



УДК 616-007+616.31-083-053.2/.6

ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ СЕРЕД ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

А. М. Потапчук, О. Ю. Рівіс, К. В. Зомбор

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», стоматологічний факультет, кафедра стоматології післядипломної освіти

Вступ

В житті кожної людини важливу роль відіграє естетичний стан обличчя [4,13]. Порушення в розвитку зубощелепної системи завдають шкоди не тільки здоров'ю дитини, але і негативно впливають на її адаптацію в соціальному середовищі [16]. За даними багатьох досліджень, поширеність зубощелепних аномалій (ЗЩА) в структурі стоматологічної захворюваності стоїть на третьому місці після карієсу і патології тканин пародонта [1,10]. В дослідженнях останніх років відзначається ріст розповсюдженості зубощелепних аномалій у світі [6,7,15]. Показники епідеміологічних досліджень частоти зубощелепних аномалій у дітей різних регіонів України, що описані в літературі, свідчать про наявність значної варіабельності цих даних [3,11]. Так, у дітей віком 3-17 років ЗЩА складають: у Волинській області близько 11%, Чернігівській – 20%, Тернопільській і Івано-Франківській області – 58,6%, у Луганській області – 54,2%; в містах: Миколаїв – 40%, Київ – 31,7%, Донецьк – 46,1%, Харків – 50-63,6%, Полтава – 88%, Одеса – 58,81%. Загалом поширеність ЗЩА серед дітей та підлітків віком 3-17 років в Україні в середньому складає – 42,5% [5]. Серед причин виникнення ЗЩА виділяють наступні: спадковість (17,8%), ендогенний фактор і шкідливі звички (17,8%), екзогенний фактор, ранній карієс і раннє видалення зубів (15,0%), неправильне штучне вигодовування (14,0%), порушення термінів прорізування і зміни зубів (13,2%), несприятливий перебіг вагітності (12,8%), ЛОР-патології (9,4%) [2].

Особливої уваги серед усіх ортодонтичних патологій заслуговують аномалії співвідношення зубних дуг або ж аномалії прикусу. Це насамперед пов'язано з тим, що такі патології можуть і повинні бути виявлені і проліковані на етапі розвитку і росту зубощелепового комплексу. Завдяки сучасним функціональ-

ним і механічним апаратам з'явилася можливість модифікації росту пацієнта, створення гармонійності і пропорційності структур обличчя (кісткових компонентів і м'яких тканин). Це безпосередньо пов'язано з нормалізацією основних функцій щелепно-лицьової ділянки (жування, ковтання, дихання, мова та ін.), усунення шкідливих звичок та корекція постави. В той час як патології зубів і зубних рядів можуть бути виправлені практично у будь-якому віці за допомогою сучасної незнімної ортодонтичної техніки (брекет-системи), лікування патологій прикусу значно ускладнюється з моменту завершення росту щелеп, окостеніння швів та остаточного формування структур СНЩС. В таких випадках доводиться звертатися до ортогнатичної хірургії, втручання якої є зазвичай складними і доволі травматичними.

Вивчення розповсюдженості зубощелепних аномалій у різні періоди формування прикусу представляє значний науковий і практичний інтерес. Такі дослідження дозволяють вдосконалити принципи профілактики зубощелепових аномалій і організувати надання спеціалізованої вчасної лікувальної допомоги. Оскільки ортодонтичне лікування в ранньому віці є набагато ефективнішим у плані тривалості лікування, стабільності результатів та економічності [12,14].

Дослідження розповсюдженості ЗЩА в Закарпатській області не проводились вже багато років. В офіційних звітах головна увага приділяється в основному захворюванням твердих тканин зуба-карієсу і його ускладненням. Що ж до ортодонтичної патології, то тільки ведеться оцінка кількості осіб, що проходять або вже закінчили ортодонтичне лікування, яка не відображає стан розповсюдженості ЗЩА і потребу населення в ортодонтичній реабілітації [8,9].



Мета дослідження

Виявити поширеність аномалій зубоцеліпної системи у школярів Рахівського, Свалявського та Ужгородського районів, що входять відповідно до гірської, передгірської та низовинної зон Закарпатської області. Визначити частку та структуру аномалій прикусу серед усіх ЗЩА, проаналізувати зміну цих показників у віковому аспекті.

Матеріали і методи

Протягом 2011-2013 років нами було обстежено 508 школярів Закарпатської області віком від 6 до 15 років. У Рахівському районі – 196 дітей (ЗОШ №1 м. Рахова, ЗОШ с. Кваши), в Свалявському районі – 126 дітей (ЗОШ №2 м. Свалява), в Ужгородському районі 186 дітей (ЗОШ №19 м. Ужгород, Ужгородська загальноосвітня спеціалізована школа-інтернат з поглибленим вивченням окремих предметів

Закарпатської обласної ради, школа-інтернат с. Часлівці, ЗОШ с. Великі Геївці). Всі обстежені були розділені на три вікові групи відповідно до стану розвитку зубоцеліпної системи: 1 група – 6-9 років, 2 група – 9-12 років, 3 група – 12-15 років. Під час обстеження визначали зубоцеліпні аномалії за класифікацією Енгля і Калвеліса. Всі дані записували в ортодонтичну карту пацієнта.

Результати досліджень

Дані обстеження 508 дітей шкільного віку показали, що середня розповсюдженість зубоцеліпних аномалій у школярів Закарпатської області складає 80,5% (409 чоловік), і тільки у 19,5% (99 чоловік) було виявлено ортогнатичний прикус (табл.1). Даний показник значно перевищує середні показники розповсюдженості ЗЩА серед дітей інших регіонів України.

Таблиця 1

Поширеність ЗЩА серед школярів Закарпатської області

Вікові групи	Кількість обстежених	ЗЩА		Фізіологічний прикус	
		n	%	n	%
6-9	165	126	76,4	39	23,6
9-12	155	128	82,6	27	17,4
12-15	188	155	82,4	33	17,6
Всього	508	409	80,5	99	19,5

Найбільша розповсюдженість ЗЩА, як видно з табл.1, спостерігається у дітей середньої та старшої вікових груп, що підтверджує зростання поширеності патологій зубоцеліпної системи з віком. На нашу думку, така ситуація може бути пов'язана з активною дією різних етіологічних чинників саме в ці періоди формування прикусу дитини, такі як рання втрата молочних або навіть постійних зубів, а також реалізація генетичної програми

росту в пубертатний період. За умов несвоечасного виявлення та усунення факторів ризику виникнення ЗЩА та вичерпання компенсаторних можливостей організму в старшому шкільному віці (12-15 років) формуються стійкі зубоцеліпні деформації, що значно важче піддаються лікуванню.

Результати обстеження школярів Рахівського, Свалявського та Ужгородського районів подані в таблицях 2,3 і 4 відповідно.

Таблиця 2

Поширеність ЗЩА серед школярів Рахівського району

Вікові групи	Кількість обстежених	ЗЩА		Фізіологічний прикус	
		n	%	n	%
6-9	77	62	80,5	15	19,5
9-12	66	55	83,3	11	16,7
12-15	53	41	77,4	12	22,6
Всього	196	158	80,6	38	19,4



Таблиця 3

Поширеність ЗЩА серед школярів Свалявського району

Вікові групи	Кількість обстежених	ЗЩА		Фізіологічний прикус	
		n	%	n	%
6-9	36	25	69,4	11	30,6
9-12	34	26	76,5	8	23,5
12-15	56	45	80,4	11	19,6
Всього	126	96	76,2	30	23,8

Таблиця 4

Поширеність ЗЩА серед школярів Ужгородського району

Вікові групи	Кількість обстежених	ЗЩА		Фізіологічний прикус	
		n	%	n	%
6-9	52	39	75,0	13	25,0
9-12	55	47	85,5	8	14,5
12-15	79	69	87,3	10	12,7
Всього	186	155	83,3	31	16,7

Згідно з результатами наших досліджень найбільша розповсюдженість ЗЩА спостерігається у жителів Ужгородського району (83,3%), а найменша – у школярів Свалявського району (76,2%). У всіх обстежених нами районах нашої області виявляється високий рівень розповсюдженості ЗЩА. Проте кваліфікована ортодонтчна допомога дітям, на нашу думку, є більш доступною саме в обласному центрі, крім того регулярно проводяться профілактичні огляди серед школярів Ужгородського району, і тим не менше показник захворюваності на зубощелепні патології є досить високим. Ми вважаємо, що така ситуація може бути пов'язана з недостатньою увагою до даної проблеми як з боку батьків, так і з боку лікарів-стоматологів під час проведення профілактичних оглядів. Висока розповсюдженість ЗЩА, на нашу думку, може свідчити про недостатній ступінь та об'єм ортодонтчної допомоги школярам даних районів, недостатній рівень науково-просвітницької роботи і як наслідок цього – низький рівень звертання за ортодонтним лікуванням. Не виявлені і не вилікувані вчасно патології прикусу, не усунені шкідливі звички призводять у подальшому не тільки до естетичних та морфологічних порушень, але і до порушення функцій щелепно-лицьового апарату.

У цілому, згідно з результатами наших досліджень, спостерігається ріст ортодон-

тичної патології у дітей з віком, що узгоджується з дослідженнями інших авторів [12,14]. Це можна пояснити недостатнім функціональним навантаженням на зубощелеповий апарат у період активного росту (9-12 років), збільшення випадків передчасного видалення тимчасових зубів у результаті ускладненого карієсу, що призводить до деформацій зубних рядів. У той же час у Рахівському районі ми спостерігаємо зменшення поширеності ЗЩА у старшій віковій групі 12-15 років (77,4%), порівняно з середньою віковою групою 9-12 років (83,3%), що, вважаємо, може свідчити про деяку самокорекцію ортодонтчної патології (зокрема в сагітальній площині) в результаті пубертатного стрибка росту (11-12 років у дівчат і 12-13 років у хлопчиків).

Результати вивчення структури аномалій прикусу у школярів Рахівського, Свалявського та Ужгородського районів подані у вигляді діаграм (рис. 1, 2, 3).

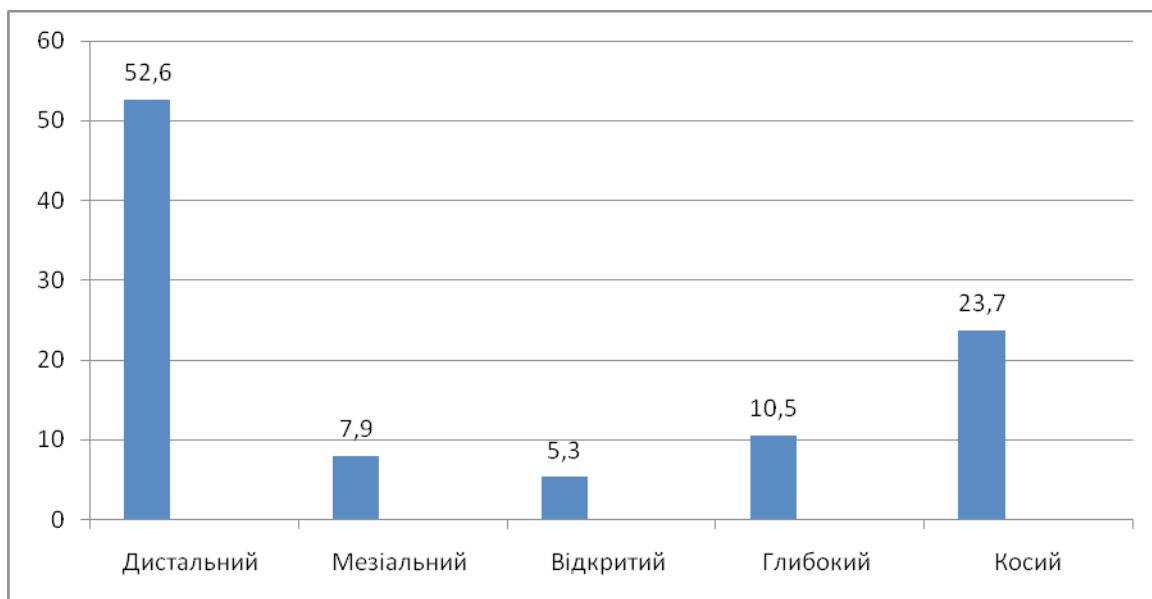


Рис. 1. Структура аномалій прикусу школярів Рахівського району

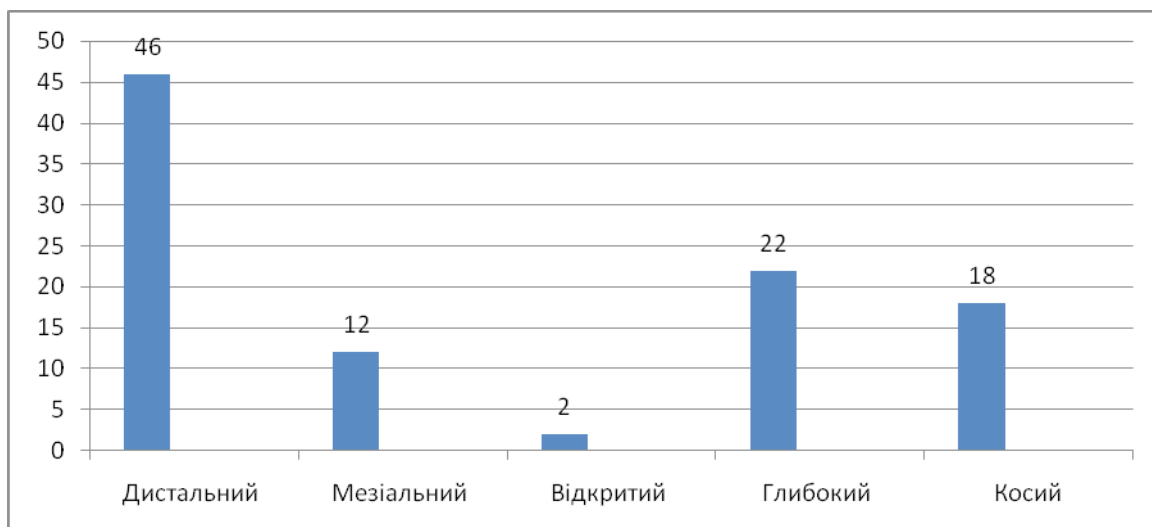


Рис. 2. Структура аномалій прикусу школярів Свалявського району

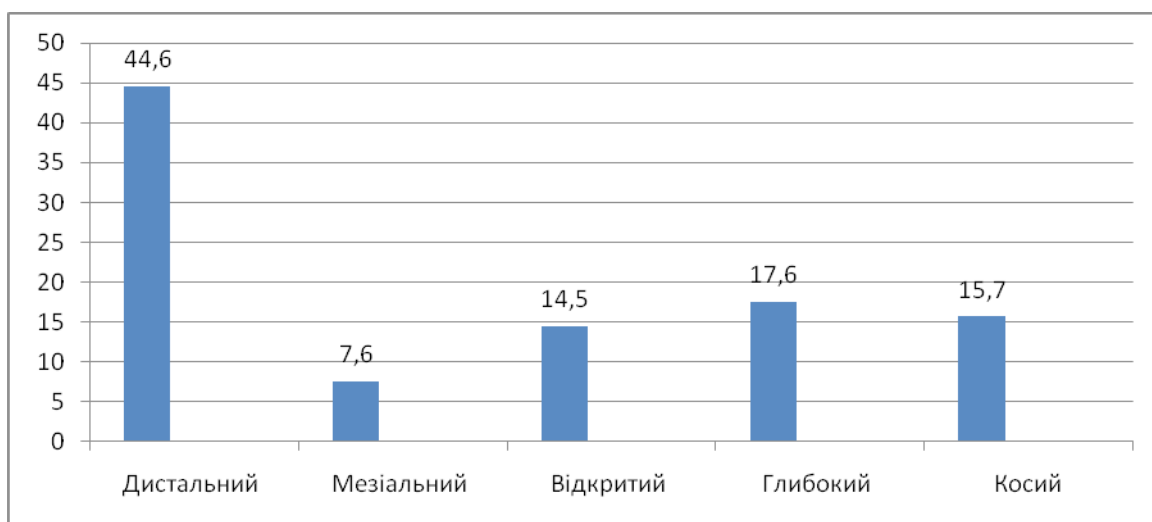


Рис. 3. Структура аномалій прикусу школярів Ужгородського району



У структурі аномалії прикусу у всіх обстежених районах ми спостерігали переважання дистального прикусу (52,6% у Рахівському районі, 46,0% у Свалявському та 44,6% в Ужгородському). Виникнення даної патології тісно пов'язане з шкідливими звичками дитини, зокрема смоктання нижньої губи, пальця, неправильне штучне вигодовування, недостатнє жувальне навантаження, а також може бути зумовлене генетичним фактором. Несвоєчасна корекція даної аномалії прикусу може призводити до серйозних функціональних та естетичних порушень зубощелепової системи дитини. Досить поширеними виявилися глибокий (від 10,5% до 17,6%) та косий прикуси (від 15,7% до 23,7%). Значна поширеність глибокого прикусу може свідчити про те, що другий та третій періоди становлення висоти прикусу у цих дітей не реалізувалися, тому що не було створено для цього відповідних фізіологічних умов. Причиною тому слугували значне руйнування коронок зубів та рання їх втрата, особливо тимчасових зубів. В той же час трансверзальні аномалії прикусу, тобто зворотнє перекриття зубів, як на бокових, так і фронтальних ділянках зубних дуг супроводжуються найбільш важкими функціональними та естетичними порушеннями. Тому вони більше, ніж інші потребують своєчасного ортодонтичного лікування, в плані профілактики більш важких розладів, особливо з боку скронево-нижньощелепних суглобів. Мезіальний прикус зустрічався з частотою від 7,6% до 12%, а

відкритий прикус – від 2% до 14,5% і виявився менш поширеною патологією прикусу.

Висновки

1. Проведені нами дослідження свідчать про високий ступінь розповсюдженості зубощелепних аномалій у обстежених дітей Рахівського (80,6%), Свалявського (76,2%) та Ужгородського (83,3%) районів та загалом у масштабі всієї Закарпатської області (80,5%).

2. Закарпатська область є ендемічним регіоном фтор-йодного дефіциту з високим рівнем ураження населення карієсом, що в свою чергу збільшує ризик виникнення ЗЩА через передчасну втрату зубів, зниження міжальвеолярної висоти прикусу, порушення функції жування.

3. Забезпечення ортодонтичною допомогою населення області є недостатнім (згідно з офіційною статистикою на даний час забезпечення лікарями-ортодонтами складає 0,2 посади на 10000 населення при потребі 0,5).

4. Як було виявлено нами під час оглядів, лікарі-ортоданти більше приділяють увагу патології окремих зубів і зубних рядів, що є більш помітним і легше піддається корекції, а патологія прикусу нерідко залишається не вилікованою. В результаті цього ортодонтична реабілітація хворих дітей є неповною. Це може бути зумовлено більшою складністю корекції аномалій прикусу, потребою у більш пролонгованому лікуванні з використанням сучасних ортодонтичних апаратів.

Резюме. У статті проаналізовано результати обстеження 508 дітей Рахівського, Свалявського та Ужгородського районів Закарпатської області віком від 6 до 15 років. Виявлено високу поширеність зубощелепних аномалій, що становила 80,5%. Серед аномалій прикусу найчастіше зустрічався дистальний прикус (44,6%-52,6%).

Ключові слова: зубощелепні аномалії, поширеність, дистальний прикус.

The frequency of malocclusion cases in pupils of Transcarpathia

A. M. Potapchuk, O. Y. Rivis, K. V. Zombor

Summary. The article analyzes the results of examinations of 508 children in Rakhiv, Svaljava and Uzhgorod district of Transcarpathia aged from 6 to 15 years old. A high frequency of malocclusion cases that comprised 80,5% was found. Among the bite anomalies most frequently found was the distal bite (44,6%-52,6%).

Key words: malocclusions, frequency, distal bite.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алимский А.В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников / А.В. Алимский // Стоматология. – 2002. – №5. – С.67–71.
2. Антоненко А.І. Роль деяких етіологічних чинників у виникненні зубощелепних аномалій / А.І. Антоненко // Вісник стоматології. – 2007. – №3. – С.34–36.



3. Безвушко Е.В. Частота та структура ортодонтичної патології у дітей в умовах впливу підвищеного вмісту фтору та солей важких металів / Е.В. Безвушко // Матеріали І міжнарод. конф. [«Актуальні проблеми ортодонції»]. – Львів, 2000. – 5–8 с.
4. Куроедова В.Д. **Новые аспекты болезни «зубочелюстная аномалия»** / В.Д. Куроедова. – Полтава: Полтава, 1997. – 256 с.
5. Макеєв В.Ф. Частота зубощелепних аномалій та стан гігієни порожнини рота у школярів м.Львова / В.Ф. Макеєв, Б.М. Мірчук, О.Б. Завойко // Вісник стоматології. – 2007. – №3. – С.32–34.
6. Малыгин Ю.М. Принципы симптоматической диагностики аномалий прикуса по Малыгину / Ю.М. Малыгин // Ортодонтия. – 2012. – № 1. – С.78.
7. Образцов Ю.Л. Проблемы изучения распространенности и организации профилактики зубочелюстных аномалий у детей / Ю.Л. Образцов // Стоматология. – 1994. – № 4. – С.71–73.
8. Потапчук А.М. Розповсюдженість зубощелепних аномалій у школярів м.Сваляви і м.Рахова / А.М. Потапчук, О.Ю. Рівіс // Матеріали ІХ науково-практичної конференції з міжнародною участю студентів та молодих вчених [«Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього»]. – Ужгород: Ужгородський національний університет, 2011. – 53–54 с.
9. Потапчук А.М. Розповсюдженість зубощелепних аномалій у школярів Ужгородського району / А.М. Потапчук, О.Ю. Рівіс, М.В. Рівіс // Матеріали ІІ міжнародної стоматологічної конференції студентів та молодих вчених [«Актуальні питання в лікуванні та профілактиці стоматологічних захворювань»]. – Ужгород: Ужгородський національний університет, 2013. – 70–72 с.
10. Каламкаров Х.А. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей дошкольного и школьного возраста / Х.А. Каламкаров, З.А. Башляева, П.А. Скорик [та ін.] // Стоматология. – 1973. – № 4. – С.50–54.
11. Репужинський Й.М. Распространение зубочелюстных аномалий и состояние тканей пародонта у детей 7 и 12 лет / Й.М. Репужинський, Л.В. Анисимова, В.С. Иванов // Матеріали доповідей всеукр. наук.-практ. конф. [«Основні стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування»]. – Полтава: Українська медична стоматологічна академія, 1996. – С.84–85.
12. 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. Ієвлєєва [та ін.] // Вісник стоматології. – 2009. – №2. – С.76–81.
13. Faure J. The influence of different facial components of facial aesthetics / J. Faure, C. Rieffe, J. Maltha // European Journal of Orthodontics. – 2002. – Vol. 24. – P.2–7.
14. Kasrovi P. Occlusion: an orthodontic perspective / P. Kasrovi, M. Meyer, G. Nelson // J. Calif. Dent. Assoc. – 2000. – Vol. 28. – P.780–790.
15. Prevalence de l'agenesie dentaire: une etude radioclinique a Dakar / F. Diagne, D. Khady, A. Yam, F. Diop [et al.] // L'Orthodontie Française. – 2000. – Vol. 72. – P.1–7.
16. Yami E. Assessment of dental and facial aesthetics in adolescents / E. Yami, A. Kuijpers-Jagtman, M. Van't Hof // Europ. J. Orthodont. – 2000. – Vol. 20. – P.399–405.