

АНАЛИЗ НУЖДАЕМОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБОВ НЕКАРИОЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

И.К.Луцкая, И.П.Коваленко

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь

Представлены результаты ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов 8-й городской клинической стоматологической поликлиники г. Минска и 3-й городской стоматологической поликлиники г. Минска, осуществленного с целью выявления нуждаемости в лечении взрослых пациентов с дефектами зубов некариозного происхождения. Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о том, что пациенты с травматическим повреждением зубов предпочитают получать консервативное лечение в поликлиниках по месту жительства. Стоматологическая помощь оказывается врачами «по обращаемости». Полученные показатели частоты встречаемости и интенсивности травматических повреждений твердых тканей зуба при анализе амбулаторных карт пациентов могут позволить планировать меры профилактики, точной диагностики и эффективного лечения данной патологии. Они также могут быть использованы для оценки эффективности внедряемых профилактических программ и оценки качества оказания стоматологической помощи. Анализ показателя частоты встречаемости необходим для расчета финансовых затрат, связанных с приемом пациента с данной патологией (закупки необходимых инструментов и материалов).

Стоматологическая помощь относится к одному из самых массовых видов медицинской помощи. В структуре общей заболеваемости болезнями полости рта и зубов занимают третье место, причем в 90% случаев больные обслуживаются в амбулаторно-поликлинических учреждениях [1, 2]. Важнейшими условиями повышения качества работы стоматологической поликлиники являются анализ статистических данных и разработка мер по улучшению медицинского обслуживания.

В терапевтической стоматологии традиционно различают две большие группы дефектов твердых тканей. Речь идет о кариесе и некариозных поражениях. Первая группа включает заболевания с изученным патогенезом, в большинстве случаев четкой клинической картиной, позволяющей определиться с диагнозом и выбором метода лечения. Массовая поражаемость кариесом взрослого и детского населения обуславливает высокую нуждаемость в лечении и структуру стоматологической помощи, в которой 80% занимает пломбирование кариозной полости. Группа поражений зубов некариозного происхождения включает целый ряд дефектов, отличающихся как этиотропным фактором, так и клинической картиной. Часть из них развивается в антенатальном периоде и проявляется уже на стадии прорезывания зуба, а потому преимущественно лечится детскими стоматологами (гипоплазия, флюороз). В процессе жизнедеятельности патологические изменения в эмали и денти-

не чаще бывают связаны с воздействием местных (локальных) факторов. Им способствуют общие заболевания, например, внутренних органов, вредные условия производства и пр. К данной группе заболеваний относят травму зуба, клиновидный дефект, эрозию эмали, кислотный некроз, гиперестезию зуба. По классификации МКБ-10С названные дефекты представлены в различных рубриках, однако клинические диагнозы объединяют их в один большой раздел – дефекты некариозного происхождения. Подавляющее большинство из них имеют травматическую природу: фактор механического (острая и хроническая травма зуба, сошлифовывание) или химического (кислотный некроз, эрозия) воздействия.

Диагностика и лечение дефектов некариозного происхождения представляют серьезный интерес не только для практикующего врача, но и для организаторов здравоохранения в силу их высокой распространенности, разнообразия клинических проявлений, сложности в выборе методов лечения. Более того, частота их развития значительно увеличивается во всех возрастных группах пациентов в связи с особенностями их жизнедеятельности, изменениями условий проживания, питания, бытовыми привычками.

По данным отечественных и зарубежных авторов, травматические повреждения зубов регистрируются во всех возрастных группах [3–6]. Так, травмы являются второй по распространен-

ности (после кариеса) патологией тканей зуба у детей. Острая травма в 32% случаев является причиной повреждения и удаления передних зубов.

Согласно современным исследованиям, 23% осмотренных пациентов в возрасте от 10 до 70 лет имели травмы фронтальных зубов различных видов. Наиболее распространенным дефектом был перелом коронки зуба, который составлял 81% общего количества травматических повреждений зубов [4]. Анализ состояния эмали и дентина показал, что трещины встречаются у $91,45 \pm 1,05\%$ обследованных лиц [7]. По данным российских авторов, трещины зуба встречаются более чем у 90% осмотренных лиц [5, 8]. Хроническая механическая травма, приводящая к неравномерному стиранию зубов в возрасте от 40 до 98 лет, обнаружена у $71,5\text{--}92,0\%$ обследованных лиц [9–11]. Повышенное стирание зубов у жителей г. Минска достигает $38,6\%$ в возрастной группе от 55 до 64 лет [12].

Распространенность клиновидных дефектов у пациентов, обращающихся за помощью к стоматологу, колеблется от $13,9\%$ в возрасте 35–44 лет до $19,1\%$ в 45–54 года, эрозии в аналогичных возрастных группах составляют соответственно $18,2$ и $24,3\%$ [4].

Организация стоматологической помощи населению основана на оценке показателей стоматологического здоровья. Анализ результатов работы отечественных и зарубежных исследователей, свидетельствующих о высокой распространенности некариозных (в том числе, травматических) повреждений твердых тканей зуба, позволяет считать обоснованным и актуальным изучение распространенности и интенсивности данной патологии «по обращаемости». Оценка данных показателей позволит планировать организацию мер профилактики и эффективного лечения заболеваний некариозного происхождения в данных организациях здравоохранения.

Цель исследования – оценить частоту встречаемости повреждений зуба некариозного происхождения на основании ретроспективного анализа амбулаторных карт взрослых пациентов.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 165 амбулаторных карт пациентов, получающих лечение в 8-й городской клинической стоматологической поликлинике (ГКСП) г. Минска, а также 268 амбулаторных карт на базе 3-й городской стоматологической поликлиники (ГСП) г. Минска, которая специализируется на оказании неотложной стоматологической помощи.

При анализе медицинских документов учитывали следующие показатели: пол, возраст пациента,

данные анамнеза, описание жалоб, общее количество пролеченных зубов, вид лечения при травме.

К травме относили такие диагнозы, как откол эмали, перелом коронки зуба (фрактура коронки), перелом корня, трещины эмали. Кроме того, учитывали повышенное стирание (патологическую стираемость), сошлифование зубов (клиновидные дефекты), эрозии. Клиновидные дефекты были отнесены к хронической травме зуба, поскольку их развитие, прежде всего, обусловлено механическим воздействием: неправильная чистка зубов, жесткая щетка, абразивная паста. Патологическая стираемость, в свою очередь, связана с повышенной окклюзионной нагрузкой (аномалии прикуса, бруксизм и т.д.). Эрозии можно считать травматическим повреждением зуба, так как основным этиологическим фактором данной патологии является агрессивное воздействие кислоты (химическая травма) и стирающих факторов (механическая травма).

Ретроспективный анализ амбулаторных карт предусматривал распределение зубов с травматическими повреждениями в зависимости от диагноза, групповой принадлежности (резцы, клыки, премоляры, моляры). Оценивалось также состояние «травмированного» зуба: интактный, витальный (пролечен ранее по поводу кариеса), девитальный (пролечен ранее по поводу осложненного кариеса).

Результаты исследования

Анализ записей в амбулаторных картах из регистратуры 8-й ГКСП показал, что у 165 пациентов было пролечено 482 зуба с нарушением целостности твердых тканей. Из них 83 можно отнести в группу некариозных поражений (табл. 1).

Из данных, представленных в табл. 1, следует, что в соответствии с выставленным врачом-стоматологом диагнозом наибольшее количество составляли переломы коронок – $13,3\%$, далее по степени распространенности следовали откол эмали – $6,0\%$, клиновидные дефекты – $4,8\%$, стираемость диагностировалась в $2,42\%$ случаев; перелом корня и трещины – по $0,6\%$.

Анализ ситуации в зависимости от групповой принадлежности зуба характеризуют данные, представленные в табл. 2.

Наибольшее число зубов с травмой составили резцы – 34 (40%), моляров было 24 (28%), премоляров – 20 (24%). Клыки реже всего подвергались травмированию – 7 (8%) (табл. 2).

Состояние зубов при травме в зависимости от степени витальности представлено в табл. 3.

Откол эмали чаще встречался в «живых», запломбированных зубах, несколько реже в интактных, в единичном случае – в девитальном. Перелом коронки был не характерен для интактных

Таблица 1

Данные о травматических повреждениях твердых тканей, полученные при анализе амбулаторных карт пациентов 8-й ГКСП

Нозологическая форма патологии	Количество пациентов	Количество зубов	Распространенность (в процентах)	Интенсивность	Среднее число зубов
Клиновидные дефекты	8	18	4,8	0,10	2,25
Откол эмали	10	14	6,0	0,08	1,4
Перелом коронки	22	24	13,3	0,14	1,09
Перелом корня	1	1	0,60	0,006	
Трещина	1	1	0,60	0,006	
Стираемость	4	27	2,42	0,16	6,75

Таблица 2

Распределение зубов с травмой в зависимости от групповой принадлежности

Диагноз	Всего зубов	Групповая принадлежность			
		резцы	клыки	премоляры	моляры
Клиновидные дефекты	18	5 (28%)	3 (17%)	10 (56%)	-
Откол эмали	14	14 (100%)	-	-	-
Перелом коронки	24	2 (8%)	-	6 (25%)	16 (67%)
Повышенное стирание зубов	27	12 (44%)	4 (15%)	3 (11%)	8 (30%)
Всего	85	34 (40%)	7 (8%)	20 (24%)	24 (28%)

зубов и чаще всего обнаруживался в депульпированных (67%). Повышенное стирание, наоборот, превалировало в интактных зубах.

Анализ распределения дефектов в зависимости от выставленных диагнозов представлен следующим образом. Диагноз «клиновидные дефекты» отмечен в 8 амбулаторных картах пациентов, количество зубов с такой патологией составило 18 (21% из всех травм, 4% из всех пролеченных зубов), по групповой принадлежности: наибольшее количество встретилось в премолярах – 10 (56%), в резцах – 5 (28%), в клыках – 3 (16%). В молярах клиновидные дефекты не были отмечены. Все указанные зубы были без пломб или кариеса. Распространенность данной патологии составила 4,8%, интенсивность – 0,10, среднее число зубов – 2,25.

«Откол эмали» зарегистрирован в 10 амбулаторных картах, количество зубов – 14 (16% из всех зубов с травмой и 3% из всех пролеченных зубов). Из них 5 были интактными (36%), 8 – витальными (57%) (леченные по поводу кариеса с пломбами на проксимальных поверхностях). У всех ранее запломбированных зубов наблюдался скол

угла коронки и режущего края. Один случай откола эмали определялся в депульпированном зубе, который ранее был восстановлен на 2/3 пломбировочным материалом. Произошел скол медиальной поверхности и режущего края. Все случаи откола эмали наблюдались в центральной группе зубов и большинство из них (82%) сопровождалось сколом угла коронки и режущего края. Распространенность откола эмали составила 6,0%, интенсивность – 0,08, среднее число зубов – 1,4.

«Перелом коронки зуба» имел место в 22 картах пациентов, количество зубов составило 24 (28% из всех зубов с травмой и 5% из всех пролеченных зубов); по групповой принадлежности: 16 (67%) – моляры, 6 (25%) – премоляры, 2 (8%) – резцы. В клыках данный вид травмы не был отмечен. Наибольшую частоту встречаемости перелом имел в девитальных зубах – 16 (67%). При этом описывались зубы с размером пломб, достигавших 2/3 коронки зуба; 8 (33%) составили витальные зубы с пломбами. Распространенность перелома коронки составила 13,3%, интенсивность – 0,14, среднее число зубов с данной патологией – 1,09.

Таблица 3

Характеристика состояния зубов при травме

Диагноз	Состояние зубов		
	интактный	витальный	девитальный
Клиновидные дефекты	18 (100%)	-	-
Откол эмали	5 (36%)	8 (57%)	1 (7%)
Перелом коронки	-	8 (33%)	16 (67%)
Повышенное стирание зубов	26 (96%)	-	1 (4%)
Всего	49 (58%)	17 (20%)	19 (22%)

«Перелом корня зуба» отмечен в одной амбулаторной карте: зуб 25 под металлической короной, ранее лечен по поводу осложненного кариеса. На рентгенографии: литая культевая штифтовая вкладка на 1/2 длины корня, горизонтальная линия перелома в средней трети корня. Распространенность перелома корня составила 0,60%.

Диагноз «трещина» (в пределах эмали) диагностирован у 1 пациента. Трещина располагалась на вестибулярной поверхности зуба 11 в сочетании с клиновидным дефектом (ранее в пришеечной области была пломба). Распространенность данной патологии – 0,60%.

«Патологическая стираемость» диагностирована у 4 пациентов, количество зубов с данной патологией составило 27 (32% из всех травм и 6% из всех пролеченных зубов). По групповой принадлежности зубы распределялись следующим образом: резцы – 12 (44%), моляры – 8 (30%), клыки – 4 (15%), премоляры – 3 (11%). В зависимости от состояния пульпы: 26 (96%) интактных и 1 (4%) девитальный. Распространенность патологической стираемости составила 2,42%, интенсивность – 0,16, среднее число зубов с данной патологией – 6,75.

Анализ амбулаторных карт на базе 3-й ГСП показал, что у 268 пациентов было пролечено 1096 зубов с нарушением целостности твердых тканей, из них с травмой – 143. Диагнозы, которые можно отнести к травме зуба, встретились в амбулаторных картах 62 пациентов (38 женщин, 23 мужчин; по возрасту: до 45 лет было 19 человек, старше 45 лет – 43) (табл. 4).

Среди зубов с диагнозом «травма» наибольшее количество составляли переломы коронок – 26,6%. Патологическая стираемость отмечена в 24,5% случаев, клиновидные дефекты – 24,4%, гиперестезия твердых тканей зуба – 16,9%, откол эмали – 5,6%, перелом корня – 1,4%, трещина – в 0,6%.

Распределение травм в зависимости от групповой принадлежности зуба представлено в табл. 5.

Травматическое повреждение чаще всего диагностировалось в резцах – 49 (34,3%), несколько реже в премолярах – 40 (27,9%), в молярах – 28 (19,6%), в клыках – 26 (18,2%).

Как следует из данных, представленных в табл. 5, наиболее характерно развитие клиновидных дефектов и повышенного стирания. В клыках и премолярах также диагностируются клиновидные дефекты, а в молярах – перелом коронки.

Клиновидные дефекты отмечены в 11 амбулаторных картах. В 9 случаях пациенты жаловались на повышенную чувствительность зубов от температурных раздражителей, а в 2 случаях – на эстетический недостаток указанных зубов. Количество зубов с данным диагнозом составило 35 (24,4% из всех травм, 3,1% из всех пролеченных зубов). Наибольшее количество клиновидных дефектов было отмечено в резцах – 14 (40%), в клыках – 11 (31%), в премолярах – 10 (29%); в молярах клиновидные дефекты не обнаруживались. Клинические дефекты развивались на интактных зубах. Распространенность данной патологии со-

Таблица 4

Частота встречаемости травматических повреждений зуба среди пациентов 3-й ГСП

Диагноз	Всего зубов с травмой	В процентах от всех травм	В процентах от всех пролеченных зубов
Клиновидные дефекты	35	24,4	3,1
Откол эмали	8	5,6	0,7
Перелом коронки	38	26,6	3,5
Перелом корня	2	1,3	0,1
Трещина	1	0,6	0,09
Повышенное стирание зубов	35	24,5	3,1
Гиперестезия зубов	24	16,9	2,1

Таблица 5

Распределение зубов с травмой в зависимости от групповой принадлежности

Диагноз	Всего зубов	Групповая принадлежность			
		резцы	клыки	премоляры	моляры
Клиновидные дефекты	35	14 (40%)	11 (32%)	10 (28%)	-
Откол эмали	8	5 (62%)	-	1 (13%)	2 (25%)
Перелом коронки	38	5 (13%)	3 (7%)	15 (40%)	15 (40%)
Перелом корня	2	2 (100%)	-	-	-
Трещина	1	1 (100%)	-	-	-
Повышенное стирание зубов	35	14 (40%)	7 (20%)	6 (18%)	8 (22%)
Гиперестезия зубов	24	8 (33%)	5 (21%)	8 (33%)	3 (13%)
Всего	143 (100%)	49 (34,3%)	26 (18,2%)	40 (27,9%)	28 (19,6%)

ставила 4,1%, интенсивность – 0,1, среднее число зубов – 3,38. В соответствии с записями в амбулаторных картах лечение всех зубов с клиновидными дефектами заключалось в пломбировании композиционным материалом.

Диагноз «откол эмали» зарегистрирован в 7 амбулаторных картах. Пациенты отмечали повышенную чувствительность зубов от температурных и химических раздражителей, а также острые края травмированных зубов. Количество зубов с отколом эмали составило 8 (5,6% всех зубов с травмой и 0,7% всех пролеченных зубов), из них в интактном 22 зубе произошел скол мезиального угла коронки и режущего края при падении пациентки. Из 6 витальных зубов (леченных ранее по поводу кариеса) в 3 резцах наблюдался скол угла коронки и режущего края. Отмечен 1 случай откола эмали в депульпированном 22 зубе, который был восстановлен на 2/3 пломбирочным материалом, произошел скол мезиальной поверхности и режущего края. Распространенность откола эмали составила 2,6%, интенсивность – 0,02, среднее число зубов – 1,14.

Диагноз «перелом коронки зуба» отмечен в 33 картах, количество зубов – 38 (26,6% всех зубов с травмой и 3,5% всех пролеченных). По групповой принадлежности 15 (40%) составили моляры, 15 (40%) – премоляры, 5 (13%) – резцы, 3 (7%) – клыки.

Данные о состоянии зубов при травме представлены в табл. 6.

Наиболее часто перелом коронки встречался в девитальных зубах – 24 (63% всех случаев), при этом были отмечены зубы с размером пломб до 2/3 коронки зуба. По групповой принадлежности среди девитальных зубов перелом коронки встречался в молярах (13), премолярах (8), клыках (3), перелом коронки в резцах не встречался.

Перелом коронки витального зуба был отмечен в 12 зубах (31% всех переломов коронок). Большинство переломов встречалось в премолярах – 7 (59%). Перелом коронки интактного зуба зарегистрирован в 2 зубах (5% всех подобных диагнозов). Как следует из описания в амбулаторной карте, переломы зубов 11, 12 обра-

зовались в результате удара по лицу твердым предметом.

Ретроспективный анализ показал, что распространенность перелома коронки составила 12,3%, интенсивность – 0,14, среднее число зубов с данной патологией – 1,15.

Диагноз «трещина» (в пределах эмали) описан у 1 пациента. Трещина располагалась на вестибулярной поверхности 11 зуба в сочетании с клиновидным дефектом (ранее в пришеечной области зуба 11 стояла пломба).

Патологическая стираемость отмечена в амбулаторных картах 6 пациентов, количество зубов с данной патологией составило 35 (24,5% всех травм и 3% всех пролеченных зубов); по групповой принадлежности зубы с патологической стираемостью распределились следующим образом: резцы – 14 (40%), моляры – 8 (22%), клыки – 7 (21%), премоляры – 6 (17%). Все зубы, имеющие патологическую стираемость, были интактными. Распространенность патологической стираемости составила 0,02%, интенсивность – 0,13, среднее число зубов с данной патологией – 5,8.

Диагноз «повышенная чувствительность зубов» был поставлен в амбулаторных картах 5 пациентов. Количество зубов с данным диагнозом составило 24, из них резцы – 8 (33%), премоляры – 8 (33%), клыки – 5 (21%), моляры – 3 (13%). Все пациенты предъявляли жалобы на повышенную чувствительность зубов к температурным раздражителям. Лечение гиперестезии осуществлялось путем покрытия зубов фтор-лаком.

Распространенность повышенной чувствительности зубов составила 0,01%, интенсивность – 0,08, среднее число зубов с данной патологией – 4,8 (табл. 7).

Анализ результатов ретроспективного изучения нуждаемости взрослого населения в лечении дефектов некариозного поражения по материалам обычной городской поликлиники и медицинского учреждения, специализирующегося на оказании скорой стоматологической помощи, представлен в табл. 8.

Как следует из данных, представленных в табл. 8, распределение зубов с некариозными поражениями в зависимости от поставленных диа-

Таблица 6

Характеристика состояния зубов при травме

Диагноз	Всего зубов	Состояние зубов		
		интактный	витальный	девитальный
Клиновидные дефекты	35	35 (100%)	-	-
Откол эмали	8	1 (12,5%)	6 (75%)	1 (12,5%)
Перелом коронки	38	2 (5,3%)	12 (31,6%)	24 (63,1%)
Повышенное стирание зубов	35	35 (100%)	-	-
Гиперестезия зубов	24	24 (100%)	-	-
Всего	143 (100%)	99 (69,3%)	19 (13,3%)	25 (17,4%)

гнозов существенно не отличалось в двух указанных выше стоматологических поликлиниках, несмотря на специфику одной из них – оказание скорой помощи. Так, на первом месте по частоте встречаемости в обеих поликлиниках стоит перелом коронки (8 ГКСП – 28%; 3 ГСП – 26,6%), данный диагноз отмечен в большинстве случаев в девитальных зубах (8 ГКСП – 67%; 3 ГСП – 63,1%), далее следуют повышенная стираемость (8 ГКСП – 32%; 3 ГСП – 24,5%) и клиновидные дефекты (8 ГКСП – 21%; 3 ГСП – 24,4%). Диагноз «откол эмали» в 8 ГКСП отмечался в 16% всех травм, а в 3 ГСП – в 5,6%. Наименьшее количество по частоте встречаемости в обеих поликлиниках составили гиперестезия (8 ГКСП – 15,7%, 3 ГСП – 16,9%), перелом корня (1,5 и 1,3%), трещина (1,5 и 0,6% соответственно). Диагнозы «повышенная стираемость», «клиновидный дефект», «откол эмали», «гиперестезия» были отмечены только в интактных зубах. Диагноз «эрозия эмали» не встретился ни в одной из анализируемых амбулаторных карт пациентов в обеих поликлиниках.

Исходя из принадлежности зубов к определенной группе, можно отметить, что для резцов характерны все виды травматического повреждения, причем преобладают либо откол эмали, либо повышенная стираемость (до 14%). При этом интактные зубы подвержены стиранию и сошлифовыванию (образованию клиновидных дефектов), а запломбированные и депульпированные – сколу и перелому коронки. Последняя нозология особенно характерна для девитальных моляров.

Заключение

Таким образом, ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов 8-й ГКСП показал значимо высокую встречаемость травмы зуба (18% всех пролеченных зубов). Наибольшую распространенность составили переломы коронок – 13,3%, затем следовали откол эмали – 6,0%, клиновидные дефекты – 4,8%, патологическая стираемость зубов – 2,42%. Кроме того, отмечен один случай перелома корня и одна трещина эмали зуба (0,60%).

В зависимости от групповой принадлежности зубов наибольшее число травматических повреждений отмечалось в резцах (40%), в молярах – 28%, в премолярах – 24%, в клыках – 8%.

Максимальное количество зубов, подверженных травме, характерно при патологической стираемости – 27(33%), что связано с особенностями проявления данной патологии: интенсивная убыль твердых тканей может отмечаться как в одном зубе, так и в группе или во всех зубах.

Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов 3-й ГСП показал, что число зубов с травмой составило 13% всех пролеченных зубов. Острая травма зуба составила 33% всех травма-

Таблица 7

Данные о травматических повреждениях твердых тканей, полученные при анализе амбулаторных карт пациентов

Нозологическая форма патологии	Количество пациентов	Количество зубов	Распространенность (в процентах)	Интенсивность	Среднее число зубов
Клиновидные дефекты	11	35	4,1	0,1	3,18
Откол эмали	7	8	2,6	0,02	1,14
Перелом коронки	33	38	12,3	0,14	1,15
Перелом корня	2	2	0,007	0,007	
Трещина	1	1	0,003	0,003	
Стираемость	6	35	0,02	0,13	5,8
Повышенная чувствительность зубов	5	24	0,01	0,08	4,8

Таблица 8

Частота встречаемости различных травматических повреждений зуба среди пациентов 8-й ГКСП и 3-й ГСП

Диагноз	Всего зубов с травмой		В процентах от всех травм		В процентах от пролеченных зубов	
	8 ГКСП	3 ГСП	8 ГКСП	3 ГСП	8 ГКСП	3 ГСП
Клиновидный дефект	18	35	21	24,4	4	3,1
Откол	14	8	16	5,6	3	0,7
Перелом	24	38	28	26,6	5	3,5
Перелом	1	2	1,5	1,3	0,1	0,1
Трещина	1	1	1,5	0,6	0,1	0,09
Повышенная стираемость	27	35	32	24,5	6	3,1
Гиперестезия	14	24	15,7	16,9	1,8	2,1

тических повреждений зубов и чаще всего была представлена переломом коронки (38 зубов, 26,6%). Откол эмали встретился в 8 зубах (5,6%), также были отмечены 2 зуба с переломом корня. Хроническая травма зуба встречалась с такой же частотой, как и перелом коронки зуба. Среди зубов с хронической травмой наибольшее количество составили зубы с клиновидными дефектами и патологической стираемостью.

В зависимости от групповой принадлежности зубов травма распределялась следующим образом: в резцах – 34,4%, в премолярах – 27,9%, в молярах – 19,6%, в клыках – 18,2%. В резцах в большинстве случаев встречались клиновидные дефекты и повышенное стирание зубов, в клыках – клиновидные дефекты, в премолярах и молярах – перелом коронки.

Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о том, что пациенты с травматическим повреждением зубов предпочитают получать консервативное лечение в поликлиниках по месту жительства. Стоматологическая помощь оказывается врачами «по обращаемости». Полученные показатели частоты встречаемости и интенсивности травматических повреждений твердых тканей зуба при анализе амбулаторных карт пациентов могут позволить планировать меры профилактики, точной диагностики и эффективного лечения данной патологии. Они также могут быть использованы для оценки эффективности внедряемых профилактических программ и оценки качества оказания стоматологической помощи. Анализ показателя частоты встречаемости необходим для расчета финансовых затрат, связанных с приемом пациента с данной патологией, в частности, требующихся для закупки необходимых инструментов и материалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кириченко, Ю.Н. Основы организации стоматологической помощи: учеб. пособие / Ю.Н.Кириченко. – Курск, 2005. – С.46–48.
2. Леус, Л.А. Задачи практической реализации программы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта в Республике Беларусь / Л.А.Леус // Актуальные вопросы медицины: сб. материалов науч.-практ. конф. – Минск, 2001. – С.18–20.
3. Терехова, Т.Н. Травматические повреждения зубов у детей: учеб.-метод. пособие / Т.Н.Терехова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2011. – С.2–3.
4. Марченко, Е.И. Распространенность придесневых дефектов твердых тканей зуба у населения Республики Беларусь / Е.И.Марченко, И.Г.Чухрай // Медицина. – 2004. – №4. – С.33–35.
5. Andreassen, J.O. Traumatic dental injuries – a manual, 2nd edition / J.O.Andreassen, F.M.Andreassen, L.K.Backland, M.T.Flores. – Blackwell Munksgaard, 2003. – 85 p.
6. Bastone, E.B. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature / E.B.Bastone, T.J.Freer, J.R.Mcnamara // Aust. Dent. J. – 2000. – Vol.45. – P.2–9.
7. Луцкая, И.К. Частота трещин эмали и дентина в постоянных зубах / И.К.Луцкая, Г.С.Ничипорович // Стоматологический журнал. – 2006. – №2. – С.87–91.
8. Гречишников, В.И. Повышение резистентности твердых тканей депульпированных зубов: автореф. дис.... д-ра мед. наук / В.И.Гречишников. – М., 1992. – 24 с.
9. Калинина, Ж.П. Характеристика основных поверхностных травматических повреждений эмали зубов человека: автореф. дис.... канд. мед. наук / Ж.П.Калинина. – Омск, 2003. – 22 с.
10. Чупрынина, Н.М. Травма зубов / Н.М.Чупрынина, А.И.Воложин, Н.В.Гинали. – М.: Медицина, 1993. – 160 с.
11. Lam, R. Dental trauma in an Australian rural centre / R.Lam, P.Abbott, C.Lloyd [et al.] // Dent. Traumatol. – 2008. – Vol.24, No.6. – P.663–670.
12. Казеко, Л.А. Повышенное стирание зубов: учеб.-метод. пособие / Л.А.Казеко, О.А.Круглик. – Минск: БГМУ, 2009. – С.9–10.
13. Самолазова, Е.С. Распространенность травм фронтальных зубов у различных возрастных групп / Е.С.Самолазова // Студенческая медицинская наука 21 века: материалы 8-й междунар. науч.-практ. конф. – Витебск, 2008. – С.479–481.

ANALYSIS OF NEEDS IN TREATMENT OF ADULT PATIENTS WITH NON-CARIOUS TOOTH DEFECTS

I.K.Lutskaya, I.P.Kovalenko

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Republic of Belarus

Results on the retrospective analysis of the outpatient medical records of the patients from City Clinical Dental Polyclinic No.8 and City Dental Polyclinic No.3 of the city of Minsk aimed at identifying needs in treatment of the adult patients with non-carious tooth defects have been presented. These results show that patients with traumatic tooth injures prefer to receive conservative treatment at the polyclinics, located in a patient's place of residence. Dental care is provided by dentists depending on medical care appealability. These indicators on the occurrence and intensity frequency of traumatic injures of dental solid tissues can allow planning measures for the prevention, accurate diagnosis and effective treatment of this disease. They can also be used to assess the efficiency of the implemented prevention programs and assess the quality of dental care. The analysis of the indicator on the occurrence frequency is needed to calculate the financial costs related to treatment of patients with this pathology (purchases of necessary tools and materials).

Поступила 06.11.2013 г.