

Дорошенко С. І., Кульгінський Є. А., Стороженко О. В., Дорошенко К. В.

КЛІНІЧНІ ФОРМИ РЕТЕНЦІЇ ЗУБІВ ТА ЇХ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДІАГНОСТИКА

Медичний університет Української асоціації народної медицини

Актуальність. У фаховій літературі ретенція розглядається як порушення процесу прорізування зубів (Персин Л. С., 1998 та ін.)

Згідно з даними масових оглядів дітей та підлітків, ретенція зубів складає від 0,8% до 8%, а за даними клінічних спостережень – від 3,5% до 17,4% (С. І. Дорошенко, 1991; С. І. Тріль, 1992; Арсенина О. І., Стадницькая Н. П., 1997; Пискунова Е. В., 1999; Бардавил Дж. Е., Тугарин В. А., 2000; Аникиєнко А. А., Камышева Л. І., Рогова М. Е., 2000; Пономарева К. Г., 2000 та ін.)

У ретенції можуть перебувати як окремі зуби, так і група зубів, серед яких тимчасові, постійні та надкомплектні. Ретенція окремих зубів зустрічається частіше, ніж множинна чи повна.

За останні роки в ортодонтічній практиці почастишали випадки звернення пацієнтів із такою тяжкою зубощелепною аномалією як множинна та повна ретенція зубів, які є одним із симптомів спадкових і системних захворювань організму людини, що мають свої характерні клінічні прояви в зубощелепно-лицевій ділянці, зокрема в порожнині рота, що важливо враховувати в проведенні їх диференційованої діагностики.

Мета. Розробка алгоритму диференційованої діагностики різних форм ретенції зубів на підставі ретельного вивчення особливостей її клініки.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено та прийнято на лікування 148 пацієнтів віком від 2 до 17 років із ретенцією зубів. Використані клінічні, рентгенологічні та антропометричні методи обстеження пацієнтів.

Результати. Основним діагностичним критерієм ми обрали кількість ретенованих зубів. Тому прийняті нами на лікування 148 дітей і підлітків віком від 2 до 17 років були розподілені на 3 основні клінічні групи з урахуванням кількості ретенованих зубів: I – 109 пацієнтів із ретенцією поодиноких зубів (не більше трьох та розташованих у різних ділянках зубної дуги за класифікацією С. І. Дорошенко); II – 36 осіб із множинною ретенцією зубів (від 4 до 9 і більше зубів); III – 3 особи, які мали повну ретенцію зубів.

Другим діагностичним критерієм ретенції зубів слугувало розміщення їх у щелепних кістках. При цьому використовували класифікації Ф. Я. Хорошилкиной, Е. Ф. Проскурина (1977) та В. П. Неспрядька (1985). Ураховуючи те, що перший клінічний ступінь (форма) ретенції зубів у обох авторів збігається за своєю характеристикою, ми вважали за доцільне їх об'єднати і виділити такі типи: I тип – умовна (ідіопатична), або проста ретенція зубів, при якій зуби знаходяться в щелепних кістках із правильним нахилом осі прорізування до альвеолярного гребеня, і такий зуб згодом може прорізатися самостійно за умови усунення перепони; II тип – із відхиленням поздовжньої осі рете-

нованого зуба від правильної осі прорізування більше 15°; III тип – із різними ступенями розташування ретенованого зуба відносно альвеолярного гребеня по вертикалі та у вестибулооральному напрямку; IV тип – за станом кореня ретенованого зуба.

Наступним діагностичним критерієм слугувала наявність у пацієнта загальносоматичних системних або генетичних захворювань, а саме: фіброматозу ясен, рахіту та синдромальної патології (черепно-ключичний дизостоз, хондродистрофія та ін.).

Тому, враховуючи вищенаведене, при проведенні диференційованої діагностики різновидів ретенції зубів ми визначали не тільки кількість ретенованих зубів, розташування їх у щелепних кістках, стан коренів і пародонта, а і причини її виникнення.

Проведений нами аналіз причин ретенції зубів та клінічних даних показав наступне.

У пацієнтів I групи, тобто з ретенцією поодиноких зубів, основною причиною даної аномалії прорізування слугував переважно дефіцит місця в зубній дузі, який був зумовлений не тільки ранньою втратою тимчасових зубів у 45 (41,28%) осіб, а й невідповідністю між величиною зубів та щелеп – 24 (22,02%) особи. У пацієнтів II групи, тобто з множинною ретенцією зубів (4 і більше) в анамнезі превалювала синдромальна патологія в 15 (41,67%) осіб. У 7 (19,4%) пацієнтів причиною множинної ретенції зубів слугував фіброматоз ясен, а в 5 (13,89%) – рахіт, перенесений у ранньому дитинстві. У пацієнтів III групи, тобто з повною ретенцією усіх зубів, причиною виникнення ретенції зубів слугував рахіт (у 2 осіб) та системне спадкове захворювання – хондродистрофія (1 пацієнт).

На підставі проведених досліджень ми розробили схему, тобто алгоритм диференційованої діагностики різних форм ретенції зубів з урахуванням вищезгаданих критеріїв.

Висновки. Усе наведене вище ще раз підтвердило той факт, що ретенція зубів (часткова, множинна та повна) є поліфакторним захворюванням, яке потребує виваженого підходу до диференційованої діагностики.

Розроблена нами схема алгоритму диференційованої діагностики різних форм ретенції зубів з урахуванням їх кількості, топографії та локалізації, причини виникнення даної зубощелепної аномалії та її наслідків дозволяє не тільки полегшити встановлення діагнозу, а і обрати найраціональніші та адекватні методи лікування.

Дорошенко С. І., Саранчук О. В.

ЗВ'ЯЗОК ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ В ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Медичний університет Української асоціації народної медицини

Актуальність. Захворювання тканин пародонта (ЗТП) натепер є однією з найскладніших проблем сучасної стоматології. Це пов'язано, в першу чергу, з

їх значною поширеністю серед майже всіх груп населення нашої планети, про що свідчать дані ВООЗ. Особливе занепокоєння викликає поширеність ЗТП, зокрема гінгівіту, серед підлітків і дітей молодшого віку. За результатами масових оглядів, проведених фахівцями в організованих дитячих колективах різних регіонів України, вона складає біля 80%, а в деяких вікових групах доходить навіть до 100% (Н. О. Савичук, 1998; Т. О. Петрушанко, 2000; Л. О. Хоменко, Н. В. Біденко, О. І. Остапко, 2007 та ін.).

Ураження тканин пародонта спеціалісти вважають поліфакторними захворюваннями, причиною яких можуть слугувати ендокринні розлади, деякі соматичні хвороби, погана гігієна порожнини рота, функціональне перевантаження зубів при дефектах зубних рядів, порушення міжоклюзійних співвідношень при зубощелепних аномаліях та деформаціях і т. д. (Виноградова Т. Ф., 1980; Rosenthal I. M. et al., 1988; Годованец Л. В., 1990; Шугр Л. и соавт., 1989; Contreras A., Slots J., 1996; М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, А. М. Політун, 1999; Slots, A. Contreras, 2000; А. И. Грудянова, О. А. Фролова, 2006).

У спеціальній літературі досить детально вивчені питання щодо поширеності ЗТП різного генезу, але переважно в дорослих. Проте недостатньо вивчений взаємозв'язок між ураженнями тканин пародонта і зубощелепними аномаліями та деформаціями, які останніми роками набувають значної поширеності серед дитячого населення. З огляду на це вивчення поширеності зубощелепних аномалій і деформацій та стану тканин пародонта при них у дітей та підлітків є актуальною проблемою стоматології, зокрема ортодонтії. Це дасть можливість визначити особливості та обсяг ортодонтичних втручань у комплексному стоматологічному лікуванні пацієнтів такої вікової категорії.

Мета дослідження - вивчити поширеність захворювань тканин пародонта та їх взаємозв'язок із зубощелепними аномаліями та деформаціями серед дитячого населення.

Матеріал і методика дослідження

Проведено обстеження 1640 школярів віком від 6 до 18 років у школах м. Києва. Обстеження проводили за загальноприйнятою методикою з дотриманням санітарно-гігієнічних вимог та використанням одноразових оглядових інструментів. При цьому визначали стан окремих зубів, зубних дуг, прикусу, слизової оболонки порожнини рота, тип вуздечок за Хорошикіною та місце їх прикріплення, глибину присінка рота тощо.

Дані вносили до спеціально розроблених карт обстеження, які дозволяють фіксувати результати повторних оглядів. Ураховуючи те, що обстеження дітей проводили в умовах шкільного медичного кабінету без використання спеціальних методів діагностики захворювань тканин пародонта, при визначенні останніх орієнтувалися на дані клінічної картини. Учні були умовно поділені на 3 групи відповідно до періоду прикусу: 1 група - діти віком від 6 до 9 років (306 дітей), 2 група - діти 9-13 років (804) і відповідно 3 - 13-18 років (530).

Результати дослідження та їх обговорення. Проведені обстеження дітей в організованих дитячих колективах показали, що майже 81% - 1328 осіб із 1640 оглянутих уже мають ознаки ЗТП, а саме: 37 дітей (12%), у другій - 419 (52%) та в третій - 392 (74%) дітей та підлітків.

У переважній більшості превалював гінгівіт і лише у 12 (0,7%) підлітків виявлена рухомість різців із порушенням зубоясенного прикріплення.

Зміни в пародонті розвивалися на тлі зубощелепних аномалій та деформацій. Найбільше вони були вираженими при скупченості та поворотах зубів навколо осі - 72% та 65% відповідно, а також при дистальному прикусі, ускладненому глибоким, - у 278 (54%) дітей та при поєднаних аномаліях прикусу - в 403 (67%) дітей.

Слід зауважити, що в більшості школярів виявлено незадовільний гігієнічний стан порожнини рота. Переважна більшість дітей погано чистять зуби і тільки один раз за день по 1-2 хв.

Висновки

Поширеність ЗТП серед дитячого населення залишається досить високою і становить 81%.

Зубощелепні аномалії (ЗЩА) і деформації (ЗЩД) та незадовільний гігієнічний стан порожнини рота слугують основною причиною розвитку захворювань тканин пародонта в дітей та підлітків.

Значна поширеність ЗТП та ЗЩА і ЗЩД свідчить про низький рівень санітарно-профілактичної роботи серед дитячого населення.

Неспрядько В. П., Жегулович З. Є.
ЗАСТОСУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ ЦЕНТРАЛЬНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛЕП У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп є головним завданням в ортопедичній практиці. Незважаючи на кількість розробок із цього приводу, актуальність цього питання загострюється внаслідок підвищення вимог до рівня функціональності протезів та реставрацій.

Сучасна оклюзійна реабілітація пацієнта вимагає вивчення та використання значної кількості оклюзійних детермінант. Найбільш важливими є положення змикання щелеп, яке повною мірою залежить від морфології поверхонь зубів та суттєво впливає на стан інших компонентів жувального апарату.

Підтримання системи в умовах гармонії можливе за умов відповідності суглобових характеристик оклюзійним. Стартовим пунктом для аналізу рухів у скронево-нижньощелепних суглобах є положення центрального співвідношення щелеп (референцположення). Центральне співвідношення щелеп на практиці визначається як умовна термінальна шарнірна вісь (кінематичний центр). Визначення такого центру та точне перенесення його положення в артикулятор важливі для правильного налаштування приладу.