

стоматологических заболеваний: труды ЦНИ-ИС. М., 1989. С. 52-55.

55. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. М: Медпресоинформ, 2002. 188 с.

56. Рабухина Н.А. Рентгенологическое исследование больных с заболеваниями пародонта // *Зубоврач. вестн.* 1993. № 3. С. 16-23.

57. Попович З.Б., Рожко М.М., Безвужко Е.В. Рентген-диагностика захворювань зубів та тканин пародонту у дитячому та підлітковому віці. Івано-Франківськ: Сімік, 2001. 214 с.

58. Watson M.R., Bretz W.A., Loesche W.J. Presence of *Treponema denticola* and *Porphyromonas gingivalis* in children correlated with periodontal disease of their parents // *J. Dent. Res.* 1994. № 73 (10). С. 1636-1640.

59. The transmission of anaerobic periodontopathic organisms / Y. Lee, L.H. Straffon, K.B. Welch, W.J. Loesche // *J. Dent. Res.* 2006. № 85 (2). С. 182-186.

60. Similarities of periodontal clinical and microbial parameters in mother-child pairs/ S.L. Salvador, M.F.M. Grisi, R.G. Romanelli [et al.] // *Chicago. Journal of Dental Research.* 1993. Vol. 72. P. 406-406.

61. Loesche W.J., Giordano J., Hujuel P.P. The utility of the BANA test for monitoring anaerobic infections due to spirochetes (*Treponema denticola*) in periodontal disease // *J. Dent. Res.* 1990. № 69 (10). P. 1696-1702.

62. Flemming Th.F., Karch H. Микробиологическая диагностика маргинального пародонтита // *Квинтэссенция: Пародонтология: спецвып.* 1998. С. 11-15

63. Socransky S.S. Smith C., Haffajee A.D. Subgingival microbial profiles in refractory periodontal disease // *Clin. Periodontol.* 2002. Vol. 29, №3. P.260-268.

64. The ability of the BANA Test to detect different levels of *P. gingivalis*, *T. denticola* and *T. forsythia* / J.A. Andrade, M. Feres, L.C. Figueiredo, S[et al.] // *Braz Oral Res.* 2010. № 24 (2). P. 224-230.

65. Takaishi Y, Morii H, Miki T. The benzoyl-DL arginine-naphthylamide (BANA) test and polymerase chain reaction measurement of pathogenic bacteria can assess the severity of periodontal disease // *Int. J. Tissue React.* 2003. №25(1), P. 19-24.

66. Лукина Л.В. Клинико-иммунологическое исследование эффективности применения иммуномодулятора «Гепон» в комплексной терапии больных пародонтитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2007. 23 с.

67. Булкина Н.В. Хронический пародонтит при заболеваниях органов пищеварения: клинико-инструментальные, морфологические и иммуногистохимические критерии возникновения и прогнозирования течения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / ВолГМУ. Волгоград, 2005. 39 с.

УДК 616.31 ; 613.1

Оригинальная статья

ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЗАИМОВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ

И.В. Фирсова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, кандидат медицинских наук; **Д.Е. Суетенков** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, доцент, кандидат медицинских наук; **Н.В. Давыдова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **Н.М. Олейникова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии.

INTERRELATION AND INTERACTION LEVEL OF DENTAL HEALTH AND ENVIRONMENTAL FACTORS

I.V. Firsova – *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, the Docent of Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Candidate of Medical Science*; **D.Ye. Suetenkov** – *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, the Head of Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Candidate of Medical Science, Senior Lecturer*; **N.V. Davydova** – *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Assistant*; **N.M. Oleynikova** – *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Assistant.*

Дата поступления – 07.02.2011 г.

Дата принятия в печать -16.02.2011 г.

Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Давыдова Н.В., Олейникова Н.М. Взаимосвязь и взаимовлияние уровня стоматологического здоровья и средовых факторов // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 239-245.

Определена структура и интенсивность стоматологической патологии среди обследованных одного пола и юношеского возраста. Показана взаимосвязь влияния некоторых экологических, нутритивных и эндогенных факторов на проявление кариеса и аномалий окклюзии.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, интенсивность кариеса, факторы внешней среды.

Firsova I.V., Suetenkov D.Ye., Davydova N.V., Oleynikova N.M. Interrelation and interaction level of dental health and environmental factors // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 239-245.

The structure and intensity of dental disease among the examinees of the same sex and adolescence. The relationship of the influence of some environmental, nutritional and endogenous factors on the manifestation of dental caries and anomalies of occlusion.

Key words: dentofacial anomalies, caries intensity, environmental factors.

Введение. Здоровье молодых женщин активного репродуктивного возраста подвержено влиянию многочисленных неблагоприятных факторов окружающей среды и максимально иллюстрирует уровень заболеваемости современных поколений. Зубочелюстная система, формирование которой к 20-летнему возрасту во многом заканчивается, особенно ярко и динамично характеризует приспособление ор-

ганизма к условиям существования. Это проявляется в изменении внешних и внутренних признаков (количество зубов, антагонизирующих пар, форма коронок, свойства эмали зубов и т.д.) в процессе эволюции, так как в зубочелюстной системе к морфофункциональным изменениям присоединяются эстетические, психологические и медико-социальные аспекты [1].

Характеристика зубочелюстной системы женщин 17-19 лет, а также влияние факторов внешней и внутренней среды на ее становление не достаточно полно освещены в доступной литературе. Имеются лишь

Ответственный автор – Фирсова Ирина Владимировна.
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б.Казачья, 112.
E-mail: suetenkov@gmail.com

единичные работы [2,3], затрагивающие проблему анатомо-функционального состояния зубочелюстной системы у женщин 17–19 лет, не освещают механизмы роста и развития системы в этот период, отсутствуют данные о популяционных, региональных особенностях ее, высказываются противоречивые взгляды на стабильность зубочелюстной системы женщин этого возраста и критерии ее определения.

Методы. Материалом нашего исследования послужили результаты антропометрического и стоматологического обследования 472 женщин (17-19 лет) – студенток (табл.1), постоянно проживающих в Саратовской области [4,5].

Результаты. Наше исследование показало, что окончание становления зубочелюстной системы у респондентов сопровождается достаточно активным разрушением твердых тканей зубов и зубных рядов в возрасте 17-19 лет ($p < 0,05$). Значение показателя КПУ, характеризующего интенсивность кариозного процесса, неуклонно растет, увеличиваясь за указанный срок на 0,65. Лица, не имеющие данного заболевания: в группе 17-летних – 6 человек, 18-летних – 12, 19-летних – 4 (табл. 2).

Распространенность зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у обследованных в зависимости от возраста представлена в табл. 3.

Таблица 1

№	Возрастные группы	Количество чел.
1	17 лет	144
2	18 лет	186
3	19 лет	142
Всего		472

Таблица 2

Параметр, p	Возрастные группы		
	17-1	18-2	19-3
КПУ	4,67±0,28	5,30±0,27	5,32±0,31
p	1,3<0,05	2,1<0,05	

Таблица 3

Распространенность физиологического и патологических видов окклюзии и аномалий положения зубов у девушек 17-19 лет в зависимости от возраста

Вид окклюзии	Положение и число зубов	Количество лиц (%), имеющих определенный вид окклюзии и аномалии положения отдельных зубов в зависимости от возраста			Всего, кол-во (%)
		17 лет	18 лет	19 лет	
Физиологическая окклюзия	-	46 (38,8%)	61 (40,9%)	49 (46,7%)	156 (41,4%)
Аномалии окклюзии	-	78 (62,9%)	86 (58,5%)	57 (53,7%)	221 (58,6%)
Аномалии 1 класса по Энглю	вестиб.	10 (8,1%)	20 (13,6%)	10 (9,4%)	40 (10,6%)
	оральн.	13 (10,5%)	8 (5,4%)	1 (0,9%)	22 (5,8%)
	тр.,ди.	6 (4,8%)	6 (4,1%)	3 (2,8%)	15 (4,0%)
	тортан.	2 (1,6%)	1 (0,7%)	2 (1,8%)	5 (1,3%)
	аден.,рет.	-	3 (2,0%)	2 (1,8%)	5 (1,3%)
	соч. аном.	13 (10,5%)	10 (6,8%)	7 (6,6%)	30 (8,1%)
	прав.	-	-	-	-
	Итого	44 (35,5%)	48 (32,6%)	25 (23,5%)	117 (31,0%)
Аномалии 2 класса по Энглю	вестиб.	3 (2,4%)	4 (2,7%)	1 (0,9%)	8 (2,1%)
	оральн.	1 (0,8%)	4 (2,7%)	4 (3,8%)	9 (2,4%)
	тр.,ди.	4 (3,2%)	2 (1,3%)	1 (0,9%)	7 (1,9%)
	тортан.	-	-	-	-
	аден.,рет.	3 (2,4%)	-	-	3 (0,8%)
	соч. аном.	1 (0,8%)	3 (2,0%)	3 (2,8%)	7 (1,9%)
	прав.	5 (4,0%)	12 (8,2%)	9 (8,5%)	26 (6,9%)
	Итого	17 (13,7%)	25 (17,0%)	18 (16,9%)	60 (15,9%)
Аномалии 3 класса по Энглю	вестиб.	1 (0,8%)	-	-	1 (0,2%)
	оральн.	-	1 (0,7%)	1 (0,9%)	2 (0,5%)
	тр.,ди.	1 (0,8%)	-	-	1 (0,2%)
	тортан.	-	-	1 (0,9%)	1 (0,2%)
	аден.,рет.	-	-	-	-
	соч. аном.	1 (0,8%)	-	-	1 (0,2%)
	прав.	1 (0,8%)	3 (2,0%)	3 (2,8%)	7 (1,9%)
	Итого	4 (3,2%)	4 (2,7%)	5 (4,7%)	13 (3,4%)

Окончание табл 3

Вид окклюзии	Положение и число зубов	Количество лиц (%), имеющих определенный вид окклюзии и аномалии положения отдельных зубов в зависимости от возраста			Всего, кол-во (%)
		17 лет	18 лет	19 лет	
Вертикальная дизокклюзия	вестиб.	-	-	-	-
	оральн.	-	-	-	-
	тр.,ди.	1 (0,8%)	-	-	1 (0,2%)
	тортан.	-	-	1 (0,9%)	1 (0,2%)
	аден.,рет.	-	-	-	-
	соч. аном.	-	-	-	-
	прав.	2 (1,6%)	2 (1,3%)	-	4 (1,1%)
	Итого	3 (2,4%)	2 (1,3%)	1 (0,9%)	6 (1,6%)
Глубокая резцовая окклюзия	вестиб.	-	-	-	-
	оральн.	2 (1,6%)	-	-	2 (0,5%)
	тр.,ди.	-	-	-	-
	тортан.	-	-	-	-
	аден.,рет.	-	-	-	-
	соч. аном.	-	-	-	-
	прав.	1 (0,8%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	3 (0,8%)
	Итого	3 (2,4%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	5 (1,3%)
Перекрестная окклюзия	вестиб.	1 (0,8%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	3 (0,8%)
	оральн.	2 (1,6%)	1 (0,7%)	-	3 (0,8%)
	тр.,ди.	-	-	-	-
	тортан.	-	-	1 (0,9%)	1 (0,2%)
	аден.,рет.	-	-	-	-
	соч. аном.	-	-	1 (0,9%)	1 (0,2%)
	прав.	2 (1,6%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	4 (1,1%)
	Итого	5 (4,1%)	3 (2,0%)	4 (3,8%)	12 (3,2%)
Сочетанные аномалии		2 (1,6%)	3 (2,0%)	3 (2,8%)	8 (2,1%)
Всего		123 (100%)	149 (100%)	105 (100%)	377 (100%)

Примечание: вестиб. – вестибулярное; оральн. – оральное; тр. – тремы; ди. – диастемы; тортан. – тортоаномалийное; аден. – адентия; рет. – ретенция; соч.аном. – сочетанные аномалии (скупенное расположение, вестибуло-оральное, в том числе сочетающееся со скупенным расположением зубов); прав. – правильное расположение зубов.

Физиологический тип смыкания зубных рядов (в группу отнесены женщины с ортогнатическим и прямым прикусом) среди всех обследованных отмечен у 41,4% (156 чел.), патологическая окклюзия у 58,6% (221 чел.). Практически у каждой второй обследованной студентки нарушена морфология жевательного аппарата. С 17 до 19 лет отмечается уменьшение патологии и увеличение лиц с физиологической окклюзией. Наиболее распространены так называемые сагиттальные аномалии. Среди патологических видов окклюзии на долю аномалий 1 класса по Энглю приходится 31% (117 чел.), аномалий 2 класса по Энглю 15,9% (60 чел.), аномалий 3 класса

по Энглю 3,4% (13 чел.), дизокклюзии 1,6% (6 чел.), глубокой резцовой окклюзии 1,3% (5 чел.) и перекрестной окклюзии 3,2% (12 чел.). Сочетанные аномалии окклюзии отмечены у 2,1% женщин. С 17 до 19 лет наблюдается увеличение лиц с сочетанными аномалиями.

В табл. 4-7 отражены исследования отдельных параметров и показателей.

Из данных табл. 6 следует, что женщины, страдающие хроническими заболеваниями, имеют статистически достоверное различие значений индекса интенсивности кариеса.

Таблица 4

Значение индекса КПУ ($X \pm m$) у студенток 17-19 лет в зависимости от типа мозгового отдела головы

Параметры и показатели P	Тип мозгового отдела головы		
	долихоцефалы	мезоцефалы	брахицефалы
КПУ, p	5,0±0,51	4,8±0,19	4,3±0,53
Гол.ук., % P	73,6±0,24 1,2<0,001	80,2±0,14 2,3<0,001	89,7±0,71 3,1<0,001

Таблица 5

Значение индекса КПУ ($X \pm m$) у студенток 17-19 лет в зависимости от типа лицевого отдела головы

Параметры и показатели Р	Тип лицевого отдела головы		
	лептопрозопы	мезопрозопы	эурипрозопы
КПУ, р	4,6±0,65	4,8±0,20	4,9±0,36
Лиц.ук., % Р	150,1±0,79 1,2<0,001	135,6±0,26 2,3<0,001	124,3±0,39 3,1<0,001

Таблица 6

Значение индекса КПУ ($X \pm m$) у женщин 17-19 лет с наличием или отсутствием хронической патологии

Параметры, показатели	Наличие или отсутствие хронической патологии		р
	есть	нет	
КПУ	5,2±0,21	4,8±0,27	<0,18
Частота остр. заб./год	2,1±0,09	1,8±0,08	<0,01
Доход, руб	1024,4±39,0	984,5±63,2	

Таблица 7

Характеристика некоторых параметров и показателей головы обследованных ($X \pm m$) в зависимости от частоты острых заболеваний в году

Параметры, показатели	Частота острых заболеваний в году			р
	болели 1 раз (1 гр)	болели 2 раза и более (2 гр)	не болели (3 гр)	
КПУ	5,0±0,27	5,0±0,18	5,7±0,43	1,3<0,08
Доход, руб	994,4±53,5	1045,0±39,7	772,6±50,3	2,3<0,001

У болевших в течение года острыми заболеваниями значения показателя интенсивности кариозного поражения зубов (КПУ) выше, чем в группе студенток, не переносивших подобных заболеваний в течение года. Как правило, это респонденты, имевшие низкий доход на каждого члена семьи (2,3<0,001). Указанные изменения (табл. 7), как и в предыдущем случае (табл. 6), могут рассматриваться как следствие адаптивной реакции [6].

Во время проведенного опроса студенток 17-19-летнего возраста установлено, что из них 233 (49,4%) человека проживает в районе воздействия того или иного вредного фактора окружающей среды (табл. 8-9). Среди обследованных женщин 1,7% (4 чел.) подвергались влиянию биохимических загрязнителей (производства и др.), 30,9% (72 чел.) отмечали высокую загазованность мест проживания (близость автомагистрали, ТЭЦ и др.), 31,7% (74 чел.) проживали вблизи химических предприятий, 2,1% (5 чел.) подвергались воздействию электромагнитных волн (электротехнические заводы, ЛЭП), 19,7% (46 чел.) испытывали влияние тяжелых металлов (заводы химических источников тока), 12,9% (30 чел.) проживали вблизи проходящих трамвайных линий, железной дороги, вблизи аэропорта (шум), 0,85% (2 чел.) подвергались воздействию повышенного радиационного фона (АЭС). Проведено следующее объединение в группы по воздействию факторов окружающей среды: 1) биохимические загрязнители, 2) интенсивная загазованность среды, 3) химические предприятия, 4) тяжелые металлы, 5) шум и 6) группа лиц, не отметивших воздействия вредных факторов. В табл. 9 приводятся значения антропометрических параметров и показателей мозгового и лицевого отделов головы женщин, отмечавших воздействие вредных факторов (239 чел.) и отрицавших такое воздействие (233 чел.).

Таким образом, воздействие вредных факторов окружающей среды может сказаться на развитии зубочелюстной системы и большей интенсивности поражения кариозным процессом твердых тканей зубов, увеличением КПУ.

В табл. 10 приведены данные по частоте женщин с острой и хронической патологией, зубочелюстной патологией в зависимости от воздействия вредных факторов окружающей среды.

При отсутствии влияния вредных факторов окружающей среды больше частота лиц с физиологической окклюзией, частота хронической и острой заболеваемости меньше.

В основу разделения на группы, для оценки влияния уровня подушевого дохода, была положена стоимость потребительской корзины, равная на период исследования (в среднем 950 руб.). В зависимости от чистого дохода, приходящегося на члена семьи, исследуемый контингент разделен на 3 группы: 1) доход до 475 руб. – 16,3% (76 чел.); 2) равный и более 475 руб., но менее 950 руб. – 37,5% (175 чел.); 3) равный и более 950 руб. – 46,1% (215 чел.). Соответствующие данные представлены в табл. 11.

У студенток с доходом на каждого члена семьи от 950 руб. и выше отмечается уменьшение интенсивности кариеса.

Интенсивность кариозного поражения зубов в группах, употребляющих больше белка, ниже ($p<0,05$). В группе употребляющих от 50 до 150 г белка в день несколько выше доход на каждого члена семьи по сравнению с первыми двумя группами женщин, не употребляющих и мало употребляющих белоксодержащие продукты (табл. 12). Рассматривалась также зависимость антропометрических параметров и показателей от количества потребляемых студентками фруктов за неделю (табл. 13).

Таблица 8

Частота патологии у женщин 17-19 лет в зависимости от душевого дохода

Доход (X± mх)	Частота острых забол./год (X± mх)	Распространенность патологии кол-во(%)	
		Хрон. заболевания	Кариес
1156,8±169,0	1,8±0,28	13 (59,1%)	21 (100%)
1027,0±87,7	1,9±0,13	65 (65,6%)	71 (93,4%)
881,4±104,3	1,9±0,21	21 (56,7%)	27 (96,4%)
926,4±291,5	2,0±0,78	63 (64,9%)	76 (93,8%)
1033,3±61,1	2,0±0,11	100 (59,2%)	124 (93,2%)
1143,2±360,3	1,7±0,64	14 (63,6%)	16 (94,1%)
792,4±90,7	2,1±0,24	11 (57,9%)	14 (100%)
p 1,7<0,06			

Таблица 9

Значение индекса КПУ у обследованных с учетом воздействия факторов окружающей среды в месте проживания

Параметры, Показатели, p	Группа факторов окружающей среды					
	1 биохим.	2 загазов.	3 хим.	4 тяж. м-ллы	5 шум	6 нет возд.
КПУ p	5,5±1,62	5,0±0,32	5,7±0,38 3,6<0,06	5,2±0,40	5,4±0,59	4,9±0,21

Таблица 10

Количественная характеристика видов прикуса, хронической патологии, острых заболеваний у женщин, не подвергающихся и подвергающихся воздействию вредных факторов

Показатели	Отсутствие воздействия факт. окр.среды, кол-во(%)	Наличие воздействия факт. окр.среды, кол-во(%)
Окклюзия:		
1) физиологическая	75 (51,7%)	107 (46,1%)
2) патологическая	70 (48,3%)	125 (53,9%)
Наличие хрон.забол.	134 (56,1%)	161 (69,1%)
Наличие остр.забол. в год	182 (76,1%)	204 (87,5%)

Таблица 11

Значение индекса КПУ у студенток 17-19 лет в зависимости от чистого дохода (в рублях) на члена семьи

Параметры и показатели	Величина параметров и показателей (X± mх) головы в зависимости от величины душевого дохода			p
	до 475руб. (1 гр)	от 475 до 950 руб. (2гр)	от 950 руб. и выше (3гр)	
КПУ	6,0±0,48	5,1±0,27	4,9±0,22	1,3<0,05
Частота остр.заб./год	1,6±0,12	2,1±0,10	2,0±0,09	1,2-3<0,01

Таблица 12

Значение индекса КПУ у студенток 17-19 лет в зависимости от количества употребляемого белка в день

Параметры, показатели	Величина параметров и показателей (X±mх) головы у студенток в зависимости от количества употребляемого белка в день			p
	0 (1гр)	≥6<50 г (2 гр)	≥50<150 г (3 гр)	
КПУ	6,4±0,57	5,0±0,22	5,2±0,27	1,2-3<0,05
Доход, руб.	1063,±178,6	1076,9±50,1	1140,5±70,1	

Таблица 13

Характеристика некоторых антропометрических параметров и показателей головы у студенток ($X \pm m$) в зависимости от количества фруктов, съедаемых в неделю

Параметры и показатели	Количество потребляемых фруктов в неделю			p
	0 (1 гр)	<1 кг (2гр)	≥1 кг (3гр)	
КПУ	5,8±0,63	4,9±0,23	5,1±0,25	1,2<0,18
Част.остр.забол./год	2,1±0,23	2,0±0,11	2,0±0,10	
Доход, руб.	971,6±75,5	1021,8±68,3	1200,5±55,4	1,3<0,05

Таблица 14

Характеристика некоторых параметров и показателей ($X \pm m$) головы у студенток в зависимости от курения

Параметры и показатели	Категория		p
	не курят	курят	
КПУ	4,98±0,18	5,7±0,44	<0,08
Част. остр. заб./год	2,0±0,08	2,1±0,18	
Доход, руб.	1105,1±43,3	1038,2±108,2	

Частота патологии окклюзии в зависимости от количества употребляемых в неделю фруктов не изменяется, поэтому мы соответствующие данные не приводим.

У курящих женщин (табл. 14) увеличено значение индекса КПУ, а также частота заболеваний в год [5].

Обсуждение. Можно заключить, что подростковый период у девушек, относящихся ко всем рассматриваемым типам головы, длится до 17 лет, так как происходит активный ростовой процесс до этого возраста.

У обследованных нами саратовских женщин индекс КПУ равен 5,1±0,34 (вариабельный) – средний уровень интенсивности кариозного процесса [6]. Индекс КПУ увеличивается с 17 до 18 лет с 4,67 до 5,3 ($p < 0,05$), оставаясь ниже значений для указанного возраста (безотносительно к полу), приводимых в литературе по другим регионам [7].

Практически у каждой второй обследованной студентки нарушена морфология жевательного аппарата. Зубочелюстные аномалии выявлены в 58,6%. Среди них 50,3% составляют сагиттальные аномалии окклюзии: 1 класс по Энглю отмечался в 31%, 2 класс по Энглю – в 15,9%, 3 класс по Энглю – в 3,4%. Вертикальные аномалии, глубокая резцовая окклюзия и дизоокклюзии, отмечены в 2,9% случаев, трансверзальные аномалии в 3,2% случаев и сочетанные аномалии в 2,1% случаев. Наши исследования подтверждают литературные данные о том, что наиболее часто встречающимися являются аномалии 1 класса по Энглю, реже 2 класса и 3 класса и еще реже вертикальные и трансверзальные аномалии окклюзии. Аномалии 1 класса по Энглю чаще всего встречались у 17-летних (35,5%). Среди всех обследованных с нейтральной окклюзией чаще всего отмечалось вестибулярное положение зубов (10,6%); реже сочетанные аномалии положения зубов и смещение в оральном направлении (5,8%); тремы, диастемы наблюдались в 4%, и на тортоаномалии, адентию и ретенцию зубов приходится по 1,3%. Адентия и ретенция зубов не отмечены у 17-летних, что можно объяснить случайным подбором респондентов. В период с 17 до 19 лет отмечается увеличение частоты дистальной окклюзии, что свидетельствует о том, что данная аномалия не подвергается саморегуля-

ции. Мезиальная окклюзия чаще всего отмечалась у 19-летних (4,7%). Обнаруживается уменьшение с возрастом (с 17 до 19 лет) лиц, имеющих вертикальную дизоокклюзию, что может быть связано с утяжелением кариеса и его осложнений у зубов боковых сегментов, что приводит к снижению межальвеолярной высоты.

С 17 до 19 лет отмечается увеличение лиц с сочетанными аномалиями прикуса.

Многие авторы считают болезни фактором, замедляющим рост и развитие, так как происходит серьезная перестройка метаболических процессов [9,10]. При анализе влияния хронической патологии на выраженность антропометрических параметров и показателей зубочелюстной системы было установлено, что из 472 обследованных студенток 293 человека (62,1%) страдали хроническими заболеваниями. Среди них выше пораженности кариесом и частота острых заболеваний в течение года. Различий в частоте лиц с патологическим прикусом в зависимости от частоты острых заболеваний не отмечено, как и от наличия хронических заболеваний [9,10]. Показатель интенсивности кариозного поражения зубов КПУ выше в группе студенток, не болевших острыми заболеваниями в течение года ($p < 0,08$). Эти же девушки имеют самый низкий доход на каждого члена семьи ($p < 0,001$).

Т.В. Карсаевская [9] отмечает, что развитие зубной системы и ее аномалии имеют заметную генетическую обусловленность, развитие зубов более сходно у членов семьи (матерей и детей, братьев и сестер), чем у людей, не связанных родством.

Методом опроса установлено возможное наследование патологического типа смыкания зубных рядов, что зафиксировано в 10,8% случаев ($n=40$) у женщин 17-19 летнего возраста. Наследование кариесвосприимчивости твердых тканей зубов отмечено в 71,0% случаев ($n=115$). Из патологии окклюзии нами отмечен наибольший процент наследования глубокой резцовой дизоокклюзии (40%), затем аномалии 2-го класса по Энглю – 24,2%, 1-го класса по Энглю – 19,3%, перекрестной окклюзии – 16,7%, аномалии 3-го класса по Энглю – 15,4%, и реже всего наследовалась вертикальная дизоокклюзия – в 12,5%. Среди респондентов рожденных в семье первыми

детьми выше значения индекса КПУ, меньше частота зубо-челюстных аномалий.

Обнаружено, что 233 (49,4%) человека проживают вблизи того или иного вредного фактора окружающей среды. Отмечено увеличение КПУ при воздействии химических факторов.

Влияние характера питания на физическое развитие отмечают многие авторы [12-14]. В зависимости от количества белка, употребляемого в день, все женщины 17–19 лет были разбиты на три группы: первую составили те, кто не имеет в рационе белка; вторую и третью – имеющие в рационе белок, соответственно меньше и больше. Интенсивность кариеса (КПУ) выше ($p < 0,05$) в группе девушек, не включающих в свой рацион белковые продукты. В этой же группе женщин отмечается выше частота зубо-челюстных аномалий (63,6%). Хроническая заболеваемость выше в той же группе и ниже в группах с большим количеством белка в пищевом рационе.

Отсутствие фруктов в рационе питания отметили 8,4% женщин, отсутствие соков – 36,5%. Значение наличия фруктов в пищевом рационе наиболее заметно выявляется при сравнении параметров и показателей головы женщин, совсем не употребляющих фруктов и употребляющих их в разных объемах. Те, кто не ест фрукты, имеют выше КПУ ($p < 0,18$),

94,2% женщин в возрасте 17–19 лет употребляют алкогольные напитки и 14,8% курят. Употребление алкоголя и его доза напрямую связаны с уровнем душевого дохода, появляясь и возрастающая при большем доходе. Те, кто употребляет алкоголь, имеют взаимозависимо с количеством его употребления возрастающее значение КПУ, но эта зависимость недостоверна. Частота острых заболеваний достоверно выше, хронических – немного ниже, частота патологических форм окклюзии меньше. Таким образом, эти лица имеют от природы положительные задатки физического развития, большие материальные возможности, но со стороны текущего здоровья они несут потери. У курящих имеются сходные результаты, и поэтому можно сделать подобные выводы, но у них выше не только значение КПУ, но и частота хронической патологии [15].

У лиц с хронической патологией выше пораженность кариесом и частота острых заболеваний в течение года. Интенсивность кариеса и частота заболевания острыми инфекционными заболеваниями в течение года выше в группе обследованных, имеющих хронические заболевания. Установили, что крайние, большие и малые, значения ряда параметров встречаются чаще у живущих в определенных районах города, в условиях воздействия вредных факторов.

Заключение. В литературных источниках мало численны данные об исследованиях, связывающих

аномалии зубочелюстной системы с физическим развитием [16]. Поэтому важно определить связь зубочелюстных аномалий с физическим развитием, наследственностью с точки зрения здоровья (КПУ). Можно заметить, что данных по величине индекса КПУ у женщин 17–19 лет практически нет при таком большом количестве информации по вопросам экологической антропологии, а если встречаются данные по интересующему нас возрасту, то авторами не указывается пол обследованных лиц. Поэтому полученные данные при стоматологическом обследовании молодых женщин, вступающих в активный репродуктивный период, являются актуальными для врачей-стоматологов и стоматологических служб, сотрудничающих с женскими консультациями.

Библиографический список

1. Оспанова Г.Б. Технологии ортодонтического лечения в создании пространства здоровья, как фактора качества жизни человека: дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2000. 164 с.
2. Малыгин Ю.М. Зубо-челюстные деформации, обусловленные воспалительными процессами, их ортопедическое и ортодонтическое лечение // В кн.: Руководство по стоматологии детского возраста. М., 1976. С. 206-212.
3. Adams C.P. Relationship between facial growth and insisor overbite // Dent. Practit. dent. Res. 1966. Vol.17, №2. P. 68-69.
4. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии. М.: РАМН, 2000. 50 с.
5. Гармоничность взаимосвязей антропометрических параметров у женщин / Ю.А. Фефелова, Т.В. Казакова, Л.А. Нагирная, С.Ю. Скобелева // Проблемы гармонии и закономерности в развитии современного мира. Красноярск, 2009. С. 368-369.
6. Андриулис Э. Влияние некоторых социально-экономических факторов на общий уровень физического развития // Вопросы антропологии. 1966. Вып. 22. С. 97-101.
7. Дерябин В.Е., Пурунджан А.Л. Географические особенности строения тела населения СССР. М.: МГУ, 1990. 192 с.
8. Первичная стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев [и др.] // М., 2000. 475 с.
9. Карсаевская Т.В. Социальная и биологическая обусловленность изменений в физическом развитии человека. М.: Медицина, 1970. 254с.
10. Властовский В.Г. Акцелерация роста и развития детей. М.: МГУ. 1976. 280с.
11. Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. О.О. Янушевича. М., 2009. 228 с.
12. Мияо Т. Исследование вариаций (строения) тела // Сэйме: J. Growth. 1989. 28, № 2-3. С. 75-90.
13. Анатомо-функциональные особенности физического развития женщин в возрасте 17-25 лет / К.В. Третьякова, И.Г. Добровольский, И.В. Фирсова [и др.] // Матер. IV межд. конгр. по интегративной антропологии. СПб.: СПб ГМУ, 2002. С.119-121.
14. Rocha L.C. Undernutrition in the developing countries// Public Health and Prot. Populat.: Proc. 18t Int. Cong., Funehal, 3-7 Oct. 1988. Amsterdam etc., 1989. P. 57-66.
15. Фирсова И.В. Кефалометрическая и типологическая характеристика строения головы саратовских женщин в возрасте 17-19 лет: дис. ... канд.мед.наук. ВолГМУ., 2003. 312 с.
16. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология для всех. 1999. №2/3. С.30-34.

УДК616.311 : 617.3-053.4-084 (045)

Оригинальная статья

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ КОНТИНГЕНТА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

О.А. Изгарева. – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, стоматологический факультет, студент; **Д.Е. Суетенков** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, доцент, кандидат медицинских наук; **А.А. Гребенников** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **Т.Л. Харитонова** - ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии.