

Алексєенко Н.В., Щербина І.М., Білоус А.В.

ПОШИРЕНІСТЬ ОКРЕМИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ І ДЕФОРМАЦІЙ У ДІТЕЙ м. ДНІПРОПЕТРОВСЬКА

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

У наш час зубощелепні аномалії й деформації зустрічаються в більшості населення (79%), що вимагає своєчасної діагностики ортодонтичної патології, застосування найефективніших методів профілактики і лікування.

Метою дослідження було виявити, з якою частотою зустрічається та чи інша форма ортодонтичної патології. Для цього ми провели біометричний аналіз діагностичних моделей, проаналізували дані проведених оглядів і анкет для виявлення частоти поширеності окремих зубощелепних деформацій у дітей 7,12,15 років.

Отримані нами дані показують, що частіше зустрічаються аномалії положення окремих зубів (76,0%). До цієї групи деформацій ми віднесли тортоаномалії, диспозиції, ендодипозиції, латеро- і медіопозиції, а також супра- й інфрапозиції окремих зубів.

На другому місці за частотою виявлення - скупчене положення різців верхньої та нижньої щелеп. Частота цієї деформації становить 60,7% і 20,7% відповідно для різців нижньої й верхньої щелеп.

Слід зазначити, що остаточне прорізування других постійних молярів і прорізування третіх постійних молярів тільки збільшує ситуацію у фронтальному відділі верхньої й нижньої щелеп. Тому в старших вікових групах цей відсоток буде тільки рости.

Діастема між верхніми центральними різцями часто спостерігається в дітей 7-12 років (15%).

Вона має тенденцію до закриття з прорізуванням усіх постійних зубів (за відсутності обтяжених факторів, таких як низьке прикріплення вуздечки верхньої губи), однак близько 3% підлітків у віці 15 років усе-таки мають діастему.

Частою причиною зміни положення зубів у фронтальній ділянці є зміна розмірів зубних рядів у трансверзальній площині, тобто звуження зубного ряду (64,1%), і в сагітальній - укорочення зубного ряду (49,9%).

Перехресна оклюзія зустрічається відносно рідко у всіх вікових групах (2,6%). Змикання II класу за Енглема спостерігається у 29,3% дітей, зворотне різцеве перекриття, що свідчить про змикання молярів III класу, діагностується набагато рідше (2,0%). Виражені аномалії оклюзії II і III класів, що перебувають на межі можливостей ортодонтичної корекції, зустрічаються у 2% дітей.

У 90% випадків дистальна оклюзія, звуження зубних рядів і скупчене положення різців взаємозалежні й зустрічаються в одного пацієнта. За нашим даними, в 95% пацієнтів дистальна оклюзія поєднана зі звуженням верхнього зубного.

Відхилення у вертикальній площині визначається у 21% дитячого населення, високий відсоток якого має глибоке різцеве перекриття. Виражене глибоке перекриття (5 мм і більше) зустрічається в 9,3% дітей, вертикальна різцева дизоклюзія (вертикальна

щілина 2 мм і більше) спостерігається в 7,3 % випадків.

Також за результатами аналізу був отриманий досить високий відсоток мезіального зсуву бічної групи зубів (25,0%). При цьому в 100% дітей із цією деформацією було раннє видалення тимчасових зубів через карієс і його ускладнення. Рання втрата тимчасового зуба становить собою потенційну проблему, оскільки ускладненням унаслідок неї стає пасивний мезіальний зсув тимчасових і постійних молярів. При ранній втраті тимчасового першого моляра також з'являється тенденція до закриття проміжку. Це закриття відбувається в першу чергу через дистальне зрушення різців та іклів.

В анкетах більшість батьків зазначили, що видалення тимчасових зубів у їхніх дітей було обрано ними як альтернативний варіант лікування, - 68,7% ("навіщо лікувати зуб, якщо незабаром він однаково випаде") або було запропоновано як варіант лікування самим стоматологом-терапевтом - 35,3% ("зуб простіше видалити, ніж лікувати"). При цьому практично ніхто з батьків не був попереджений лікарем про можливі наслідки раннього видалення й необхідність консультації ортодонта з метою виготовлення тимчасових профілактичних замісних конструкцій.

У наш час досить часто зустрічається гіподентія. Найчастіше відсутні зачатки третіх постійних

молярів (45%), других премолярів (3%), перших премолярів (2%), постійних бічних різців верхньої щелепи (8%). При цьому аномалія кількості зубів зустрічається з однаковою частотою як у дівчаток, так і в хлопчиків. Через досить високі відсотки й закономірність у відсутності тільки даної групи зу-

бів можна припустити, що спостережуваний процес є еволюцією зубощелепної системи людини, тому що вищезгадані групи зубів несуть найменше функціональне навантаження в порівнянні з іншими групами зубів, а відповідно з принципами еволюційного процесу редукуються.

Слід також зазначити, що в значної кількості обстежуваних дітей є поєднання аномалій положення зубів з аномалією оклюзії (76,5% випадків серед пацієнтів з аномаліями оклюзії), а також наявні кілька видів аномалій прикусу одночасно.

Безвушко Е.В.

ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ З НЕСПРИЯТЛИВИМИ ЧИННИКАМИ ДОВКІЛЛЯ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Аналіз літератури з епідеміології зубощелепних аномалій свідчить, що поширеність їх зростає (Деньга О.В. і співав., 2004; Заєць О.Р., Ожоган З.Р., 2005; Сунцов В.Г. и соавт., 2005; Чуйкин С.В. и соавт., 2010). На думку авторів, є ціла низка стійких чинників ризику, що призводять до формування цієї патології, – ускладнений антенатальний період розвитку дитини, знижена імунологічна реактивність, шкідливі звички, соматична патологія, порушення функцій ковтання, жування, дихання тощо. Окрім названих чинників, необхідно враховувати стан навколишнього середовища, тому що погіршення екологічних умов негативно впливає на закономірні процеси розвитку дитячого організму, в тому числі й на формування зубощелепної системи (Сердюк А.М., Тимченко О.І., 2000).

Вплив чинників навколишнього середовища позначається і на формуванні структурно-функціонального стану кісткової системи (Скальний А.В., 2003; Сміян І.С., Романюк Л.Б., 2002). Дослідження Фролової Т.В. і спіавт. (2007) довели, що серед дітей зниження

мінеральної щільності кісткової тканини спостерігається в межах від 14,6% до 30,3% випадків. Остеопенічні порушення в організмі дітей впливають на формування резистентності емалі зубів, а також і на кісткову систему зубощелепної ділянки, що призводить до карієсу зубів і зубощелепних аномалій.

Ураховуючи посилену увагу до оцінки постнатальних чинників ризику виникнення зубощелепних аномалій, ми визначили мету дослідження: оцінити поширеність зубощелепних аномалій у дітей, які проживають на території з різними рівнями сумарного забруднення.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 1454 дитини Львівської області 7-, 12- і 15-річного віку, які проживають у різних умовах забруднення довкілля.

Результати дослідження. Отримані дані епідеміологічного обстеження дітей показали, що поширеність зубощелепних аномалій у дітей, які проживають на території з низьким рівнем забруднення, складає 62,77±8,74%, а на більш забрудненій території – 51,88±9,35%, $p >$

0,05. Серед 7-річних дітей, які проживають у населених пунктах із низьким рівнем сумарного забруднення, поширеність зубощелепних аномалій склала 56,68±8,80%, а в дітей, які проживають на більш забрудненій території, – 47,96±9,63%, $p > 0,05$. У дітей у період пізнього змінного прикусу (12 років) частота зубощелепних аномалій становить відповідно 62,92±8,61% і 50,56±9,97%, $p > 0,05$; при постійному прикусі поширеність зростає і складає відповідно 66,73±8,82% і 57,14±8,46%, $p > 0,05$. Вищі рівні поширеності зубощелепних аномалій діагностовано в населених пунктах Городок (у середньому 59,14±10,01%), Стебник (66,66±9,17%), Борислав (100%), Стрий (72,81±8,53%), Дрогобич (62,84±10,88%).

Нами проаналізована в обстежених дітей структура аномалій прикусу. У середньому в поширеності аномалій прикусу в дітей, які проживають на території з різними рівнями сумарного забруднення, суттєвої різниці не виявлено. У структурі аномалій прикусу переважає частота дистального прикусу як у дітей,