

П.С. Фліс, Д.Ю. Шнак

Поширеність мезіального прикусу серед дітей і підлітків різного віку за даними масового обстеження

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: визначення поширеності мезіального прикусу серед дітей і підлітків різного віку.

Методи. У роботі використані статистичні методи обробки амбулаторних карт і клінічні методи дослідження пацієнтів у шкільних закладах м. Києва.

Результати та висновки. У статті представлені результати статистичного вивчення поширеності мезіального прикусу серед дітей і підлітків різного віку. Також виявлені та досліджені основні причини, які можуть спричинити виникнення мезіального прикусу.

Ключові слова: мезіальний прикус, зубощелепна аномалія, сагітальна щілина, вікова група.

Актуальність

Сагітальні аномалії серед дитячого населення України за частотою поширеності займають перше місце серед усіх інших зубощелепних аномалій і являють собою найбільш складні аномалії за структурою морфологічних і функціональних змін щелепно-лицьової ділянки, які пов'язані з нею. Мезіальна оклюзія – це симптомокомплекс патологічних змін, розповсюдженість яких не тільки зростає, а й ускладнюється з віком. Мезіальна оклюзія є однією з найбільш важких деформацій зубощелепного апарату, обумовлена змінами розмірів верхнього та нижнього зубних рядів, або кісток лицьового скелета в сагітальній площині, а також зміщенням нижньої щелепи вперед або недорозвиненням верхньої щелепи.

Матеріали та методи

Для вивчення поширеності мезіального прикусу було проведено обстеження дітей і підлітків віком від 6 до 17-ти років у шкільних закладах м. Києва.

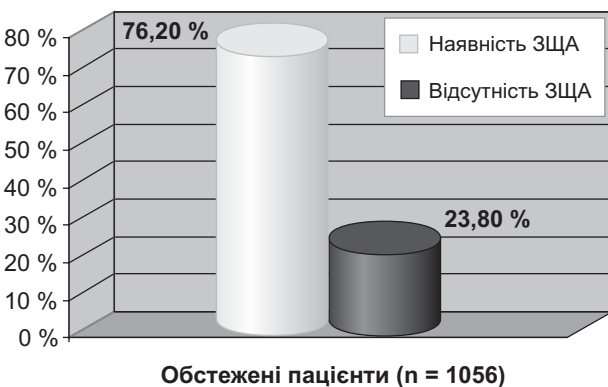


Рис. 1. Поширеність зубощелепних аномалій та деформацій серед обстежених.

Результати та висновки

Результати огляду фіксувались у картах обстеження. Статистична обробка отриманих результатів показала таке. З 1056 обстежених дітей зубощелепні аномалії були виявлені у 805-ти осіб, що склало 76,2 % випадків (рис. 1).

З усієї кількості обстежених дітей мезіальний прикус виявлено у 26-ти осіб, що становить 2,46 % випадків (рис. 2).

Серед них МП спостерігався у 12 осіб жіночої й у 14-ти осіб чоловічої статі. Кількість школярів (26 осіб) з мезіальним прикусом, віднесена до кількості обстежених осіб жіночої (n = 467) і чоловічої (n = 589) статі, становила 2,56 і 2,37 % відповідно (рис. 3). Це свідчить про те, що розповсюдженість МП не залежить від статі обстежених.

Серед 1056 обстежених школярів 251 (23,7 %) особа мала ортогнатичний прикус, 205 (19,4 %) – дистальний прикус, 26 (2,46 %) – мезіальний прикус, 96 (9,1 %) –



Рис. 2. Поширеність мезіального прикусу серед обстежених школярів.

перехресний прикус, 65 (6,15 %) – глибокий прикус, 21 (2 %) – відкритий прикус і 392 (37,1 %) аномалії окремих зубів (рис. 4).

Слід звернути увагу на те, що розповсюдженість мезіального прикусу серед інших зубощелепних аномалій у 805-ти обстежених школярів складає 3,23 % (рис. 5).

Для дослідження залежності поширеності МП від віку всі обстежені були розділені на три вікові групи: 1) 6–8 років; 2) 9–12 років; 3) 13–17 років.

У таблиці 1 представлено розподіл обстежених за віком і кількістю осіб з мезіальним прикусом.

Наведені дані свідчать про те, що з віком розповсюдженість мезіального прикусу зростає. Мезіальний прикус у віці 6–8 років становить 2,31 %, у 9–12 років – 2,35 %, а у 13–17 років – 2,78 %.

Таким чином, можна зробити висновок, що розповсюдженість мезіального прикусу з віком зростає, що свідчить про відсутність саморегуляції цієї патології та потребує ранньої ортодонтичної діагностики й лікування.

Як відомо, жодна аномалія прикусу не зустрічається як самостійна нозологічна одиниця. Кожна з них, у тому числі й мезіальний прикус, поєднується з порушеннями у трьох взаємоперпендикулярних площинах із превалюванням в якомусь одному напрямку.

Мезіальний прикус у 58 % випадків зустрічається в поєднанні з аномаліями у трансверзальній площині та в 92 % у вертикальній площині, що відображено в таблиці 2.

Серед 26 обстежених, які мали МП, спостерігався перехресний прикус у 15 осіб (58 %), який мав тенденцією до збільшення з віком, а саме: у наймолодшій групі таке поєднання виявлено у 3-х осіб (37,5 %), а у старшій віковій групі в 7-и осіб (88 %), що свідчить про ускладнення ступеня тяжкості мезіального прикусу з віком. Наявність перехресного прикусу була зумовлена звуженням верхнього зубного ряду або розширенням нижнього.

Поєднання мезіального прикусу з відкритим спостерігалось у 5 осіб (23 %) і теж мало тенденцію до збільшення. Так, у віці 6–8 років таке поєднання спостерігалось в однієї дитини (12,5 %), у віці 9–12 років у 2 осіб (20 %), а у віці 13–17 років – у 2-х підлітків (25 %), що також свідчить про ускладнення ступеня тяжкості мезіального прикусу.

У деяких випадках спостерігали пряму різцеву оклюзію (у 6-ти осіб (23 %)) і навіть правильне різцеве перекриття у 2-х осіб (7,69 %), коли різучі краї нижніх різців контактували з піднебінною поверхнею верхніх. Це може бути обумовлено неправильним вестибуло-оральним нахилом різців.

Зворотне різцеве перекриття та присутність сагітальної щілини є однією з ознак мезіального прикусу. Величина сагітальної щілини може бути різною.

Проведені дослідження показали, що домінує мезіальний прикус із середньою величиною сагітальної щілини до 2 мм, що становить 65 % від кількості обстежених. Аналіз величини сагітальної щілини може свідчити про ступінь тяжкості мезіального прикусу.

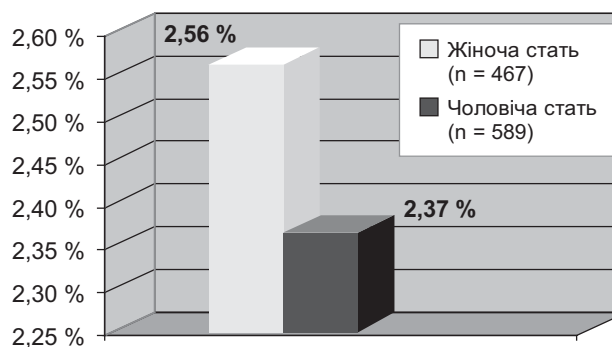


Рис. 3. Розповсюдженість мезіального прикусу серед осіб чоловічої та жіночої статі.

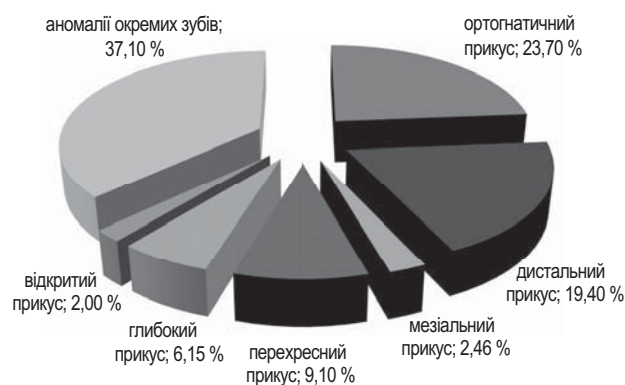


Рис. 4. Розповсюдженість зубощелепних аномалій серед обстежених.

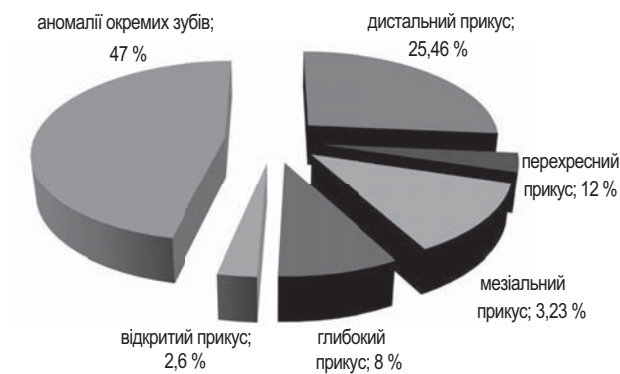


Рис. 5. Розповсюдженість мезіального прикусу серед інших зубощелепних аномалій.

Розподіл обстежених за віком і кількістю осіб з мезіальним прикусом

Таблиця 1

Кількість обстежених		Вікові групи		
		6–8 років	9–12 років	13–17 років
Абсолютна к-сть		345	424	287
Кількість обстежених з МП	У відсотках, віднесених до кількості обстежених	2,31 %	2,35 %	2,78 %

Розповсюдженість поєднання мезіального прикусу з іншими аномаліями (у вертикальній і трансверзальній площинах) відносно до загальної кількості обстежених

Поєднання МП з іншими аномаліями прикусу		Вікові групи			Усього
		6–8 років	9–12 років	13–17 років	
Кількість обстежених		8	10	8	26
МП + правильна різцева оклюзія	абс. к-сть	-	1	1	2
	У % до загальної кількості обстежених	-	10 %	12,5 %	7,69 %
МП + прямий прикус	абс. к-сть	2	2	2	6
	У % до загальної кількості обстежених	25 %	20 %	25 %	23 %
МП + відкритий прикус	абс. к-сть	1	2	2	5
	У % до загальної кількості обстежених	12,5 %	20 %	25 %	19,23 %
МП + глибокий прикус	абс. к-сть	5	5	3	13
	У % до загальної кількості обстежених	62,5 %	50 %	37,5 %	50 %
МП + перехресний прикус	абс. к-сть	3	5	7	15
	У % до загальної кількості обстежених	37,5 %	50 %	87,5 %	57,69 %

Не менш важливе значення для прогнозу ортодонтичного лікування має діагностично-функціональна проба Ільїної-Маркосян на зміщення нижньої щелепи назад. Якщо при проведенні цієї проби спостерігається крайове змикання різців, то є можливість вилікувати мезіальний прикус із використанням функціональних ортодонтичних апаратів.

Як видно з таблиці 4, 61,5 % обстежених могли змістити фронтальні зуби до прямого співвідношення, при цьому визначалась тенденція до зменшення з віком. Так, у віці 6–8 років 6 осіб (75 %) мали позитивний результат проби, а у віці 13–17 років – 4 особи (50 %). Це підтверджує той факт, що з віком патологія мезіального прикусу ускладнюється до більш тяжких форм.

При аналізі профілю обличчя виділяють три профільні типи:

- 1) прямий – дві лінії формують майже пряму лінію;
- 2) випуклий – дві лінії формують кут, який указує на відносне зміщення підборіддя до заду;
- 3) увігнутий – дві лінії формують кут, який указує на відносне зміщення підборіддя вперед.

При огляді обличчя обстежених прямий профіль спостерігався у 18 осіб (69 %), увігнутий у 8 осіб (31 %), і в жодному випадку ми не спостерігали випуклого профілю, хоча, за даними літератури (Гюева), є факти, що випуклий профіль зустрічається в 14 % пацієнтів з мезіальним прикусом.

При обстеженні школярів з мезіальним прикусом визначали ступінь проявів тяжкості порушень у співвідношенні зубних дуг у центральній оклюзії. Ступінь тяжкості МП визначали за величиною зміщення зубів у сагітальному напрямку як у боковому, так і у фронтальному сегментах. У таблиці 5 представлена кількість обстежених у групах дітей з різним ступенем тяжкості мезіального прикусу.

Дані таблиці свідчать про те, що 16 (61,5 %) обстежених дітей мали I ступінь тяжкості, 8 обстежених (30 %) – II ступінь і дві особи (7,69 %) – III ступінь тяжкості мезіального прикусу.

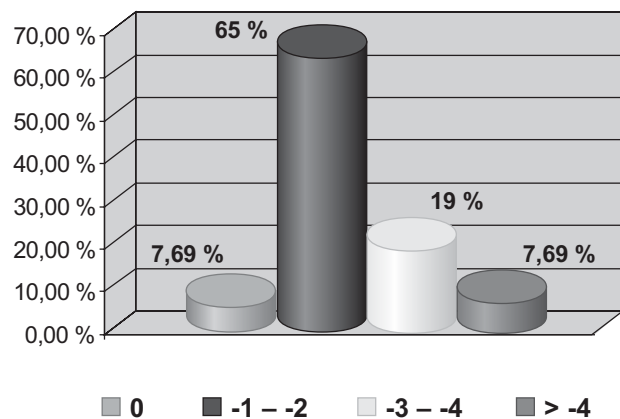


Рис. 6. Динаміка розповсюдженості величини сагітальної щілини в обстежених з мезіальним прикусом (%).

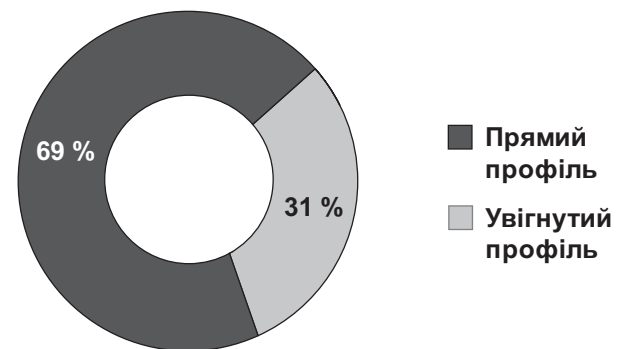


Рис. 7. Визначення типу профілю обличчя в пацієнтів з мезіальним прикусом.

Таблиця 3

**Розповсюдженість величини сагітальної щілини
в осіб з мезіальним прикусом у різні вікові періоди**

Сагітальна щілина, мм		Вікові групи			Усього
		6–8 років	9–12 років	13–17 років	
Кількість обстежених		8	10	8	26
Норма 0 мм	абс. к-сть	–	1	1	2
	У % до загальної кількості обстежених	–	10 %	12,5 %	7,69 %
Середня –1 ÷ –2мм	абс. к-сть	7	6	4	17
	У % до загальної кількості обстежених	87,5 %	60 %	50 %	65 %
Виражена –3 ÷ –4мм	абс. к-сть	1	2	2	5
	У % до загальної кількості обстежених	12,5 %	20 %	25 %	19,23 %
Значно виражена Більше –4 мм	абс. к-сть	–	1	1	2
	У % до загальної кількості обстежених	–	10 %	12,5 %	7,69 %

Таблиця 4

**Наявність позитивної функціональної проби Ільїної-Маркосян
в обстежених з мезіальним прикусом у різні вікові періоди**

Функціональна проба Кількість обстежених		Вікові групи			Усього
		6-8 років	9–12 років	13–17 років	
Кількість обстежених		8	10	8	26
Позитивна	абс. к-сть	6	6	4	16
	У % до загальної кількості обстежених	75 %	60 %	50 %	61,5 %
Негативна	абс. к-сть	2	4	4	10
	У % до загальної кількості обстежених	25 %	40 %	50 %	38,5 %

У молодшій віковій групі I ступінь виявлено в 6 осіб (75 %), у середній віковій групі також у 6 осіб (60 %), а у старшій віковій групі кількість дітей з I ступенем зменшується до 4-х (50 %).

II ступінь проявів мезіального прикусу виявлено в дітей молодшого віку у 2-х осіб (25 %), при цьому відсутні обстежені із III ступенем проявів МП.

У середній віковій групі кількість дітей з II ступенем зменшується до 3-х осіб (30 %), але з'являються обстежені із III ступенем – одна особа (10 %).

В обстежених дітей старшої вікової групи I ступінь тяжкості зменшується до 4 осіб (50 %), при цьому II ступінь визначається у 3-х осіб (37,5 %), а III ступінь виявлено в однієї особи (12,5 %).

Таким чином, проведений аналіз і ще раз дозволяє стверджувати, що тяжкість проявів мезіального прикусу з віком зростає, тобто мезіальний прикус не піддається саморегуляції, а навпаки, з віком ускладнюється.

З метою виявлення впливу язика на розвиток мезіального прикусу проводили функціонально-клінічну пробу на макроглюсію. Позитивною вважалася проба при здатності обстежуваного кінчиком язика доторкнутись

до кінчика носа або підборіддя (при нормальних розмірах язика це неможливо).

У 6 осіб (20 %) функціональна проба була позитивною і вказувала на збільшення розмірів язика, що супроводжувалось наявністю відбитків зубів і борозен на його поверхні (рис. 8).

Крім розмірів язика визначали тип ковтання в обстежуваних. У 10-ти дітей (38 %) було виявлено інфантильний тип ковтання (при ковтанні язик займав переднє положення й був розташований між різцями) (рис 9).

Таким чином, збільшення розмірів, зміна положення й функції язика є важливими факторами виникнення та формування мезіального прикусу.

При огляді м'яких тканин вивчали місця прикріплення вуздечок верхньої губи, нижньої губи, язика та звертали увагу на глибину присінка порожнини рота

Наведені вище дані (табл. 6) свідчать про те, що вкорочена вуздечка верхньої губи визначена в 11,5 % пацієнтів. Укорочення вуздечки нижньої губи діагностовано в 7,69 % обстежених. Аномалія величини та прикріплення вуздечки язика виявлені у 30 % обстежених.

Розподіл обстежених за ступенем тяжкості мезіального прикусу в різних вікових групах

Ступінь тяжкості	Усі обстежені		Вікові групи					
			6–8 років		9–12 років		13–17 років	
	26		8		10		8	
	абс. к-сть	%*	абс. к-сть	%*	абс. к-сть	%*	абс. к-сть	%*
I	16	61,5	6	75	6	60	4	50
II	8	30	2	25	3	30	3	37,5
III	2	7,69	0	-	1	10	1	12,5

Примітка: * – у відсотках віднесено до загальної кількості обстежених.

Наявність аномалій прикріплення вуздечок порожнини рота при мезіальному прикусі

Аномалії прикріплення вуздечок		Вікові групи			
		6–8 років	9–12 років	13–17 років	Усього
Кількість обстежених		8	10	8	26
Вуздечка верхньої губи	абс. к-сть	2	1	–	3
	У % до загальної кількості обстежених	25 %	10 %	–	11,5 %
Вуздечка нижньої губи	абс. к-сть	–	1	1	2
	У % до загальної кількості обстежених	–	10 %	12,5 %	7,69 %
Вуздечка язика	абс. к-сть	4	2	1	7
	У % до загальної кількості обстежених	50 %	20 %	12,5 %	30 %

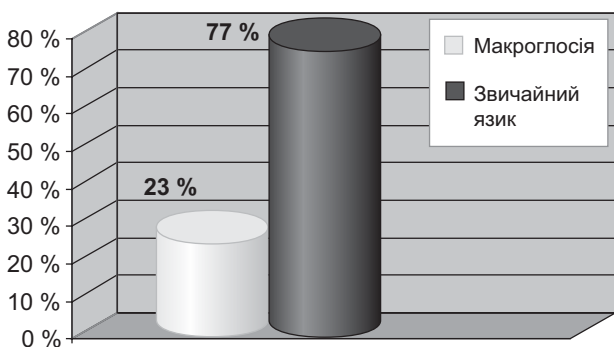


Рис. 8. Відсоток осіб з макроглісією за наявності мезіального прикусу.

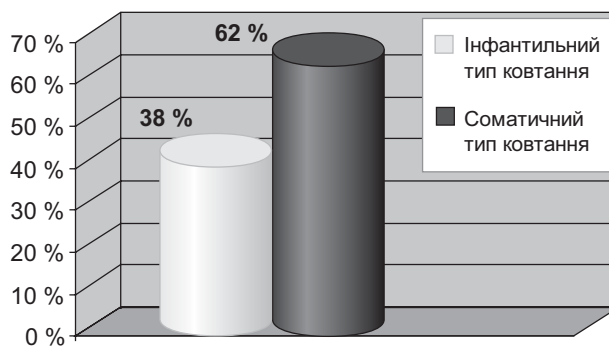


Рис. 9. Відсоток інфантильного типу ковтання серед осіб з мезіальним прикусом.

ЛИТЕРАТУРА

- Герасимов С., Андреишев А. Коррекция скелетных нарушений класса. Комбинированный подход // ДентАрт. – 2004. – № 1. – С. 27–31.
- Григорьева Л.П. Прикус у детей. – Полтава, 1998. – 232 с.
- Гюева Ю.А. Диагностика и лечение мезиального прикуса у детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Всесоюзное научно-производственное объединение «Стоматология» МЗ СССР. – М., 1991. – 24 с.
- Проффит У.Р. Современная ортодонтия / Перевод с англ.; под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Л.С. Персина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с.
- Курляндский Ю.В. Ортопедическая стоматология. – М.: «Медицина», 1969. – 495 с.
- Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д., Фадеев Р.А., Бржезовская Е.Ю., Рижинашвили И.В., Гинзбург Д.Л. Взгляд на границы ортодонтической терапии // Институт стоматологии. – 2003. – № 1. – С. 44–45.
- Москаленко В.Ф. Стан стоматологічної допомоги населенню України та перспективи її розвитку / В.Ф. Москаленко, К.М. Косенко, Р.Г. Сініцин, Ю.М. Бахуринський // Вісник стоматології. – 200. – № 2 (26). – С. 54–56.
- Мінцер О.П. Оброблення клінічних та експериментальних даних у медицині / О.П. Мінцер, Ю.В. Вороненко, В.В. Власов // Навчальний посібник. – К.: Вища школа. – 2003. – 350 с.

Распространенность мезиального прикуса среди детей и подростков разного возраста по данным массового обследования

П.С. Флис, Д.Ю. Шпак

Цель: определение распространенности мезиального прикуса среди детей и подростков всех возрастов.

Методы. В работе использованы статистические методы обработки амбулаторных карт и клинические методы исследования пациентов в школьных заведениях города Киева.

Результаты и выводы. В статье представлены результаты статистического изучения распространенности мезиального прикуса среди детей и подростков всех возрастов. Также выявлены и исследованы основные причины, которые могут привести к возникновению мезиального прикуса.

Ключевые слова: мезиальный прикус, зубочелюстная аномалия, сагиттальная щель, возрастная группа.

The prevalence of mesial bite in children and teenagers of all ages, according to mass screening

P. Flis, D. Shpak

Aim: to highlight the issue of the prevalence of mesial occlusion among children and adolescents of all ages.

Methods. In the article statistical methods for handling outpatients and patients clinical research methods in Kyiv school were used.

Results and Conclusions. During the study the main reasons that provoke mesial occlusion were clarified. Each of the clarified factors can provoke appearance of mesial occlusion.

Key words: mesial occlusion, dentition anomalies, sagittal fissure, age group.

Фліс Петро Семенович – д-р мед. наук, професор,
завідувач кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1.

Тел.: (050) 334-88-13. **E-mail:** oros@ntu.kiev.ua

Шпак Діна Юріївна – асистент кафедри
ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1.

Тел.: (067) 320-17-72. **E-mail:** 2008-2011@mail.ru.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

СТОМАТОЛОГИ ЧАСТО ПЕРЕОЦЕНИВАЮТ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ

Удовлетворенность пациента все чаще рассматривается как неотъемлемый элемент оценки качества стоматологического лечения. Недавнее исследование, проведенное учеными Флоридского университета, показало, что большинство стоматологов считают, что их пациенты удовлетворены результатами лечения. Однако исследователи выяснили, что стоматологи редко узнают о тех случаях, когда пациенты в действительности недовольны определенными аспектами лечения или посещения клиники.

Целью исследования было сравнение мнения стоматологов об удовлетворенности пациентов с оценками пациентов собственной удовлетворенности результатами восстановительного лечения. В исследовании приняли участие специалисты 197 стоматологических клиник и 5315 пациентов с дефектами реставраций, подлежащих замене или восстановлению. В общей сложности в исследование было включено 8213 реставраций.

Исследователи выяснили, что 89 процентов стоматологов (4719) считали, что их пациенты удовлетворены процессом и результатами лечения. В целом результаты лечения положительно оценили 86 процентов пациентов (4589). 726 пациентов были недовольны полученными результатами, однако стоматологам было известно о неудовлетворенности пациентов лишь в 42 случаях (1 %) и неизвестно в 684 случаях (13 %).

Ученые также отмечают, что только треть стоматологов (1757) считали, что их пациент заинтересован в получении информации о процедуре. Однако лишь около 30 % пациентов (1614) не были заинтересованы в получении дополнительной информации, и стоматологи правильно оценили интерес пациентов к информации о восстановительном лечении только в 947 случаях (18 процентов).

«Основным выводом данного исследования является то, что стоматологи часто не знают о неудовлетворенности пациентов результатами лечения. Обычно это касается желания пациентов получить больше информации и, что удивительно, чаще всего происходит при выполнении несложных восстановительных процедур», – заключают исследователи.

Результаты исследования были опубликованы в апрельском номере журнала Американской стоматологической ассоциации (JADA).

www.medexpert.org.ua