

вій порожнині при лікуванні зменшує вірогідність виникнення та розвитку реактивних запалень слизової оболонки порожнини рота, протезного стоматиту.

Список літератури

1. Аль Хатиб Шаді Аднан. Зміни в порожнині рота при лікуванні різними конструкціями ортодонтичних апаратів: Автореф. дис...к.м.н. - Полтава, 2007.- 18 с.
2. Боровський Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М.: Медицина. – 1991.- С. 227.
3. Васильчук О.С., Філімонов Ю.В. Роповсюдження зубощелепних аномалій у дітей Вінницької області та м. Вінниця 9-12 років. //Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України (16-18 жовтня 2008р., м. Полтава).- С. 460.
4. Головка Н.В., Ал Хатіб Шад. Зміни в порожнині рота, викликані лікуванням знімними ортодонтичними апаратами. //Український стоматологічний альманах.- 2004.- № 3-4.- С. 54-58.
5. Головка Н.В. Профілактика зубощелепних аномалій. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2005. – С.7.
6. Дацько І. О. Удосконалення якості стоматологічних конструктивних матеріалів шляхом впливу імпульсів слабого магнітного поля: Автореф. дис... к. мед. н. – Київ, 2008 – 18 с.
7. Деньга О.В., Мірчук Б.М., М. Раджаб. Поширеність зубо-щелепних аномалій і карієсу зубів у дітей у період раннього змінного прикусу. //Український стоматологічний альманах.- 2004.- № 1-2.- С.48-51.
8. Курасдова В., Нестеренко О., Карасюк А. та ін. Зубощелепні аномалії у дітей та дорослих м. Полтави. //Вісник стоматології, Спеціальний випуск. -2005.- № 2 (50).- С. 124-126.
9. Каськова Л.Ф., Тараненко Н.М. Стан мікробного балансу нальоту у дітей із зубощелепними аномаліями і патологією тканин пародонта та твердих тканин зубів. //Актуальні проблеми сучасної медицини, ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії.- 2004.- Том 4.- Випуск 1.- С.41-42.
10. Покровський В.И. Бактериологические исследования Медицинская микробиология. – М.: Медицина. -1998.- С.601-603.
11. Поширеність аномалій прикусу у дітей Івано-Франківської області. /Р. В. Казакова, М. А. Лучинський, Л. В. Годованець та ін. // Український стоматологічний альманах. -2001.- № 1(2). - С. 55.
12. Срібник П.Л., Дичко Є.Н. Проблеми лікування протезного стоматиту в ортодонтії.// Український стоматологічний альманах.- 2002.- № 1.- С.46-48.
13. Ортодонтия: учебник / П. С. Флис, Н. А. Омельчук, Н.В. Ращенко и др. – К.: Медицина, 2008. – С.208-220 .

Надійшла 16.09.10.

УДК: 616.832.21-002.1-053.2:(616.314-007+611.716.1)

О. В. Деньга, д. мед. н., Б. М. Мірчук, д. мед. н., Т. Д. Бруніч

ДУ «Інститут стоматології АМН України»
Одеський національний медичний університет

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ З ДЦП

Проведено стоматологічне обстеження 102 дітей з ДЦП у віці 3-10 років. У дітей з ДЦП найчастіше діагностували аномалії прикусу (52,9%). У період молочного прикусу (3-5 років) у 45,4% дітей були виявлені аномалії прикусу, а в період раннього змінного прикусу – 61,7 %

Ключові слова: ДЦП, аномалії прикусу.

О. В. Деньга, Б. Н. Мирчук, Т. Д. Брунич

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»
Одесский национальный медицинский университет

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Проведено стоматологическое обследование 102 детей с ДЦП в возрасте 3-10 лет. У детей с ДЦП чаще диагностировали аномалии прикуса (52,9 %). В период молочного прикуса (3-5 лет) у 45,4 % детей выявлены аномалии прикуса, а в период раннего сменного прикуса – 61,7 %.

Ключевые слова: ДЦП, аномалии прикуса.

O. V. Denga, B. N. Mirchuk, T. D. Brunich

SE "The Institute of Dentistry of the AMS of Ukraine"
Odessa national medical university

THE PREVALENCE OF MAXILLODENTAL ANOMALIES IN CHILDREN WITH INFANTILE CEREBRAL PARALYSIS

Is carried out the stomatological inspection of 102 children with cerebral palsied in the age of 3-10 years. The children with infantile cerebral paralysis more frequently have anomalies of occlusion (52,9%). In a milk occlusion (3-5 years) at 45,4% of children anomalies of occlusion, and in an early mixed dentition - 61,7% are revealed.

Key words: infantile cerebral paralysis, anomalies of occlusion.

ДЦП (дитячий церебральний параліч) – термін який об'єднує групу різноманітних за клінічними проявами синдромів, які виникають у результаті недорозвитку мозку і його пошкодження на різних етапах онтогенезу і характеризується неспроможністю зберігати нормальну позу і виконувати довільні рухи [5]. У дітей з ДЦП можна

спостерігати затримку розумового розвитку, нездатність до різних видів навчання, судомні приступи, сенсорну і розмовну недостатність, а також ослаблену здатність поперечно-смугастих м'язів.

Масові епідеміологічні дослідження показали, що в індустріально розвинутих країнах частота ДЦП складає 2-2,5 на 1000 населення [1, 7, 8, 13]. Проте, переважна більшість авторів відмічають, що за останні роки захворювання має тенденцію до зростання за рахунок зниження смертності серед недоношених і новонароджених з низькою масою тіла, у яких ризик розвитку ДЦП значно збільшується.

Мета дослідження. Вивчити розповсюдженість і структуру зубо-щелепних аномалій у дітей з ДЦП у період молочного і змінного прикусу.

Матеріал і методи дослідження. Проведено стоматологічне обстеження 102 дітей 3-10 лі-

тнього віку, які перебували на лікуванні у Центрі реабілітації дітей інвалідів «Будущеє», головний лікар Михайленко В.Є., з діагнозом ДЦП. Дані записувались у розроблену карту обстеження дітей: оцінювали симетричність і пропорційність обличчя, стан носо-губних складок і складки нижньої губи, ступінь відкривання рота, тип дихання, визначали шкідливі звички, ортодонтичний діагноз встановлювали за класифікаціями Енгля, Калвеліса і Хорошилкиної.

Результати обстеження та їх обговорення. Аналіз результатів проведеного обстеження свідчить, що у дітей з ДЦП найчастіше діагностували аномалії прикусу (52,9 %) (табл. 1). У період молочного прикусу (3-5 років) зустрічались поодинокі випадки аномалії окремих зубів (3,6 %) і зубних рядів (1,8 %), проте у 45,4 % дітей були виявлені аномалії прикусу.

Таблиця 1

Розповсюдженість зубо-щелепних аномалій у дітей з ДЦП

Вік дітей	Кількість дітей	Аномалії окремих зубів	Аномалії зубних рядів	Аномалії прикусу
Молочний прикус				
3	17	2 (11,8 %)	1 (5,9 %)	4 (23,5 %)
4	15			7 (46,6 %)
5	23			14 (60,9 %)
Разом	55	2 (3,6 %)	1 (1,8 %)	25 (45,4 %)
Змінний прикус				
6	17	1 (5,9 %)	4 (23,5 %)	12 (70,6 %)
7	14	1 (7,1 %)	3 (21,4 %)	7 (50,0 %)
8	8	1 (12,5 %)	2 (25 %)	4 (50 %)
9-10	8	2 (25,0 %)	4 (50,0 %)	6 (75,0 %)
Разом	47	6 (12,8 %)	13 (27,6 %)	29 (61,7 %)
Молочний і змінний прикус				
Разом	102	7 (6,8 %)	14 (13,7 %)	54 (52,9 %)

Таблиця 2

Розповсюдженість і структура аномалій прикусу у дітей з ДЦП

Вік дітей	Кількість дітей	Аномалії прикусу				
		Дистальний	Мезіальний	Глибокий	Відкритий	Косий
Молочний прикус						
3	17	1 (5,9 %)	1(5,9 %)		1(5,9 %)	1(5,9 %)
4	15	1(6,6 %)	1(6,6 %)	2 (13,3 %)	3 (20,0 %)	
5	23	1(4,3 %)	1(4,3 %)	2 (8,7 %)	10 (43,5 %)	
Разом	55	3 (5,4 %)	3 (5,4 %)	4 (7,3 %)	14 (25,4 %)	1 (1,8 %)
Змінний прикус						
6	17	3 (17,6 %)	1(5,9 %)	3 (17,6 %)	3 (17,6 %)	2 (11,8 %)
7	14	1 (7,1 %)		3 (21,4 %)	3 (21,4 %)	
8	8	1(12,5 %)		1(12,5 %)	2 (25,0 %)	
9-10	8	1 (12,5 %)		1(12,5 %)	3(37,5 %)	1(12,5 %)
Разом	47	6 (12,8 %)	1 (2,1 %)	8 (17,0 %)	11 (23,4 %)	3 (6,4 %)
Молочний і змінний прикус						
Разом	102	9 (8,8 %)	4 (3,9 %)	12 (11,8%)	25(24,5 %)	4 (3,9 %)

У дітей 6-9 річного віку (період раннього змінного прикусу) спостерігається збільшення як

аномалій положення окремих зубів (до 12,8 %), так і деформації зубних рядів(до 27,6 %) і у 1,3

рази зростає кількість виявлених аномалій прикусу (до 61,7 %).

За даними літератури відкритий прикус у дітей зустрічається в середньому у 2,1-5,2 % випадків, причому з віком має тенденцію до саморегуляції (2,3). Оцінюючи результати обстеження дітей з ДЦП необхідно звернути увагу на високі показники розповсюдженості аномалій прикусу як в період молочного, так і змінного прикусу (табл. 2). У період молочного прикусу спостерігається прогресуюче збільшення дітей з відкритим прикусом: з 5,9 % у 3 річному віці до 43,5 % у 5 річному віці. Високі значення аномалії прикусу у вертикальній площині свідчать про порушення розвитку зубо-щелепного апарату після народження дитини. З анамнезу було з'ясовано, що у більшості обстежених дітей переважало штучне вигодовування, а неконтрольовані і хаотичні рухи голови і тіла малюків заважали годуванню. Батьки досить часто звертали увагу на затримку прорізування молочних зубів. Крім того, спостерігається неправильне розташування язика, який у більшості випадків розташовувався між фронтальними зубами, нижня щелепа опущена, рот напіввідкритий.

Прорізування молочних зубів майже не впливало на характер годування дітей з ДЦП. Такі діти в основному продовжували отримувати рідку їжу, що негативно відображалось на формуванні молочного прикусу і на ріст щелеп. Зростання кількості дітей з відкритим прикусом підтверджує затримку росту щелеп, особливо нижньої.

У період раннього змінного прикусу (6-9 років) кількість дітей з відкритим прикусом (23,4 %) практично не змінилась, що свідчить про відсутність саморегуляції даної патології і затримку росту щелеп. Крім того, у цих дітей спостерігається збільшення кількості випадків аномалій зубних рядів (27,6 %), в основному за рахунок звуження зубного ряду і скупчення зубів, що також підтверджує сповільнення інтенсивності росту щелеп.

Висновок. Проведені обстеження показали, що майже у кожній другій дитині з ДЦП у молочному і змінному періодах прикусу виявлені аномалії прикусу. Найчастіше (24,5 %) діагностували відкритий прикус, що може свідчити про порушення формування прикусу і затримку росту щелеп.

Список літератури

1. **Бадалян Л.О.** Детские церебральные параличи: пособие / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба., Тимонина О.В. – Киев: Здоровье, 1988. – 315 с.
2. **Дорошенко С.І.** Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубів та зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва. // Вісник стоматології. - № 2 – 2009. – С. 76-81
3. **Дхауї Хатем Бен Мохамед Сахбі.** Удосконалення антропометричних методів діагностики трансверзальних аномалій зубних рядів і прикусу та терапія захворювань пародонту при ортодонтичному лікуванні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 / Дхауї Хатем Бен Мохамед Сахбі. - О., 2006. - 19 с.
4. **Семенова К.А.** Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей: книга / К.А. Семенова, Е.М. Мاستюкова, М.Я. Смуглин - М.: Медицина, 1972. – 328 с.
5. **Семенова К.А.** //Журн. невропатол. и психиатр. - 1980. - №. 10. - С. 1445- 1450.
6. **Hagberg B., Hagberg G., Olow I.** // Acta. Paediatr. - 1993. - Vol.82. - P. 387-393.
7. **Haverkamp F., Kramer A.** et al. // Kiln.Padiatr. - 1996. - Vol. 208. - P.93- 96.
8. **Koike T., Minakami H., Sasaki M.** et al. //Arch. Gynecol. Obstet. - 1996. - Vol. 258. - P.119-123.
9. **Meberg A., Broch H.** // J.Perinat.Med. - 1995. - Vol. 23. - P. 395 - 402.
10. **Nygaard T.G., Waran S.P., Levine R.A.** et al. // Pediatr.Neural. - 1994. - Vol. 11. - P. 236-240.
11. **Schneider H.** //Geburtshilfe.Frauenheilkd. - 1993. - Vol. 53. - P. 369 -378.
12. **Spinillo A., Fazzi E. Stronati M., Ometto A., Iasci A., Guaschino S.** // Early Hum.Dev. - 1993. - Vol. 35. -P. 45-54.
13. **Veelken N., Schopf M.** et al. // Neuropediatrics. - 1993. - Vol. 24. - P.74 -76.

Надійшла 08.11.10.

