

2. Романцова Т.И. Репродукция и энергетический баланс: интегративная роль пролактина. *Ожирение и метаболизм*. 2014; (1): 5–18. [Romantsova T.I. Reproduction and energy balance: the integrative role of prolactin. *Ozhirenie i metabolizm*. 2014; (1): 5–18. (In Russ.)] DOI: 10.14341/omet201415-18.

3. Мычка В.Б. *Женское сердце*. М. 2012; 191 с. [Mychka V.B. *Zhenskoe serdtse*. (Women's Heart.) Moscow. 2012; 191 p. (In Russ.)]

4. Wellons M., Ouyang P., Schreiner P.J. et al. Early menopause predicts future coronary heart disease and stroke: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Menopause*. 2012; 19 (10): 1081–1087. DOI: 10.1097/gme.0b013e3182517bd0.

5. Kallen A.N., Pal L. Cardiovascular disease and ovarian function. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2011; 23 (4): 258–267. DOI: 10.1097/GCO.0b013e3283488a21.

6. Gambacciani M., Rosano G., Cappagli B. et al. Clinical and metabolic effects of drospirenone-estradiol in menopausal women: a prospective study. *Climacteric*.

2011; 14 (1): 18–24. DOI: 10.3109/13697137.2010.520099.

7. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Менопаузальный синдром у женщин с нарушениями углеводного обмена. Альтернативные и дополнительные методы терапии в климактерии (обзор литературы). *Гинекология*. 2011; (3): 4–7. [Grigoryan O.R., Andreeva E.N. Menopausal syndrome in women with impaired carbohydrate metabolism. Alternative and additional methods of therapy in menopause (literature review). *Ginekologiya*. 2011; (3): 4–7. (In Russ.)]

8. Вихляева Е.М. *Руководство по эндокринной гинекологии*. М.: МИА. 2006; 784 с. [Vikhlyayeva E.M. *Rukovodstvo po endokrinnoy ginekologii*. (Guide to endocrine gynecology.) Moscow: MIA. 2006; 784 p. (In Russ.)]

9. Тюрин Ю.И., Макарова А.А. *Анализ данных на компьютере*. М.: Мысль. 2003; 280 с. [Tyurin Yu.I., Makarova A.A. *Analiz dannykh na kompyutere*. (Computer-aided data analysis.) Moscow: Mysl'. 2003; 280 p. (In Russ.)]

УДК 616.314-007.1: 616-056.7

© 2017 Алиев З.У.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АТРИБУТИВНОГО РИСКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА

*Заур Узеир оглы Алиев**

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева

Поступила 04.04.2016; принята в печать 28.04.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-701

Цель. Оценить степень атрибутивного риска распространённости зубочелюстных лицевых аномалий у детей в зависимости от особенностей семейного анамнеза.

Методы. Была сформирована выборка в объёме 2000 детей (250 мальчиков и 250 девочек четырёх возрастных групп: 3–5, 6–9, 10–12 и 13–15 лет). Путём опроса родителей была получена характеристика семейного анамнеза. Степень риска зубочелюстных лицевых аномалий определяли путём сравнения их частоты в группах с отягощённым и нормальным семейным анамнезом. Атрибутивный риск определяли как разность частоты зубочелюстных лицевых аномалий.

Результаты. Количество зубов с аномальным положением в расчёте на 100 обследованных колебалось в широком интервале: от 72,3±1,1 до 105,4±5,3. В зависимости от различной характеристики семейного анамнеза размер атрибутивного риска аномалий положения зубов колебался в интервале от 3,0 до 33,1 в расчёте на 100 детей. Наибольший атрибутивный риск аномалий положения зубов у детей установлен в тех случаях, когда зубочелюстные лицевые аномалии были в анамнезе у их родителей (33,1%). При наличии зубочелюстных лицевых аномалий в анамнезе у близких родственников (за исключением бабушек и дедушек) у детей атрибутивный риск аномалий положения зубов составлял 11,4–14,8%. В группах детей, у которых в анамнезе бабушек и дедушек были зубочелюстные лицевые аномалии, частота аномалий положения зубов (80,9±2,0 в расчёте на 100 детей) достоверно не отличалась от таковой в контрольной группе (77,9±1,0). Это можно связывать с тем, что во время опроса родителей они не могли точно освидетельствовать наличие зубочелюстных лицевых аномалий в анамнезе бабушек и дедушек.

Вывод. Отягощённость семейного анамнеза у детей ассоциируется с высоким атрибутивным риском аномалий прикуса и положения зубов.

Ключевые слова: зубочелюстные лицевые аномалии, распространённость, атрибутивный риск, семейный анамнез.

EVALUATION OF ATTRIBUTABLE RISK OF DENTOALVEOLAR AND FACIAL ANOMALIES PREVALENCE AMONG CHILDREN DEPENDING ON THE FEATURES OF FAMILY HISTORY

Z.U. Aliev

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, Baku, Azerbaijan

Aim. To assess the attributable risk of dentoalveolar and facial anomalies prevalence among children depending on the features of family history.

Methods. A sample of 2000 children was selected (250 boys and 250 girls from 4 age groups: 3–5, 6–9, 10–12 and 13–15 years). Characteristics of the family history was obtained by parents' survey. The risk of dentoalveolar and facial anomalies was determined by comparing their frequency between groups with compromised and normal family history.

Attributable risk was defined as the difference in the frequency of dentoalveolar and facial anomalies.

Results. The number of teeth with abnormal position per 100 examined patients ranged widely: from 72.3 ± 1.1 to 105.4 ± 5.3 . Depending on various characteristics of the family history, the attributable risk of anomalous tooth position varied in the range from 3.0 to 33.1 per 100 children. The highest attributable risk of anomalies of the tooth position in children was revealed in cases when their parents had a history of dentoalveolar and facial anomalies (33.1%). In the presence of close relatives' history of dentoalveolar and facial anomalies (except grandparents) attributable risk of anomalies of the tooth position in children was 11.4–14.8%. In the groups of children, whose grandparents had a history of dentoalveolar and facial anomalies, the prevalence of anomalies of the tooth position (80.9 ± 2.0 per 100 children) was not significantly different from that in the control group (77.9 ± 1.0). It can be explained by the fact that during the parents' survey they were not able to state with certainty grandparents' history of dentoalveolar and facial anomalies.

Conclusion. Compromised family history in children is associated with high attributable risk of anomalies of occlusion and tooth position.

Keywords: dentoalveolar and facial anomalies, prevalence, attributable risk, family history.

Лечение детей с зубочелюстными лице-выми аномалиями (ЗЧЛА) — трудоёмкая и ресурсоёмкая работа, которая не всегда завершается успехом [1–3]. В свете этого более перспективным направлением в стоматологии считают профилактику ЗЧЛА, программа которой формируется на основе доказательной научной базы о роли факторов риска [4–6].

Среди вероятных факторов риска ЗЧЛА особое место занимает генетические факторы. Считают, что этнические особенности строения зубочелюстной системы, географическая изолированность народности, семейный анамнез и прочие наследственно обусловленные факторы самостоятельно и при сочетании с внешними факторами (экологическими, экономическими, психологическими) значительно повышают вероятность развития ЗЧЛА [2, 7]. Следовательно, первичную профилактику ЗЧЛА необходимо проводить на ранних этапах развития ребёнка. Для целенаправленной ориентации службы первичного звена здравоохранения на профилактику ЗЧЛА большое значение имеет оценка степени риска в зависимости от особенностей семейного анамнеза.

Цель исследования — оценить степень атрибутивного риска распространённости ЗЧЛА у детей в зависимости от особенностей семейного анамнеза.

Исследования проведены на базе Бакинского детского стоматологического центра. Случайным отбором была сформирована выборка в объёме 2000 детей (250 мальчиков и 250 девочек четырёх возрастных групп: 3–5, 6–9, 10–12 и 13–15 лет). Информацию о наличии ЗЧЛА у родителей, братьев, сестёр, бабушек, дедушек и других родственников (двоюродных братьев и сестёр) собирали путём опроса родителей.

Выборочная совокупность была распределена на группы по характеристикам семейного анамнеза (наличие или отсутствие в семейном анамнезе лиц с ЗЧЛА). В каж-

дой группе была установлена распространённость ЗЧЛА, которые были выявлены нами путём непосредственного комплексного стоматологического обследования детей. Степень риска ЗЧЛА определяли путём сравнения частоты ЗЧЛА в группах с отягощённым и нормальным семейным анамнезом. Атрибутивный риск (attributable risk), или добавочный риск, определяли как разность частоты ЗЧЛА в отмеченных группах (разница рисков — risk difference). Оценку риска проводили в соответствии с рекомендациями Р. Флетчер и соавт. [7].

Наиболее распространённая форма ЗЧЛА — аномалии положения зубов, которые в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра включают скученность, диастему, смещение, поворот, нарушение межзубных промежутков, транспозицию, ретенированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов.

В зависимости от различного семейного анамнеза количество зубов с аномальным положением в расчёте на 100 обследованных колебалось в широком интервале: от $72,3 \pm 1,1$ до $105,4 \pm 5,3$. Статистически значимо ($p < 0,05$) высокие параметры этого показателя были установлены в группах детей, у которых в анамнезе родителей, братьев, сестёр ($105,4 \pm 5,3$ и $87,9 \pm 1,8$ соответственно) и других родственников (двоюродных братьев и сестёр) отмечались ЗЧЛА — в отличие от детей без такового семейного анамнеза.

В зависимости от степени родства атрибутивный риск аномалий положения зубов колебался в интервале от 3,0 до 33,1 в расчёте на 100 детей. Наибольший атрибутивный риск аномалий положения зубов у детей установлен в тех случаях, когда ЗЧЛА отмечались у родителей (33,1%). При наличии ЗЧЛА в анамнезе у братьев и сестёр, а также других близких родственников (за исключением бабушек и дедушек) у детей атрибутивный риск аномалий положения зубов составлял 11,4–14,8%.

В группах детей, у которых в анамнезе бабушек и дедушек были ЗЧЛА, частота аномалий положения зубов ($80,9 \pm 2,0$ в расчёте на 100 детей) статистически значимо не отличалась от таковой в группе детей с неотягощённым семейным анамнезом ($77,9 \pm 1,0$). Это можно связать с тем, что во время опроса родителей они не могли точно освидетельствовать наличие ЗЧЛА в анамнезе бабушек и дедушек. Таким образом, отягощённый семейный анамнез (наличие ЗЧЛА у родителей, братьев и сестёр, а также близких родственников) ассоциируется с высокой вероятностью развития аномалий положения зубов. При этом размер атрибутивного риска колеблется в интервале от 11,4 до 33,1 случая на 100 детей.

Частота аномалий прикуса колебалась в интервале от $51,7 \pm 1,2$ до $86,1 \pm 1,9$ случая в расчёте на 100 детей с разной характеристикой семейного анамнеза. По сравнению с группой детей без отягощённого семейного анамнеза частота аномального прикуса в группах детей с отягощённым семейным анамнезом (при различной степени родства) была статистически значимо выше ($p < 0,05$). Величина атрибутивного риска аномалий прикуса колебалась в интервале от 23,8 до 34,2 случая в расчёте на 100 детей и была наиболее высока в подгруппах детей, у которых отмечены ЗЧЛА у родителей, братьев и сестёр.

Аномалии отдельных зубов (без изменения положения) встречались относительно редко: в зависимости от разной характеристики семейного анамнеза на 100 детей приходилось от $5,8 \pm 0,6$ до $12,1 \pm 1,7$ случая данного вида аномалий. Высокая частота аномалий отдельных зубов ($p < 0,05$ по сравнению с группой без отягощённого семейного анамнеза) отмечена в группах детей, у которых в анамнезе родителей ($12,1 \pm 1,7$ случая на 100 детей), братьев и сестёр ($10,4 \pm 1,6$ случая на 100 детей), других близких родственников ($10,3 \pm 1,7$ случая на 100 детей) были ЗЧЛА. Таким образом, на примере отмеченной патологии также подтверждается роль отягощённости семейного анамнеза в формировании

риска аномалий зубов. Атрибутивный риск относительно невысок (2,1–6,3 случая в расчёте на 100 детей).

ВЫВОД

Отягощённость семейного анамнеза (наличие зубочелюстных лицевых аномалий в анамнезе у родителей, братьев, сестёр и других родственников) ассоциируется с большей частотой аномалий прикуса и аномалий положения зубов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ульяновская С.А., Шурундина С.С. *К вопросу об аномалиях количества зубов*. ГБОУ ВПО СГМУ Минздравоохранения. 2012; 54–59. [Ul'janovskaja S.A., Shurundina S.S. *K voprosu ob anomalijah kolichestva zubov*. (To the question of tooth number anomalies.) GBOU VPO SGMU Minzdravsocrazvitija. 2012; 54–59. (In Russ.)]
2. Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М. *Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов*. М.: Медицина. 2011; 264 с. [Khoroshilkina F.Ya., Malygin Yu.M. *Osnovy konstruirovaniya i tekhnologiya izgotovleniya ortodonticheskikh apparatov*. (Basics of construction and technique of orthodontic appliances fabrication.) Moscow: Meditsina. 2011; 264 p. (In Russ.)]
3. Camila M.C., Fernanda N.P.C., Nilza N.F.L. et al. Dental anomalies in children submitted to antineoplastic therapy. *Clinics (Sao Paulo)*. 2014; 69 (6): 433–437. DOI: 10.6061/clinics/2014(06)11.
4. Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н. *Пропедевтическая ортодонтия*. Учебное пособие. 2007; 160 с. [Obraztsov Yu.L., Larionov S.N. *Propedevticheskaya ortodontiya*. Uchebnoe posobie. (Propaedeutic orthodontics. Study guide.) 2007; 160 p. (In Russ.)]
5. Хорошилкина Ф.Я., Френкель Р., Демпер Л.М., Молягин Ю.М. *Диагностика и функциональное лечение зубочелюстнолицевых аномалий*. М.: Медицина. 1987; 304 с. [Khoroshilkina F.Ya., Frenkel' R., Demper L.M., Molygin Yu.M. *Diagnostika i funktsional'noe lechenie zubochelestnolitsevykh anomalij*. (Diagnosis and functional treatment of dentoalveolar and facial anomalies.) Moscow: Meditsina. 1987; 304 p. (In Russ.)]
6. Russell K. Treatment and care options for patients with facial differences. *J. Can. Dent. Assoc.* 2010; 76 (2): 93–94.
7. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. *Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины*. Пер. с англ. М.: Медиа Сфера. 1998; 352 с. [Fletcher R.H., Fletcher S.W. *Clinical epidemiology: the essentials*. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins. 1996. 258 p. Russ. Ed.: Fletcher R., Fletcher S., Vagner E. *Klinicheskaya epidemiologiya. Osnovy dokazatel'noy meditsiny*. Moscow: Media Sfera. 1998; 352 p. (In Russ.)]