1007/s00784-013-0972-9.
12. *Sede MA, Ehizele AO.* Relationship between obesity and oral diseases. Niger J Clin Pract. 2014;17(6):683–90. DOI: 10.4103/1119-3077.144378.
13. *Леус ПА.* Комунальная стоматология. Брест: «Брестская типография»; 2000. 284 с.
14. *Исмаилов АА.* Критерии оценки стоматологической помощи населению / Молодой ученый. 2016;7(111):395–8. Доступно: <https://moluch.ru/archive/111/27451/>
15. *Куцевляк ВФ, Лахтін ЮВ.* Індексна оцінка пародонтального статусу. Суми: ВВП «Мрія-1» ЛТД; 2002. 80 с. Доступно: <https://www.twirpx.com/file/239383/>
16. *Хоменко ЛЮ, Шматко ВІ, Остапко ОІ.* Стоматологічна профілактика у дітей. Київ: КДО; 1993. 192 с.
17. *Іванов ВС.* Карта стоматологічного обстеження ребенка для епідеміологічних досліджень. Вісник стоматології. 2002;12(4):53–66.
18. *Прямые измерения с многократными наблюдениями. Методы обработки результатов наблюдения. ГОСТ 8.207-76.* Москва: Издательство стандартов; 1976. 55 с.
19. *Монцевичуте-Эрингене ЕВ.* Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе. Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 1964;4:71–3.
20. *Ренета ЕГ, Лукашевич МБ.* Значение состояния гигиены полости рта в определении интенсивности кариеса и болезней пародонта. Вісник стоматології. 2003;1:85–7.

21. Улитовский СБ. Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в зависимости от гигиены полости рта. Новое в стоматологии. 1999;7:125–8.

22. Цепов ЛМ, Николаев АИ, Жажков ЕН. К вопросу об этиологии и патогенезе вос-палительных заболеваний пародонта (обзор литературы). Пародонтология. 2000;2(16):9–13.

23. Якубова И, Крупник НМ. Рівень санітарно-гігієнічних знань та якість гігієни порожнини

рота у дітей шкільного віку. Вісник стоматології. 2003;3:53–7.

24. Aboat FY, Gensky ST. Role of the educational programs in preventive maintenance of illnesses of teeth. Community Dent. Health. 2001;103:112–8.

25. Луцкая ИК, Терехова ТН. Индивидуальная гигиена полости рта у детей. Современная стоматология. 2014;2(59):13–20. Доступно: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22364081>

26. Филиппов СВ, Михайлова РИ, Бочкарева ВВ. Профилактика кариеса зубов у детей в республике Саха (Якутия). Российский стоматологический журнал. 2005;5:42–4. Доступно: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17108387>

27. Терехова ТН, Шаковец НВ. Средства, предметы и методы ухода за полостью рта у детей раннего возраста. Клиническая стоматология. 2013;2(66):42–6. Доступно: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22474113>



INFORMATION ABOUT AUTHORS

Stanislav A. Shnyder, Dr. Sci. (Medicine), Prof., Director of the Institute, *ORCID: 0000-0003-4392-5081*

Olga E. Reyzvikh, Dr. Sci. (Medicine), Head of the scientific coordination and patent information department, *ORCID: 0000-0001-7433-9240*

Ludmila V. Anisimova, Cand. Sci. (Medicine), Senior Research Fellow



SUMMARY

Dynamics of the prevalence and degree of periodontal diseases and tooth decay in children aged 6-15 years in Chernomorsk, over a 9 year period.

Olga E. Reyzvikh , **Stanislav A. Shnyder**, **Ludmila V. Anisimova**

The Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, NAMSU, 11 Rishelyevska St., Odesa 65026, Ukraine

The ever-changing dynamics of tooth growth in children 6–15 years old was observed over a 9-year as well as the level of dental care the children received was determined in collaboration with the local school's dental personnel. The scientific evidence collected in this study showed the social significance of erecting and maintaining the practice of proper dental care in the new politico-economic climate. This was confirmed by the increase in the level of dental care from insufficient (47 %) to satisfactory (75 %) over the course of 6 years due to the presence of a dental hygienist as part of the medical personnel in a secondary school. The level of dental care ranged from 23 % at the age of 6 to 75 % among graduates (same children) at the age of 17. Annually, routine examinations performed by the dental hygienist at the school covered 92.3 % of children, as a result of which over 4 years of follow-up (12–15 years old children) the number of exacerbated tooth decay decreased 3,02 times and the prevalence of permanent tooth decay decreased. Objective performance indicators of the school dental office substantiate the importance of school dentistry.

Key words: children of school age, condition of hard tissues of teeth, caries of teeth, condition of periodontal, oral hygiene.

For citation: Reyzvikh OE, Shnyder SA, Anisimova LV. Dynamics of the prevalence and degree of caries and periodontal diseases and tooth decay in children aged 6-15 years in Chernomorsk, over a 9 year period. *Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine.* 2019;25(3):332–6

The article was received on May 20, 2019 | For review, June 17, 2019 | Accepted for publication on June 25, 2019



Olga E. Reyzvikh
ORCID: 0000-0001-7433-9240
olgareyzvikh@gmail.com



ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Шнайдер Станіслав Аркадійович – директор інституту, д.м.н., проф., *ORCID: 0000-0003-4392-5081*

Рейзвіх Ольга Едуардівна – завідувачка науково-координаційного та патентно-інформаційного відділу, д.м.н., *ORCID: 0000-0001-7433-9240*

Анісімова Людмила Володимирівна – старший науковий співробітник, к.м.н.



РЕЗЮМЕ

Динамика изменения уровня распространенности и интенсивности кариеса и заболеваний пародонта у детей 6-15 лет г. Черноморска за 9 лет наблюдения

О. Э. Рейзвих , **С. А. Шнайдер**, **Л. В. Анисимова**

Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НАМН Украины», ул. Ришельевская, 11, Одесса 65026, Украина

Изучена динамика изменения стоматологического статуса детей 6–15 лет за 9-летний период наблюдения. Определен уровень оказания стоматологической помощи детям в организованном детском коллективе при наличии школьного стоматологического кабинета.

Подтверждены научные данные о социальной значимости, целесообразности сохранения и развития школьной стоматологии в новых экономических условиях, о чем свидетельствует изменение в течении 6 лет уровня стоматологической помощи от недостаточного (47 %) до удовлетворительного (75 %) при наличии зубного гигиениста в стоматологическом кабинете общеобразовательной школы.

Уровень стоматологической помощи возрос от 23 % в 6 лет до 75 % у выпускников (те же дети) в 17 лет. Ежегодно профилактическими осмотрами в школьном стоматологическом кабинете при наличии зубного гигиениста было охвачено 92,3 % детей. В результате за 4 года наблюдения 12–15-летних детей количество осложненного кариеса уменьшилось в 3,02 раза, распространенность кариеса постоянных зубов снизилась. Объективные показатели работы школьного стоматологического кабинета обосновывают значимость школьной стоматологии.

Ключевые слова: дети школьного возраста, состояние твердых тканей зубов, кариес зубов, состояние пародонта, гигиена полости рта.

Для цитирования: Рейзвих ОЭ, Шнайдер СА, Анисимова ЛВ. Динамика изменения уровня распространенности и интенсивности кариеса и заболеваний пародонта у детей 6-15 лет г. Черноморска за 9 лет наблюдения. *Журнал Национальной академии медицинских наук Украины.* 2019;25(3):332–6

Статья поступила в редакцию 20 мая 2019 | Направлена на рецензирование 17 июня 2019 | Принята в печать 25 июня 2019