

Л.О. ХОМЕНКО¹, П.А. ЛЕУС², О.І. ОСТАПКО¹, Г.В. СОРОЧЕНКО¹

ВИЗНАЧЕННЯ ЗНАЧУЩОСТІ ІНДИКАТОРІВ РИЗИКУ ПРИ РІЗНИХ РІВНЯХ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна¹

²Білоруський державний медичний університет, м. Мінськ, Білорусь

Мета: визначити значущість ряду поведінкових факторів ризику карієсу зубів і хвороб періодонта у дітей м. Києва шляхом порівняння різних рівнів цих захворювань в інших місцевостях шести країн.

Матеріали і методи. Проведено метааналіз вітчизняної та міжнародної наукової стоматологічної літератури і власних раніше опублікованих робіт з аналітичної епідеміології карієсу в м. Києві, Мінську та інших містах за результатами міжнародного проекту EGONID у 2013–15 рр. з нашою участю.

Результати. У м. Києві, як і в інших досліджених місцевостях, за останні 30–40 років спостерігалось зростання інтенсивності карієсу постійних зубів ключової вікової групи 12-річних дітей. Основними детермінантами карієсної хвороби були недотримання дітьми рекомендованого режиму чищення зубів і недостатня мотивація у використанні фторвмісних зубних паст.

Висновки. «Інструменти» Європейських індикаторів стоматологічного здоров'я дозволяють визначити значущість поведінкових факторів ризику карієсу зубів і хвороб періодонта серед дітей шкільного віку, що необхідно для підвищення ефективності програм профілактики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: карієс зубів у дітей, детермінанти карієсу, Європейські індикатори стоматологічного здоров'я, поведінкові звички.

Систематичний моніторинг стоматологічного здоров'я населення – одна з найважливіших складових системи стоматологічної допомоги [19]. У ряді країн ЄС функціонують автоматизовані програми щорічної реєстрації основних критеріїв стоматологічного статусу дітей та проведених профілактичних заходів [13;16;17]. У країнах Східної Європи державні системи моніторингу стоматологічного здоров'я населення за рекомендованим ВООЗ критеріями знаходяться на етапі становлення, але вже понад 50 років інформація про поширеність хвороб зубів була доступна в опублікованих наукових дослідженнях. На жаль, результати цієї величезної і важливої роботи НДІ та стоматологічних кафедр медуніверситетів практично не враховуються в системах звітності органів охорони здоров'я. Усунути цю проблему досить складно, оскільки ідеальна система моніторингу стоматологічного здоров'я на прикладі Данії [16] коштує в рази більше, ніж вся система стоматологічної допомоги дітям у Білорусі та інших країнах СНД. Рациональним виходом може бути використання невитратних інформаційних систем, наприклад EGONID-2005 (Європейська глобальна система індикаторів стоматологічного здоров'я), яка була розроблена Європейською комісією з охорони здоров'я [12]. Наш досвід використання даної системи в Білорусі, Україні та в кількох інших країнах

був позитивним [1;2;6]. Важливим аспектом цих робіт було виявлення детермінантів карієсу зубів і хвороб періодонта, що дає можливість доказового обґрунтування рекомендацій щодо оптимізації профілактики та якості лікування основних стоматологічних захворювань.

Метою дослідження було визначення значущості ряду поведінкових факторів ризику карієсу зубів і хвороб періодонта у дітей м. Києва та Мінська шляхом порівняння різних рівнів цих захворювань і їх детермінантів у семи країнах.

Матеріали і методи. Проаналізовано дані описової епідеміології карієсу зубів у дітей ключової вікової групи 12 років, опубліковані в 1960–1980-х роках, для визначення тенденцій карієсної хвороби в Києві і Мінську порівняно з іншими місцевостями. У 2013–2015 рр. ми взяли участь у міжнародному науковому пілотному проекті із дослідження Європейських індикаторів стоматологічного здоров'я серед дітей шкільного віку 12 і 15 років у семи країнах: Вірменії (м. Єреван), Білорусі (м. Мінськ), Грузії (м. Тбілісі), Киргизстані (м. Бішкек), Молдові (м. Кишинів), РФ (м. Санкт-Петербург) та Україні (м. Київ). У роботі використовувалася система оцінки рівня стоматологічного здоров'я та якості стоматологічної допомоги EGONID-2005 – Європейські індикатори стоматологічного здоров'я [12]. Стоматологічні огляди та анонімне анкетування

дітей проведені клінічно каліброваними лікарями-стоматологами в школах зазначених місцевостей по 100 і більше осіб у кожній віковій групі в стандартних умовах з використанням карт та запитальників ВООЗ. Для дослідження обрані школи, в яких було отримано згоду адміністрації та батьків школярів. При огляді дітей реєстрували КПВ постійних зубів, індекс гігієни рота Гріна-Вермільйона (ОHI-S) і кровоточивість ясен за методикою ВООЗ-2013 [18]. Модифікований анонімний запитальник містив 11 питань, включаючи суб'єктивну оцінку стану і зовнішнього вигляду своїх зубів; випадки зубного болю; відвідування лікаря-стоматолога та привід; частоту чищення зубів, використання фторвмісної зубної пасти; вживання солодких продуктів, дискомфорт у спілкуванні через стан зубів. Аналіз отриманих даних проведено шляхом обчислення середніх величин індексів стоматологічного статусу і процентного відношення відповідей на поставлені запитання для визначення значущості поведінкових факторів ризику карієсу зубів і хвороб періодонта у дітей.

Результати дослідження та їх обговорення.

У табл. 1 показано узагальнені дані стоматологічного статусу (об'єктивних індикаторів, за системою EGOHID) 12- і 15-річних дітей у містах семи країн.

Основними критеріями стоматологічного здоров'я дітей на комунальному рівні є поширеність та інтенсивність карієсу зубів. У випадках, коли поширеність карієсу менше 100% (як в даній роботі), даний індикатор значно втрачає інформативність, особливо при порівняно невеликій кількості обстежених дітей (у межах 100 осіб). Тому оцінку рівня захворюваності карієсом у нашій ситуації ми проводили за інтенсивністю карієсу зубів, використовуючи індекс КПВ. Дані середнього КПВ постійних зубів 12-річних дітей у досліджених місцевостях варіювали від 1,6–2,0 у Мінську і Тбілісі до 3,8–4,0 у Бішкеку і Києві. Невипадковість відмінностей дозволяє аргументувати ретроспективна оцінка ситуації. Очевидне збільшення захворюваності карієсом за останні 40–50 років спостерігалось в багатьох місцевостях [5]. Винятком є Мінськ, де з 1998 року була реалізована Національна програма профілактики, і Санкт-Петербург, де в 1970-х роках тимчасово функціонувала програма фторування питної води.

Таким чином, не тільки в Києві, але й у більшості інших місцевостей спостерігалось невелике зростання інтенсивності карієсу постійних зубів ключової вікової групи дітей 12 років. Важливо також проаналізувати відмінності в інтенсивності карієсу двох вікових груп – 12- і 15-річних дітей (табл. 1).

Таблиця 1. Об'єктивні індикатори стоматологічного здоров'я школярів ключових вікових груп 12–15 років у містах семи країн

Місцевість і посилання на публікацію	ОHI-S		Кровоточивість %		Поширеність та інтенсивність карієсу зубів							
	12 років	15 років	12 років	15 років	12 років				15 років			
					%	КПВ	«К»	«В»	%	КПВ	«К»	«В»
Бішкек [1]	1,1	0,7	39	49	90	3,8	2,6	0,07	97	5,4	3,2	0,24
Єреван [4]	1,6	1,8	38	44	86	3,1	2,4	0,09	94	4,6	3,1	0,15
Кишинів [3]				15		2,2				3,2	0,7	0,008
Київ [2]	1,5	1,4	78	98	86	4,0	2,5	0	82	5,3	2,3	0,03
Мінськ [1]	1,0	1,1	14	27	62	1,6	0,3	0,004	76	2,7	0,5	0,005
Санкт-Петербург [8]	2,2	2,2	58	59	99	3,4	1,9	0,08	99	3,9	2,6	0,26
Тбілісі [11]				26	85	2,0	1,7	0,08	82	3,5	2,5	0,16
Середні показники	1,5	1,4	45	45	85	2,9	1,9	0,054	88	4,1	2,1	0,12

Тут спостерігалася відома закономірність порівняно більшої інтенсивності карієсу у старших школярів. Коливання відмінностей КПВ між віковими групами залежать від величини щорічного інкремента, на який могли впливати втручання, такі як активізація або припинення програми профілактики. У таких випадках КПВ 12-річних дітей відповідно «відстає» або «доганяє» 15-річних.

Хоча багаторічну стабілізацію інтенсивності карієсу зубів на середньому рівні у дітей м. Києва можна вважати успіхом профілактики, слід визнати значне відставання від відомих досягнень у багатьох країнах Західної Європи [15]. Актуальним стає питання: «Які фактори стримують зменшення

захворюваності дітей карієсом?». Європейською комісією з охорони здоров'я запропоновані індикатори стоматологічного здоров'я (EGOHID), які дозволяють визначити чинники ризику виникнення карієсної хвороби і, відповідно, вжити заходів для їх усунення. У цьому дослідженні було здійснено аналіз основних детермінантів карієсу шляхом порівняльної оцінки їх значущості в місцевостях із різним рівнем інтенсивності карієсу зубів у дітей шкільного віку.

Чи може бути оціночна система EGOHID практичним «інструментом» для визначення можливих причин передбачуваних відмінностей стоматологічного статусу дітей у різних місцевостях? У табл. 2

наведені дані суб'єктивних індикаторів стоматологічного здоров'я 15-річних підлітків (узагальнені дані анкетування) у тих самих місцевостях. Аналогічно даним стоматологічного статусу, можна

помітити суттєві коливання вивчених показників анкетування. Можливо, саме в цьому слід шукати «ключ» для виявлення факторів, що впливають на стоматологічне здоров'я дітей.

Таблиця 2. Суб'єктивні індикатори стоматологічного здоров'я 15-річних підлітків, частка від числа опитаних (%)

Індикатор	Бішкек	Єреван	Кишинів	Київ	Мінськ	Санкт-Петербург	Тбілісі
<i>Детермінанти:</i>							
Чистили зуби 2 рази на добу	55	31	58	56	65	24	59
Використовували зубні пасти з фтором	29	17	64	26	75	87	21
Щодня вживали солодкі продукти	47	54	69	34	49	82	57
<i>Процес:</i>							
Протягом останніх 12 міс. були у стоматолога	82	66	82	44	85	57	49
<i>Результат:</i>							
Протягом останніх 12 міс. відчували зубний біль.	56	39	26	56	40	77	51
Уникали посміхатися через вигляд зубів.	11	3	13	9	12	10	6
Оцінили стан зубів як «поганий»	8	2	-	5	6	1	-

Більшість вчених вважає, що виникнення карієсу зубів обумовлено, в основному, трьома взаємопов'язаними факторами: надмірною кількістю мікробного зубного нальоту, дефіцитом фторидів і частим вживанням солодкої їжі [9;14]. Досліджуючи доказовість першого фактора, слід зауважити, що в багатьох випадках чіткий взаємозв'язок індексу гігієни рота та інтенсивності карієсу зубів не простежується. Наприклад, в Бішкеку при гарній гігієні рота (ОHI-S=1,1) у 12-річних дітей спостерігали більшу інтенсивність карієсу (КПВ-3,8), ніж в Санкт-Петербурзі при незадовільній гігієні рота у дітей цього ж віку (КПВ-3,4; ОHI-S-2,2). Очевидно, що гігієна рота в момент огляду не обов'язково відображає стан зубів, і тому виявити взаємозв'язок високої інтенсивності карієсу зубів і незадовільної гігієни рота не завжди вдається. Однак в цілому на прикладах даних ОHI-S і КПВ у 12-річних дітей в п'яти досліджених місцевостях простежувався чіткий прямий взаємозв'язок гарної гігієни рота і більш низької інтенсивності карієсу і навпаки. Тому гігієна порожнини рота у школярів м. Києва, яка наближається до незадовільного рівня (ОHI-S-1,5), безперечно, є детермінантою карієсу зубів, за інтенсивністю близького до високого (КПВ-4,0).

Незадовільна гігієна рота, яка оцінювалася одним із міжнародно визнаних індексів – спрощеним індексом ОHI-S Гріна–Вермильйона (1964), є найважливішим індикатором ризику хвороб періодонта. На рис. 1 показана тенденція збільшення по-

ширеності гінгівітів (за симптомом кровоточивості ясен) по мірі погіршення показників гігієни індексу у 12-річних школярів. Важливо зауважити, що значне відхилення відсотка 12-річних дітей із кровоточивістю ясен від експоненційної лінії характеризує тенденцію можливих взаємозв'язків рівня ОHI-S і гінгівіту, вказує на вплив інших несприятливих чинників ризику, які підлягають подальшому дослідженню [7;10].

Не лише у численних джерелах наукової стоматологічної літератури, але й в документах ВООЗ доказовими факторами ризику виникнення карієсу зубів вважаються дефіцит фтору, мікробний зубний наліт і часте вживання солодощів [15]. Однак у конкретній ситуації далеко не завжди вдається бути переконаним, що той чи інший фактор має відношення до карієсної хвороби. Так, якщо оцінювати значущість індикатора «солодощі» як чинник ризику карієсу зубів у дітей м. Тбілісі, то можна стверджувати, що при великому відсотку школярів (57%), які щодня і по кілька разів на день вживають солодкі продукти, інтенсивність карієсу у них (КПВ-3,5) значно нижча, ніж у дітей такого ж віку в Бішкеку (КПВ-5,4), серед яких ласунів на 10% менше. Іще складніше зрозуміти значущість солодощів як фактора ризику карієсу зубів, якщо порівнювати показники КПВ і відсоток ласунів у Мінську і Києві (табл. 2). Аналогічні сумніви можуть також виникнути при аналізі значущості індикаторів ризику карієсу зубів, таких як «дотримання рекомендованого режиму чищення зубів 2 рази в день» і «використання для

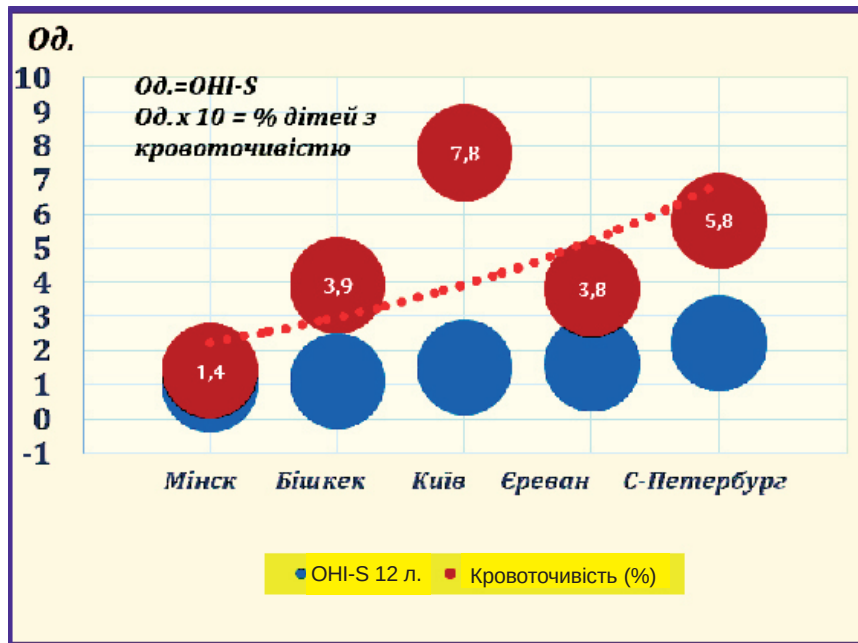


Рис. 1. Передбачувані взаємозв'язки індексу гігієни рота (ОHI-S) і поширеності кровоточивості ясен у 12-річних дітей

чищення зубів фторвмісних зубних паст». Однак аналіз можливих взаємозв'язків цих факторів і карієсу зубів, проведений комплексно, за даними, отриманими незалежними дослідниками в кількох (семи) місцевостях, дозволив не тільки підтвердити доказовість відомих факторів ризику, але й відкриває певні методичні підходи для подальших досліджень. Так, якщо дослідник не може підтвердити значущість будь-якого відомого карієсогенного фактора в конкретній ситуації, це не повинно бути підставою для його заперечення. Наприклад, оптимальне надходження фторидів в організм забезпечує захист зубів від карієсу у дітей на рівні не вище середньої інтенсивності навіть при незадовільній гігієні рота [14], але це не означає, що регулярне чищення зубів можна не включати в програми індивідуальної та комунальної профілактики. Чим більша пропорція дітей чистить зуби пастами, що містять фториди, тим менша інтенсивність карієсу зубів, тоді як інші індикатори ризику карієсу були менш значущими.

Індикатори «К» – нелікований карієс і «В» – видалені постійні зуби визначають якість стоматологічної допомоги дітям. Чим більше компонент «К» у формулі КПВ, тим більше було проблем у забезпеченні дітей своєчасним лікуванням і тим більший ризик втрати зубів. У Києві компонент «К» у 12-річних дітей в момент дослідження дорівнював 2,5, що приблизно утричі більше щорічного приросту карієсу (0,67 при КПВ 4,0) та вказує на несвоєчасність санації школярів. Однак у обстежених дітей не було видалених зубів, що відповідає рекомендаціям ВООЗ: не повинно бути видалених постійних зубів у дітей до 18 років. У цьому

сенсі дані індикатора «видалені зуби» по Мінську (В-0,005) і Кишиневу (В-0,008) можуть вказувати на реальну можливість практичної реалізації однієї з рекомендацій ВООЗ.

Найважливіший ВООЗівський критерій доступності стоматологічної допомоги дітям, що належить до «процесу» за системою EGONID, в даній роботі оцінювався суб'єктивним індикатором «звернення до лікаря-стоматолога протягом останніх 12 місяців». Показники цього індикатора варіювали від 44–49% в Києві і Тбілісі до 82–85% у Бішкеку, Кишиневі та Мінську. Якщо вважати, що кожна дитина шкільного віку повинна бути оглянута стоматологом щорічно, то індикатор «доступність» може наблизитися до 100%, але цього ще не досягнуто в жодній країні в світі. Як впливає даний індикатор на стоматологічне здоров'я дітей, можна визначити не тільки при огляді, але й за допомогою суб'єктивного індикатора «Чи відчували Ви зубний біль протягом останніх 12 місяців?». На рис. 2 показано відвідування лікаря-стоматолога, які, згідно із запитальником, включають виклики на профілактичний огляд, відкладені в зростаючому порядку від 44% в Києві до 85% в Мінську, і до них «прив'язаний» індикатор «випадки виникнення болю протягом останніх 12 місяців». При значних коливаннях даного індикатора і навіть протиріччях (наприклад, в Мінську, при максимальній відвідуваності, у школярів було більше випадків зубного болю, ніж у Кишиневі), простежується очевидна тенденція зворотного зв'язку цих суб'єктивних показників.

На додаток до даних стоматологічного статусу, до «результату» лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги підліткам за системою

EGOHID належить також індикатор морально-психічного неблагополуччя, такий як незручності в спілкуванні через поганий стан зубів, яке ми визначали за критерієм «незручно посміхатися». Логічно припустити, що даний індикатор тісно взаємопов'язаний зі стоматологічним статусом, але також важливо, як самі молоді люди оцінюють стан своїх зубів, і як це відбивається на їх моральному благополуччі як складової якості життя. Важливо зауважити, що максимальний відсоток «погане» в Бішкеку і Мінську і мінімальний – у Єре-

вані і Санкт-Петербурзі не узгоджуються з даними стоматологічного статусу цих дітей (див. табл. 1). Але пропорція дітей, що мають проблеми в спілкуванні, досить переконливо відповідає індикатору «самооцінка». Таким чином, не тільки об'єктивні, але й суб'єктивні індикатори можуть вказувати на стан стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку та важливі критерії якості життя та, відповідно, можуть бути використані для вдосконалення системи лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги дитячому населенню країни.



Рис. 2. Частка 15-річних школярів (%), які відвідали лікаря-стоматолога (за викликом або самостійно), і випадки зубного болю протягом останніх 12 місяців

Висновки

1. Міжнародна оціночна система «Європейські індикатори стоматологічного здоров'я (EGOHID-2005)» відрізняється високою інформативністю у виявленні факторів ризику виникнення карієсу зубів і хвороб періодонта у дітей шкільного віку та може бути невитратним, ефективним інструментом для систематичного моніторингу стоматологічного статусу дітей.

2. Встановлено чіткі взаємозв'язки показників гігієни рота, режиму чищення зубів, використання фторвмісних зубних паст і частоти вживання солодощів із даними стоматологічного статусу дітей, що визначає практичну значущість вказаних детермінантів хвороб для обґрунтування програм

профілактики на комунальному та індивідуально-му рівнях.

3. Доступність і якість стоматологічної допомоги дітям може бути оцінено шляхом визначення часток компонентів індексу КПВ, а також взаємозв'язків рівня інтенсивності карієсу з рядом суб'єктивних індикаторів, таких як «відвідування лікаря-стоматолога» і «випадки зубного болю» протягом останніх 12 місяців.

4. Значущість будь-якого індикатора ризику виникнення карієсу зубів можливо визначити тільки при комплексній оцінці всіх відомих детермінантів хвороби з урахуванням рівня її інтенсивності та виходячи з наявного досвіду як на місцевому, так і на міжнародному рівнях.

Список літератури

1. *Европейские* индикаторы стоматологического здоровья детей школьного возраста / П. Леус, О. Денга, А. Калбаев [и др.] // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2013. – № 4 (47). – С. 3–9.
2. *Європейські* індикатори стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку м. Києва / Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, Г. В. Сороченко, [та ін.] // *Профілактична медицина*. – 2016. – № 1–2. – С. 11–18.
3. *Лупан І.* Перспективи моніторингу стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку з допомогою європейських індикаторів / І. Лупан, А. Спинеї, Ю. Спинеї // *Buletinul Academiei de Stiinte a Moldovei Stiinte Medicale, Chisinau*. – 2015. № 1 (46). – Р. 429–436.
4. *Манрикан М. Е.* Оценка стоматологической заболеваемости населения Республики Армения с учетом медико-социальных аспектов : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.22 / М. Е. Манрикан. – Єреван, 2013. – 187 с.

5. Мониторинг эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний. Московский медицинский стоматологический институт. СЦ ВОЗ. – Москва, 1987. – 18 с.
6. *Определение* основных показателей риска недостаточной эффективности профилактики кариеса зубов и болезней пародонта с помощью Европейских индикаторов стоматологического здоровья / Н. И. Смоляр, П. А. Леус, Э. В. Безвужко [и др.] // *Новини стоматології*. – 2014. – № 3 (80). – С. 86–90.
7. *Остапко О. І.* Наукове обґрунтування шляхів та методів профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей в регіонах з різним рівнем забруднення довкілля : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.22 / О. І. Остапко. – Київ, 2011. – 356 с.
8. *Силин А. В.* Предварительная оценка информативности ряда европейских индикаторов в определении стоматологического здоровья детей школьного возраста г. Санкт-Петербурга / А. В. Силин, П. А. Леус, Е. А. Сатыго // *Стоматология детского возраста и профилактика* (РФ). – 2014. – Т. X, № 4. (51). – С. 7–12.
9. *Терапевтична стоматологія дитячого віку* : підручник для студ. ВМНЗ III-IV рівнів акредитації : у 2-х т. / Л. О. Хоменко, Ю. Б. Чайковский, Н. І. Смоляр [та ін.] ; за ред. Л. О. Хоменко. – Київ : Книга-плюс, 2014–2015. – Т. 1. Кариес зубів та його ускладнення. – 432 с.
10. *Хоменко Л. А.* Стоматологическое здоровье детей проживающих в условиях загрязнения окружающей среды высокого уровня / Л. А. Хоменко, Е. И. Остапко, Т. С. Поночовная // *Современная стоматология (Украина)*. – 2006. – № 3. – С. 72–74.
11. *Dental caries among children in Georgia by age, gender, residence location and ethnic group* / H. D. Sgan-Cohen, V. Margvelashvili, L. Bilder [et al.] // *Community Dent Health*. – 2014. – № 31(3). – P. 163–166.
12. *EGOHID*. Health Surveillance in Europe (2005). A Selection of Essential Oral Health Indicators [Electronic resource]. – URL : <http://www.egohid.eu>
13. *Eurobarometer 72.3* "Oral Health". TNS Opinion Social, Brussels, Belgium, 2010, 90 p. [Electronic resource]. – URL : http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm
14. *Fejerskov O.* Dental caries / O. Fejerskov, E. A. M Kidd. – Blackwell Munksgaard, 2004. – 560 p.
15. *Petersen P. E.* Improvement of global oral health – the leadership role of the World Health Organization / P. E. Petersen // *Community Dental Health*. – 2010. – Vol. 27. – P. 194–199.
16. *Petersen P. E.* National surveillance of adult dental health in Denmark – the development over nearly 25 years / P. E. Petersen, N. Jürgensen // *Int. Dent. J.* – 2016 (forthcoming).
17. *Tiemann B.* The System of Dental Care in Germany / B. Tiemann, D. Klingenberg, M. Weber. Deutscher Zahnärzte Verlag DAV, Köln, 2003. – 286 p.
18. *World Health Organization.* Oral Health Surveys Basic Methods, 5th Ed. – Geneva : WHO, 2013. – 125 p.
19. *World Health Organization.* Planning of Oral Health Services, WHO OP №53. – Geneva : WHO, 1980. – 49 p.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ ИНДИКАТОРОВ РИСКА ПРИ РАЗНЫХ УРОВНЯХ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Л.А. Хоменко¹, П.А. Леус², Е.И. Остапко¹, Г.В. Сороченко¹

¹Национальный медицинский Университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Цель: определить значимость ряда поведенческих факторов риска кариеса зубов и болезней пародонта у детей г. Киева путем сравнения разных уровней этих заболеваний в других местностях шести стран.

Материалы и методы. Проведен метаанализ отечественной и международной научной стоматологической литературы и собственных ранее опубликованных работ по аналитической эпидемиологии кариеса в гг. Киеве, Минске и других городах по результатам международного проекта EGOHID в 2013–15 гг. с нашим участием.

Результаты. В г. Киеве, как и в других исследованных местностях, за последние 30–40 лет наблюдался рост интенсивности кариеса постоянных зубов ключевой возрастной группы 12-летних детей. Основными детерминантами кариозной болезни были несоблюдение детьми рекомендованного режима чистки зубов и недостаточная мотивация в использовании фторсодержащих зубных паст.

Выводы. «Инструменты» Европейских индикаторов стоматологического здоровья позволяют определить значимость поведенческих факторов риска кариеса зубов и болезней пародонта среди детей школьного возраста, что необходимо для повышения эффективности программ профилактики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: кариес зубов у детей, детерминанты кариеса, Европейские индикаторы стоматологического здоровья, поведенческие привычки.

ASSESSMENT OF SIGNIFICANCE OF DENTAL CARIES RISK INDICATORS IN CASES OF DIFFERENT PREVALENCE AMONG SCHOOL AGE CHILDREN

L. Khomenko¹, P. Leous², E. Ostapko¹, G. Sorochenko¹

¹Bogomolets national medical university, Kyiv, Ukraine

²Belarusian national medical university, Minsk, Belarus

An objective of this study was the evaluation of the European oral health indicators in assessing the possible correlation between behavioral habits and dental status of school children.

Materials and Methods. The meta-analysis of dental literature and analytical dental epidemiology was employed, using the EGOHID-2005 system. Oral hygiene, dental caries and gingival bleeding were assessed in 12–15-year-old children in Kiev and Minsk.

Results. An increasing trend of DMFT was estimated in 12-year-old children in most localities studied. Prevalence of dental caries varied from 2.0 to 4.0 DMFT; gingival bleeding in 15-year-olds: 15%-98%. The major factors which could make a negative effect on oral health were non-observance of recommended frequency of toothbrushing, low motivation in using of fluoridated toothpastes and everyday eating of sweet food.

Conclusion. The EGOHID system was a valuable method for determination of the negative behavioral habits affecting oral health of school children.

KEY WORDS: dental caries trend, analytical dental epidemiology, European oral health indicators, determinants of dental caries, behavioral habits of children.

Рукопис надійшов у редакцію 20.06.2016 р.

Відомості про авторів:

Хоменко Лариса Олександрівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О.Богомольця; тел.+38 (044)-483-17-03.

Леус Петро Андрійович – д.мед.н., проф., професор 2-ї кафедри терапевтичної стоматології Білоруського державного медичного університету; тел.: +375296777467.

Остапко Олена Іванівна – д.мед.н., проф., професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; тел.: +38 (044)-483-17-03.

Сороченко Григорій Валерійович – к.мед.н., доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; тел.: +38 (044)-483-17-03.