

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 значній 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,

які проживають на території з низьким рівнем сумарного забруднення ( $17,49 \pm 4,49\%$ ), так і в дітей із території з високим рівнем забруднення ( $12,26 \pm 3,62\%$ ,  $p > 0,05$ ). Дистальний прикус частіше виявлено в дітей м. Дрогобича ( $22,67 \pm 5,71\%$ ), м. Стрия ( $23,46 \pm 4,71\%$ ) та с. Топорова ( $33,33 \pm 7,24\%$ ).

**Висновки.** Отже, отримані нами результати свідчать, що сумарний рівень забруднення на території Львівської області суттєво не впливає на поширеність зубощелепних аномалій. Водночас заслуговує уваги той факт, що найвищі рівні поширеності зубощелепних аномалій діагностовано в населених пунк-

тах, які розташовані поблизу м. Борислава. На підставі цих даних доцільно подальше проведення досліджень, урахуовуючи при цьому можливу роль генетичного чинника в розвитку патології зубощелепної системи, а також визначення найбільш значимих чинників ризику у виникненні патології.

Бульбук О.І.

## ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПАРОДОНТОЛОГІЇ

Івано-Франківський національний медичний університет

Останніми роками з'явилися багато праць, присвячених проблемі патології пародонта. Проведені масштабні вітчизняні та зарубіжні дослідження з питань етіології, епідеміології, патогенезу й ефективності комплексної терапії. До кінця ХХ століття пародонтологи отримали чіткіші уявлення про поширеність запальних захворювань пародонта, призвідні чинники, видовий склад мікрофлори порожнини рота і пародональних кишень. Були створені нові класифікації захворювань пародонта.

Науковці частіше відображали в дисертаціях питання діагностики (32,2%), лікування (53,2%). Значно рідше (всього 6,4%) у дисертаціях розглядалися хоч би деякі аспекти етіології та патогенезу захворювань пародонта. Разом з тим, у працях майже немає посилань на віддалені результати лікування. При цьому авторами проглянутих робіт практично не використовували-

ся: 1) аналіз електронних баз даних (medline, cochrane controlled trials register та ін.), доступних за допомогою Інтернету, в яких відображені питання пародонтології; 2) аналіз інформаційних видань фірм-виробників (наприклад, лікарських засобів); 3) запити (анкетування) керівників стоматологічних лікувальних установ. Аналіз опрацьованих даних не дозволив повною мірою отримати відповіді на основні питання: 1) як об'єктивно впливає втручання (в тому числі і комплексне лікування) на тривалість ремісії та стабілізацію стану пародонта; 2) чи знижується ризик ускладнень, пов'язаних із лікуванням; 3) чи покращується прогноз при різних лікувальних схемах; 4) чи підвищується ефективність лікування в цілому (Цепов Л.М., 2006).

За даними Мойсеєвого З. (2000), дослідники не користуються повною мірою рекомендаціями щодо критеріїв відбору у своїх наукових дослідженнях,

якими могли б служити праці деяких авторів: 1) проведення тільки рандомізованих контрольованих випробувань; 2) достатня тривалість дослідження; 3) детальна характеристика хворих (або експериментальних тварин); 4) стандартні критерії підтвердження діагнозу захворювань пародонта; 5) наявність загального показника (або показників), що характеризує ефективність лікування; 6) дослідження відповідно до протоколу і під контролем монітора, етичного комітету; 7) наявність контрольної групи (або групи порівняння), що отримували плацебо і еквівалентних за статтю, віком, супутньою терапією, тяжкістю захворювання, фоновою патологією та ін.

Отже, досліджуючи проблеми патології пародонта, сучасним дослідникам потрібно ретельніше ставитися до вибору завдань, методів, об'єктів, методології проведення своїх наукових робіт.