

тодонтии: Сб. тезисов науч.- практ. конф. - М., 2002. - С. 250 – 251.

2. Колобова Е. Б. Оценка влияния ортодонтической аппаратуры на состояние органов полости рта. Меры профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Пермь, 2001. - 22 с.

3. Леус П. А. Доказательная стоматология как основа программ профилактики кариеса зубов у детей / П.А. Леус // Стоматология детского возраста. – 2008. - Т. 7. - № 2. - С. 38 – 44.

4. Окушко В.Р. Результаты изучения механизмов резистентности эмали / В.Р. Окушко // Стоматология. – 1985. - № 2. - С. 83-85.

5. Смоляр Н.И. Профилактика очаговой деминерализации при различном состоянии структурно-функциональной резистентности эмали на этапах лечения несъемной ортодонтической аппаратурой / Н.И. Смоляр, М. С. Дрогомирецкая // Современная стоматология. – 2002. – № 4 (20). – С.48-51.

Поступила



УДК 616.314.25-007.481-053.5

М. І. Дмитренко к. мед. н.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

ВИНИКНЕННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ІЗ СКУПЧЕНІСТЮ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ У ШКОЛЯРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Встановлено, що впродовж 2004–2010 років кількість соматично здорових школярів зменшилася в 2,6 рази ($p < 0,05$), при повторному огляді лише 18,1 % дітей вважалися здоровими. Протягом шести років одночасно на верхній та нижній щелепах скупченість фронтальних зубів виникла у 29,52 % школярів, ізолювано на верхній щелепі ця патологія сформувалася у 10 %, на нижній щелепі – у 16,19 %. Доведений негативний вплив низки факторів на виникнення скупченості фронтальних зубів.

Ключові слова: діти, виникнення, зубощелепні аномалії, скупченість зубів.

М. И. Дмитренко

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗУБОЩЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СО СКУЧЕННОСТЬЮ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ В ЗАСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Установлено, что на протяжении 2004-2010 годов количество соматически здоровых школьников уменьшилось в 2,6 раза ($p < 0,05$), при повторном обследовании только 18,1 % детей считались здоровыми. В течение шести лет одновременно на верхней и нижней челюстях скупченность фронтальных зубов возникла у 29,52 % школьников, изолировано на верхней челюсти эта патология сформировалась у 10 %, на нижней челюсти - у 16,19 %. Доказано негативное влияние ряда факторов на возникновение скупченности фронтальных зубов.

Ключевые слова: дети, возникновение, зубощелюстные аномалии, скупченность зубов.

М. I. Dmitrenko

SEHEU "Ukrainian Medical Dental Association"

THE APPEARANCE OF MAXILLO-DENTAL ANOMALIES WITH CONGESTION OF FRONTAL TEETH DEPENDING ON THE STATE OF SOMATIC HEALTH

During 2004-2010 the number of somatically healthy pupils was determined to reduce by 2,6 times ($p < 0,05$), at reexamination only 18,1 % of children were considered healthy. During 6 years the congestion of frontal teeth simultaneously at upper and lower jaws appeared in 29,52 % of pupils, this pathology formed only at the upper jaw in 10%, at the lower jaw - in 16,19%. The negative influence of some factors upon the appearance of the congestion of frontal teeth was proved.

Key words: children, appearance, maxillo-dental anomalies, congestion of teeth.

Стан здоров'я дитячого населення України, зокрема стоматологічного, характеризується чітко вираженою тенденцією до погіршення з віком [1]. Збереження ортодонтичного здоров'я у дитячому і підлітковому віці є однією з найбільш актуальних проблем у сучасній стоматології, оскільки частота зубощелепних аномалій (ЗЩА) стрімко зростає [2]. У структурі ЗЩА, найбільш поширеною є скупченість фронтальних зубів

(СФЗ) верхньої та нижньої щелеп [3], у зв'язку з чим дослідження, спрямовані на попередження розвитку цієї патології доцільні та потребують особливої уваги.

У літературних джерелах не описується динаміка стану здоров'я школярів у взаємозв'язку з аналізом факторів, які спричинюють виникнення СФЗ верхньої та нижньої щелеп, що і зумовлює актуальність цієї роботи.

За мету дослідження ми поставили вивчення стану здоров'я дітей протягом 2004-2010 років і обґрунтування факторного впливу на виникнення СФЗ верхньої та нижньої щелеп.

У 2010 році ми обстежили 434 дітей, які навчаються в школах м. Полтави. Був проведений ретроспективний аналіз результатів їх огляду у 2004 році – загальним числом 434.

Групу дослідження склали 210 дітей, із них 112 (53,33 %) дівчаток і 98 (46,67 %) хлопчиків. Дітей включали до групи дослідження за такими критеріями: 1) ЗЩА із СФЗ верхньої та нижньої щелеп під час первинного обстеження не виявлені; 2) під час первинного огляду та протягом наступних шести років школярам не проводилось ортодонтичне лікування. Середній вік дітей при первинному обстеженні становив $9,03 \pm 0,09$ років, при повторному огляді – $15,20 \pm 0,09$ років.

Для проведення дослідження були вивчені форми облікової медичної документації у загальноосвітньому шкільному закладі: медична карта дитини (02б/о), карта обліку диспансеризації (131/о). Методом викопірування отримували такі дані: дата народження дитини, ріст та вага, вид постави, наявні соматичні захворювання, група здоров'я. Клінічно визначали ширину лиця, характер прикріплення м'яких тканин порожнини рота, вид прикусу, положення зубів. Ступінь тяжкості СФЗ оцінювали за Н.Г.Снагіною (1983): I ступінь – легкий, II – середній, III-IV – важкий.

Отримані в ході дослідження дані були оброблені за допомогою методів математичної статистики. Для пов'язаних між собою показників (дані отримані під час першого та повторного обстеження кожної дитини) вірогідність різниці визначали для параметричних показників за допомогою t-тесту Стьюдента, для непараметричних – за критерієм U Манна-Уїтні. Аналіз взаємозв'язків кількісних параметрів оцінювали, розраховуючи коефіцієнт парної кореляції r Пірсона. Для визначення взаємозв'язків непараметричних показників використовували непараметричний критерій кореляції τ Кендала. Для встановлення вірогідності різниці дихотомічних показників застосовували тест за критерієм χ^2 -квадрат (χ^2).

Результати дослідження та їх обговорення. Впродовж 2004–2010 років кількість соматично здорових дітей зменшилася в 2,6 рази

($p < 0,05$), при повторному огляді лише 18,1 % (38 дітей) вважалися здоровими. Особливе занепокоєння викликає суттєве зростання в обстежених школярів патології постави ($p < 0,05$), яка через шість років спостерігалася в 2,3 рази частіше. В структурі загальної захворюваності дітей м. Полтави як свідчить дослідження, при огляді в 2010 році патологія постави посідала перше місце – 31,43 % (66 осіб). Друге місце серед обстежених належало схильності до тубінфікованості – 20 % (42 особи). Хвороби очей посідали третє місце, що становить 7,62 % (16 осіб). Хвороби ЛОР-органів на четвертому місці – 3,81 % (8 осіб). На п'ятому місці знаходилися захворювання ендокринної та нервової систем, що відповідно становить по 3,33 % (7 осіб). Хвороби органів травлення займали сьоме місце – 1,9 % (4 осіб).

При аналізі показників ортодонтичного здоров'я дітей привертає увагу істотне зменшення (майже вдвічі) за шість років кількості осіб, які мають фізіологічний прикус (табл. 1.). У обстежених, як показало порівняння парних показників, з віком зростання частоти ЗЩА поєднувалось із збільшенням ступеня складності патології ($p_{(M)} < 0,05$).

Статистично доведено зростання з віком патології прикусу I класу за Енглеєм – в 1,3 рази ($p_{\chi^2} < 0,05$), глибокого прикусу – в 2,4 рази ($p_{(M)} < 0,05$), перехресного – в 4 рази ($p_{(M)} < 0,05$) та патології прикусу III класу за Енглеєм – в 3 рази. Менші тенденції до збільшення з віком виявляли відкритий прикус – в 1,33 рази та порушення прикусу II класу за Енглеєм – в 1,27 рази.

Протягом наступних шести років кількість дітей, у яких не виявлено СФЗ, суттєво зменшилася, в середньому в 1,7 рази ($p_{\chi^2} < 0,05$).

Порівняльний аналіз статистично підтвердив виникнення СФЗ як на верхній так і на нижній щелепах ($p_{\chi^2} < 0,05$) незалежно від статі ($p_{(M)} < 0,05$) і обґрунтував необхідність розвитку нових підходів до досліджувального питання.

Ізольовано на верхній щелепі СФЗ сформувалася у 10 % (21 дитина), на нижній щелепі ця патологія виникла у 16,19 % (34 обстежених). Одночасно на верхній та нижній щелепах СФЗ спостерігалася у 29,52 % (62 дітей) (табл. 2).

Серед проаналізованої групи дітей у порівнянні з даними огляду 2004 року достовірно підтверджено виникнення СФЗ легкого, середнього та важкого ступенів складності (табл.3). На верхній та нижній щелепах СФЗ легкого ступеня складності спостерігалася в 2 рази частіше, ніж середнього ступеня ($p < 0,05$). На превеликий жаль, за шість років у школярів сформувався і важкий ступінь цієї патології: у 3,81 % (8 обстежених) на верхній щелепі і у 4,76% (10 обстежених) на нижній щелепі.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз результатів дослідження

Досліджувані показники		2004р.		2010р.	
		кількість	%	кількість	%
Група здоров'я	I	99	47,14	38	18,10*
	II	91	43,33	143	68,10*
	III	19	9,05	28	13,33
	IV	1	0,48	1	0,47
Всього:		210	100	210	100
Вид постави	нормальна	181	86,19	144	68,57*
	сколіотична	28	13,33	61	29,05*
	кіфотична	1	0,48	5	2,38
Всього:		210	100	210	100
Тип лиця	середнє	163	77,62	137	65,24*
	вузьке	21	10,00	48	22,86*
	широке	26	12,38	25	11,90
Всього:		210	100	210	100
Вид прикусу	фізіологічний	80	38,10	43	20,48*
	I клас за Енгле	96	45,71	122	58,10*
	II клас за Енгле	33	15,71	42	20,00
	III клас за Енгле	1	0,48	3	1,43
	Всього:	210	100	210	100
	глибокий	30	14,29	71	33,81
	відкритий	6	2,86	8	3,81
перехресний	3	1,43	12	5,71*	
Осіб без СФЗ верхньої щелепи		210	100	127	60,48*
Осіб без СФЗ нижньої щелепи		210	100	114	54,29*

Примітка: * – показник достовірності $p < 0,05$, отриманий за методом χ^2 .

Таблиця 2

Частка СФЗ, 2010 р.
(% до загальної кількості осіб дослідної групи)

СФЗ	Кількість	%
Ізольовано на верхній щелепі	21	10
Ізольовано на нижній щелепі	34	16,19
Одночасно на верхній та нижній щелепах	62	29,52

Таблиця 3

Питома вага ступенів тяжкості СФЗ
(% до загальної кількості осіб дослідної групи)

Ступінь тяжкості СФЗ	Кількість	%	
На верхній щелепі	легкий	51	24,29*
	середній	24	11,43*
	важкий	8	3,81*
На нижній щелепі	легкий	57	27,14*
	середній	29	13,81*
	важкий	10	4,76*

Примітка: * – показник достовірності $p < 0,05$, отриманий за методом χ^2 в порівнянні з даними 2004 р.

Проведений кореляційний аналіз виявив, що показники наявності СФЗ на верхній щелепі достовірно корелюють з віком ($p < 0,01$), групою здоров'я ($p < 0,002$), порушеннями постави

($p < 0,03$), вузьким типом лиця ($p < 0,01$), мілким присінком порожнини рота ($p < 0,005$), аномалією вуздечки нижньої губи, порушенням прикусу за Енгле ($p < 0,001$), глибоким ($p < 0,01$), відкритим ($p < 0,01$) та перехресним ($p < 0,01$) прикусами і свідчать про негативний вплив цих факторів на виникнення СФЗ верхньої щелепи.

Доведена пряма кореляційна залежність між наявністю СФЗ на нижній щелепі та віком ($p < 0,01$), патологією прикусу за Енгле ($p < 0,03$), порушеннями постави ($p < 0,02$), вузьким типом обличчя ($p < 0,04$), мілким присінком порожнини рота ($p < 0,03$), аномалією вуздечки язика ($p < 0,001$), постійним прикусом ($p < 0,002$), глибоким ($p < 0,01$) і перехресним ($p < 0,01$) прикусами.

Вірогідний прямий кореляційний зв'язок виявлений між СФЗ верхньої та нижньої щелеп ($p < 0,001$).

Висновки. 1. Встановлено, що впродовж 2004–2010 років кількість соматично здорових школярів зменшилася в 2,6 рази ($p < 0,05$), при повторному огляді лише 18,1 % дітей вважалися здоровими. Таким чином, головним завданням сьогодення є створення необхідних умов для забезпечення і зміцнення здоров'я дітей у процесі їх навчання і виховання.

2. Протягом шести років одночасно на верхній та нижній щелепах СФЗ виникла у 29,52 %

школярів, ізольовано на верхній щелепі ця патологія сформувалася у 10 % , на нижній щелепі – у 16,19 %,. Це свідчить про необхідність підвищення рівня знань дитячих лікарів-стоматологів, батьків і вчителів про методи попередження виникнення СФЗ.

3. Доведений негативний вплив низки факторів на виникнення СФЗ: порушення постави ($p < 0,03$), вузький тип обличчя ($p < 0,01$), аномалія вуздечки язика ($p < 0,001$), мілкий присінок порожнини рота ($p < 0,005$), аномалія вуздечки нижньої губи, порушення прикусу за Енглем ($p < 0,001$), глибокий ($p < 0,01$), відкритий ($p < 0,01$) і перехресний ($p < 0,01$) прикуси. Вказані фактори є керованими, отже постає нагальна потреба при плануванні лікувально-профілактичних заходів призначати загальні та місцеві методи лікування та профілактики, спрямовані на їх неодмінне усунення.

Список літератури

1. **Мойсеєнко Р. О.** Здоров'я дітей шкільного віку та першочергові заходи з метою його поліпшення / Р.О. Мойсеєнко //Охорона здоров'я України.-2002.-№ 3-4.-С.7-11.
2. **Дорошенко С. І.** Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубів та зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва / С.І. Дорошенко, Є.А. Кульгінський, Ю.В. Ієвлева, [та ін.]// Вісник стоматології. – 2009.- №2.– С.76-81.
3. **Трезубов В. Н.** Зубные (окклюзионные) нарушения при синдроме тесного положения зубов у подростков и взрослых / В. Трезубов, Ю. Глухова // Институт стоматологии. – 2009.- №1.– С. 44-45.

Надійшла 09.03.11



616-08+616.314.26:616-092

О. Н. Назаров, Р. Г. Алимова

Бухарский медицинский институт
Ташкентский институт усовершенствования врачей

НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ФОРМИРУЮЩИХСЯ САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

В обзоре представлена характеристика основных этиологических причин развития прогнатии у детей, последние данные современных зарубежных и отечественных авторов о методах лечения, профилактики и возможных последствиях болезни дано.

Ключевые слова: прогнатия у детей, методы профилактики, зубочелюстная деформация.

О. Н. Назаров, Р. Г. Алимова

Бухарский медицинский институт
Ташкентский институт усовершенствования врачей

НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ФОРМИРУЮЩИХСЯ САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

В обзоре представлена характеристика основных этиологических причин развития прогнатии у детей, последние данные современных зарубежных и отечественных авторов о методах лечения, профилактики и возможных последствиях болезни дано.

Ключевые слова: прогнатия у детей, методы профилактики, зубочелюстная деформация.

O. N. Nazarov, R. G. Alimova

Bukhara Medical Institute
The Tashkent Institute of Improvement of doctors

NEW ACHIEVEMENTS AND TECHNICAL POSSIBILITIES IN TREATMENT FORMED CAGGITAL ANOMALIES OF THE BITE

In the presented review the characteristic of the basic etiological reasons the development reasons prognathism at children, last data of modern foreign and domestic authors on methods of treatment, preventive maintenance and possible consequences of disease is given.

Key words: prognathism in children, preventive methods, maxillo-dental deformation.

В литературе идет дискуссия на последовательность применения различных методов в процессе лечения сагиттальных аномалий прикуса у детей. Большинство авторов сходятся во мнении, что использованию методов ортогнатического и хирургического лечения, должна предшествовать нормализация ортодонтического положения отдельных зубов или их групп, исправление формы и размеров зубных дуг и, по возможности, нормализация положения языка. Нет единого мнения и в выборе методов и продолжительности фиксации перемещенных оперативным путем костных сегментов челюстей [1,3,9,10].

Комплекс профилактических мероприятий разработан В.М.Водолацким [1] Программа реабилитации детей и подростков с аномалией окклюзии зубных рядов включала комплекс мероприятий, направленных на устранение действующего причинного фактора развития зубочелюстной деформации, профилактику кариеса зубов, проведение ортодонтического аппаратурного лечения, выполнение хирургических вмешательств и ретенцию лечебного результата.