

УДК 616. 314-089. 23 – 33/. 34 – 053.2 /6

Ю.А.Калиниченко

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ К ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРОЙ У ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Луганский государственный медицинский университет

Использование несъемной аппаратуры при ортодонтическом лечении зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у подростков - наиболее современный подход к решению этих проблем в ортодонтии [1,2]. В этот возрастной период происходит дальнейшее допрорезывание вторых, а иногда прорезывание и третьих постоянных моляров, возможны юношеский гипертрофический гингивит и юношеские артропатии на фоне того, что большинство подростков к этому периоду имеют сформированную соматическую патологию различных органов и систем. Анализ эпидемиологических данных о распространенности стоматологических заболеваний на территории Украины (2000 - 2007 гг.) выявил негативную тенденцию прироста ортодонтической патологии среди подростков: 58,9 - 70,2 % подростков в возрасте 12 лет и 23,6 - 33,7 % 15-17-летних подростков нуждались в неотложном ортодонтическом лечении. В то же время ежегодно в Украине впервые регистрируется около 30 000 детей с хроническим гастродуodenитом. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в структуре заболеваемости подростков заняли первое место (126,7 на 1000 детей), где хронический гастродуodenит составляет 58,2 % [2,3]. Таким образом, можно предположить, что ЗЧА у подростков не являются изолированной стоматологической проблемой, так как они в 50-65,0 % случаев выявляются на фоне хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Это дает право говорить о

ЗЧА в сочетании с патологией верхних отделов ЖКТ как о социально значимой проблеме, которая оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов [1] и требует особого внимания со стороны врача-ортодонта [1,4].

После ортодонтического лечения у данной категории пациентов обязателен контролируемый пролонгированный ретенционный период, который является неотъемлемой, значительной и важной составной частью ортодонтического лечения. Успех ретенционного периода зависит от многих факторов: его продолжительности, рационального выбора конструкции ретенционного аппарата и, пожалуй, самого главного - мотивации. Мотивация пациента к добросовестному выполнению требований по режиму ношения и правилам ухода за ретенционным аппаратом и зубами на всем протяжении периода лечения несъемной аппаратурой на фоне имеющейся патологии ЖКТ, которая, в свою очередь, требует соблюдения строгих ограничений (диета, режим отдыха и физических нагрузок, режим питания, прием медикаментов), и является главной определяющей успеха ортодонтического лечения.

Материалы и методы.

Нами проведен анализ результатов оказания ортодонтической помощи подросткам в Луганской области за период 2005-2009 гг. на основании ежегодных отчетов стоматологических служб городов и районов Луганской области. Проведен анализ комплайенса (родители/дети/ортодонт) и мотивации к лечению несъемной ортодонти-

ческой аппаратурой с помощью разработанной нами анонимной анкеты-опросника среди школьников общеобразовательных школ г.Луганска, имеющих ЗЧА, и их родителей (215 человек). Проведено анонимное анкетирование 56 врачей-стоматологов г.Луганска и Луганской области, оказывающих ортодонтическую помощь детям и подросткам. С целью определения нуждаемости в ортодонтической помощи по индексу DAI нами были обследованы 96 подростков с ЗЧА, при этом у 57 подростков (1 группа) ЗЧА сочетались с патологией ЖКТ: хронический гастродуodenит с гастроэзофагальным рефлюксом - 45,6 % (26 человек), дискинезия желчевыводящих путей на фоне аномалий развития желчного пузыря - 54,4 % (31 человек). У 39 подростков с ЗЧА (2 группа) патологии ЖКТ не было выявлено, равно как и других хронических соматических заболеваний.

Результаты исследования.

Анализируя данные отчетов (за период 2005 - 2009 гг.) о распространенности зубочелюстных аномалий среди подростков г.Луганска и Луганской области, следует отметить, что наибольший процент выявленных аномалий приходился на сужение зубных рядов (20,3 - 27,8 %); дистальная окклюзия составляла 18,4 - 19,7 %; глубокая резцовая окклюзия - 14,7 - 17,8 %. Мезиальная окклюзия диагностировалась в 2,0 - 2,7 % случаев, вертикальная дизокклюзия - у 1,8 - 2,2 % подростков, а перекрестная окклюзия - у 1,1 - 1,3 % обследованных. Ортognатический прикус выявлен лишь у 23,5 - 29,2 % обследованных детей (рис.1).

Ортодонтія

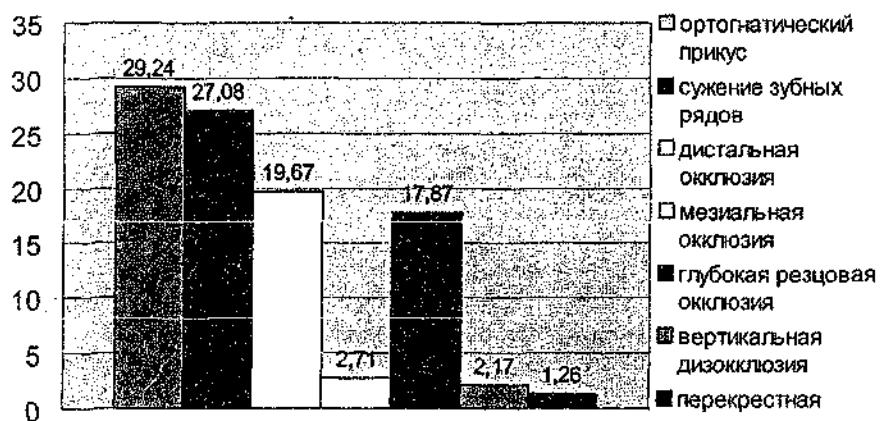


Рис. 1. Распределение зубочелюстных аномалий по нозологическим формам (%)

Необходимо отметить выявленную негативную тенденцию в виде прироста (в 1,3 – 1,5 раза) количества впервые выявленной ортодонтической патологии среди старших школьников. Полученные данные убеждают в утяжелении выявленной патологии среди старших школьников, что, в свою очередь,

диктует необходимость повышения объема и качества оказываемой им ортодонтической помощи.

Нами определялась нуждаемость в ортодонтической помощи у 96 подростков (ЗЧА были выявлены впервые, т.е. с опозданием) в зависимости от наличия патологии ЖКТ. Согласно индексу DAI

(табл. 1) нами были определены структура и степень нуждаемости обследованных подростков в ортодонтической помощи. Среди соматически здоровых детей (2 группа) в обязательном ортодонтическом лечении нуждались 12,8 % обследованных школьников, настоятельно рекомендовано лечение было 15,4 % подросткам, избирательно показано – для 23,1 % подростков, низкую потребность в ортодонтическом лечении имели 38,5 % обследованных. Среди подростков 1 группы (ЗЧА в сочетании с патологией ЖКТ) количество нуждающихся в обязательном лечении было в 1,2 раза больше, а тех, кому лечение настоятельно рекомендовали, – в 1,6 раза больше, чем в 1 группе. Полученные данные позволили провести более четкую градацию зубочелюстных аномалий по степени тяжести и улучшить организацию ортодонтической помощи с учетом наличия патологии ЖКТ.

Таблица 1

Распределение итоговых значений эстетического индекса DAI (%)

Группа	Низкая потребность в ортодонтическом лечении ≤ 25 баллов	Избирательно показанное лечение 26-30 баллов	Настоятельно рекомендованное лечение 31-35 баллов	Обязательное лечение ≥ 36 баллов
1 группа	33,34 ± 2,25	22,81 ± 2,05	24,57 ± 2,36	15,79 ± 1,43
2 группа	38,47 ± 2,17	23,08 ± 2,26	15,39 ± 2,04	12,82 ± 1,23

Нами также был изучен уровень мотивации подростков к ортодонтической помощи в зависимости от возраста, для чего все опрошенные (215 человек) были разделены на 4 группы. Наличие ЗЧА и необходимость консультации врача-ортодонта осознавали только 36,8 % респондентов. Результаты

самооценки своего прикуса отражены в таблице 2. Во всех возрастных группах, кроме возрастного периода 10-11 лет, девочки были более обеспокоены наличием ЗЧА, среди мальчиков – таковых было в 2-2,7 раза меньше. Тем не менее, у 46,9 % подростков обоих полов всех возрастных категорий

наличие ЗЧА беспокойства не вызывало. В возрастной группе 10-11 лет все подростки не испытывали беспокойства по поводу наличия ЗЧА, в 12-13 лет беспокойство в 2,6 раза чаще проявлялось у девочек, но половина анкетируемых, независимо от пола, не беспокоились по поводу наличия ЗЧА.

Таблица 2

Аномалия зубочелюстной системы как нарушение эстетической привлекательности

№ п\п	Возраст	Мальчики (абс.)		Девочки (абс.)		Всего			
		да	нет	да	нет	абс.		в %	
						да	нет	да	нет
1	10-11	-	5	-	6	-	11	-	11,46
2	12-13	3	6	8	5	11	11	11,46	11,46
3	14-15	6	4	12	6	18	10	18,75	10,42
4	16-17	6	5	16	8	22	13	22,92	13,55
	Итого	15	19	36	25	51	45	53,13	46,88

В 3 и 4 возрастных группах в связи со старшим возрастом и критическим отношением к своей внешности была выявлена несколько большая неудовлетворенность эстетическим состоянием своих зубов. Так, в 3 группе высказались за необходимость в консультации ортодонта 18,8 % опрошенных, а в 4- 22,9 % подростков, но девочек эстетика зубов беспокоила в 2-2,6 раза чаще, чем мальчиков. Таким образом, только половина подростков независимо от половой принадлежности осознанно подходила к оценке собственной эстетической привлекательности (наличие /отсутствие ЗЧА).

Мы также установили ряд факторов, являющихся причиной беспокойства, которую высказали всего 53,1 % респондентов-подростков с ЗЧА. Наибольшее количество респондентов (48,7 %) ответили, что причиной этого являлся неэстетический вид зубов. В то же время, только 23,1 % обследованных подростков беспокоило мнение окружающих, причем в первой возрастной группе данное мнение, как родителей и друзей, так и посторонних людей практически не имело значения (т.е. не принималось детьми во внимание).

Во 2, 3 и 4 возрастных группах в связи со старшим возрастом и повышением самооценки постороннее мнение становилось одинаково небезразличным. Кроме того, незначительное количество опрошенных отмечали физиологическое неудобство при приеме пищи - нарушение жевания (12,8

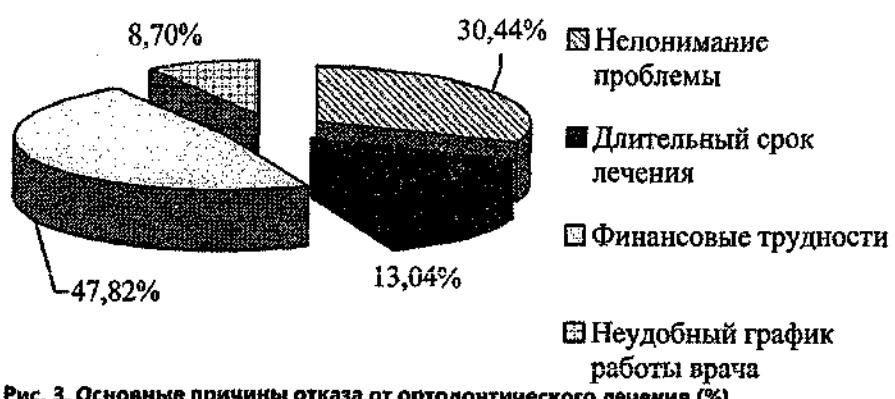


Рис. 3. Основные причины отказа от ортодонтического лечения (%)

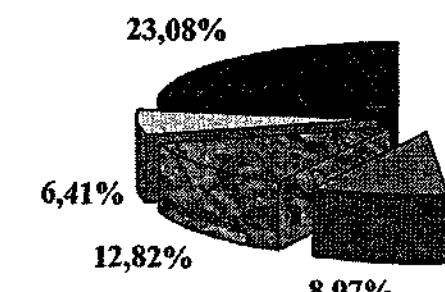
%), нарушение дикции (8,9 %), возникновение болевых ощущений при приеме пищи (6,4 %).

По сведениям, полученным в результате анкетирования 56 родителей, установлено, что большинству детей с ЗЧА, нуждающимся в ортодонтическом лечении (83,2%), были рекомендованы определенные профилактические мероприятия для нормализации состояния зубочелюстной системы. Чаще всего врачи-ортодонты рекомендовали пластику аномально прикрепленной уздечки (29,8 %), профилактические аппараты (23,7 %), меры по борьбе с вредными привычками (18,4 %). Миогимнастика как один из наиболее эффективных профилактических методов практически не использовалась, чаще назначались упражнения для губ и щек (19,3%), крайне мало назначались упражнения для развития носового дыхания (1,5 %). Контроль за выполнением данных рекомендаций осуществляли только 41,1 % родителей, что демонстрировало отсутствие комплайенса как осоз-

нанной необходимости контроля за добросовестным выполнением рекомендаций врача более чем у половины родителей. Таким образом, большая часть родителей, даже приняв решение о необходимости ортодонтической коррекции, ответственность за успешное лечение возлагала только на самого подростка, что категорически недопустимо.

В ходе исследования нами было установлено, что 20,4 % подростков (т.е. каждый пятый) прервали/отказались от ортодонтического лечения (рис. 3). Основными причинами отказа, по данным опроса родителей, послужили как финансовые трудности (47,8 %), так и недопонимание детьми и родителями значения лечения как важной составляющей сохранения общего состояния здоровья (30,4 %), нежелание длительно носить несъемную аппаратуру (13,2 %). Таким образом, незавершенность ортодонтического лечения практически в равной степени зависела и от низкой платежеспособности современного населения, и от недостатка медицинской культуры со стороны родителей и подростков.

Проведенный нами опрос врачей-ортодонтов, оказывающих помощь детям и подросткам, доказал, что не только родители, но и медицинские работники не имели достаточной мотивации для инициации начала ортодонтической помощи в подростковом возрасте. Так, наибольшее количество пациентов (47,9 %) обратились, по мнению опрошенных врачей-ортодонтов, за консультацией по



■ Некрасиво (самооценка)
■ Неудобство при приеме пищи
■ Не нравится окружающим
■ Вызывает нарушение дикции
■ Вызывает болевые ощущения

Рис. 2. Основные причины беспокойства респондентов, вызванные наличием у них зубочелюстных аномалий (в %)

Ортодонтія

рекомендации терапевтов-стоматологов. Родители являлись инициаторами консультаций только в 22,9 % случаев. Обращение за консультацией иногда было рекомендовано педиатрами (18,8 %) и логопедами (10,4 %), что являлось признаком снижения уровня медицинских знаний по поводу взаимосвязи и взаимовлияния в подростковом возрасте ЗЧА и различной соматической патологии, особенно патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, у врачей данных категорий.

Таким образом, на основании проведенного исследования следует отметить, что за последние годы на фоне значительного увеличения числа подростков с аномалиями зубочелюстной системы, в большей части на фоне сформированной выраженной патологии желудочно-кишечного тракта, произошло снижение объемов ортодонтической помощи, в особенности ее профилактической составляющей. Недостаточное

внимание со стороны родителей и врачей многих специальностей к наличию у подростков зубочелюстных аномалий приводит в конечном итоге к несвоевременному направлению их на консультацию и лечение, а зачастую - к ухудшению и общесоматического статуса. Для устранения сложившегося положения необходимо совершенствовать систему организации ортодонтической помощи детскому населению, особенно проживающему в относительно неблагоприятных экологических условиях современных мегаполисов, экологически неблагополучных территорий, промышленных зон, с обязательным привлечением к работе врачей смежных специальностей (педиатров, логопедов, подростковых и семейных врачей).

Література

1. Остапко О.І. Стан твердих тканин зубів, пародонта та місце-

вого імунітету порожнини рота при карієсі та гінгівіті у дітей з хронічними захворюваннями органів травлення / О.І. Остапко, І.М. Голубєва // Матеріали VII Конгресу СФУЛТ. – Львів-Трускавець, 2000. – С. 356 - 357.

2. Парпалей Е.А. Стоматологическое здоровье юношей и девушек на пороге третьего тысячелетия / Е.А.Парпалей, Т.Е.Бойченко, А.Н.Сирук, В.В. Василенко // Современная стоматология. – 2000. - № 4. – С. 11 - 14.

3. Савичук Н.О. Стоматологічне здоров'я дітей, методологічні підходи та критерії його оцінки / Н.О.Савичук, О.В. Клітінська // Современная стоматология. – 2008. - № 1. – С. 94 - 99.

4. Фліс П.С. Саморегуляція зубощелепних аномалій та деформацій у дітей / П.С. Фліс, В.В. Філоненко // Український стоматологічний альманах. – 2006. - № 6. – С. 49 – 51.

Стаття надійшла
2.02.2010 р.

Резюме

Проаналізовані результати надання ортодонтичної допомоги підліткам, комплайенс (батьки/діти/ортодонт) та мотивації до лікування незнімною ортодонтичною апаратурою. Установлено зростання поширеності зубощелепних аномалій серед підлітків із хворобами шлунково-кишкового тракту на фоні зниження профілактичної ортодонтичної складової, що призводить до невдачного звертання підлітків по допомозу/консультацію та погіршує їхній соматичний статус.

Ключові слова: зубощелепні аномалії, підлітки, гастроуденальна патологія, ортодонтичне лікування.

Summary

The results of teenagers' orthodontic treatment, compliance (parents/ children/ orthodontist) as well as motivation to orthodontic treatment with the braces were analyzed. The increase of prevalence of dental anomalies in teenagers with gastroduodenitis was fixed. The decrease of orthodontic prophylactic measures provoked the worsening of their general somatic condition.

Key words: dental anomalies, teenagers, gastroduodenitis, orthodontic treatment.