**Поширеність зубощелепних аномалій серед дітей шкільного віку міста Тернополя**

Постановка проблеми. Красиві зуби стали невід’ємною частиною іміджу сучасної людини, одним з показників його, здоров’я і благополуччя. Проте останніми роками спостерігається тенденція як до збільшення поширеності зубощелепних аномалій, так і до підвищення ступеня виразності їхніх естетичних, морфологічних і функціональних проявів [3, с. 76; 7, с. 6].

Динаміка зростання поширеності та інтенсивності основних стоматологічних захворювань і зубощелепних аномалій у дітей і дорослих, викликає велике занепокоєння у лікарів-стоматологів, як в нашій країні, так і за кордоном.

На тлі високої поширеності зубощелепних аномалій ортодонтичне лікування стає одним з найбільш затребуваних видів стоматологічної допомоги.

При лікуванні хворих з зубощелепними аномаліях застосовують різні ортодонтичні апарати, які, поряд з позитивним, можуть надавати і негативний вплив.

За допомогою ортодонтичної апаратури здійснюють переміщення зубів в будь-яких напрямках. Ортодонтичне втручання результативне при лікуванні дітей і дорослих, воно ефективно так само для лікування аномалій положення окремих зубів, їх груп і аномалій прикусу. Різні види апаратури - як знімні, так і незнімні, використовуються для досягнення оптимального змикання зубних рядів, а також для надійного закріплення результатів лікування

Враховуючи те, що кожне стоматологічне втручання пов’язане не тільки зі значними психоемоційними, але й рефлекторними реакціями, при ортодонтичному лікуванні в порожнині рота відбуваються значні зміни [1, с. 241].

Ортодонтичне лікування, спрямоване на виправлення неправильно розташованих зубів, їх скупченості, нормалізацію прикусу, може виступати фактором, що провокує захворювання пародонту внаслідок зміни стану оточуючих зуби тканин. При цьому порушується гомеостаз і погіршується гігієнічний стан порожнини рота, збільшується ураженість зубів карієсом і наростає запалення оточуючих зуби тканин.

Однак, відсоток ускладнень (виникнення білих плям навколо ортодонтичних апаратів та утворення дефектів в емалі, розвиток запальних захворювань в тканинах пародонту), що виявляються під час або після ортодонтичного лікування, залишається досить високим - від 32,7% до 55,7%. Тому у значної кількості дітей, які потребують ортодонтичного лікування, спостерігаються ускладнення, і вони відмовляються від виправлення патології прикусу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У структурі стоматологічних захворювань зубо - щелепні аномалії (ЗЩА) займають третє місце після карієсу і захворювань тканин пародонту. Відповідно до сучасних уявлень, вони відносяться до числа мультифакторних захворювань і виникають в результаті складної взаємодії спадкових і екзогенних факторів [4, с. 68; 5, с. 62].

Епідеміологічні дослідження, проведені на території України, свідчить про високу поширеність морфологічних і функціональних порушень в зубощелепно-лицевої ділянки у дітей та підлітків [2, с. 53; 3, с. 80; 5, с. 59].

Інформація про частоту зубощелепних аномалій та деформацій у дитячого населення суперечлива, що пояснюється екологічними, геохімічними, соціальними особливостями регіонів.

Частота морфологічних порушень зубощелеп - ної системи у школярів становить близько 50%. Вади розвитку зубощелепної системи, в тому числі розщелини твердого та м’якого піднебіння, альвеолярного відростка, виявляються з частотою 1:1000 у новонароджених, і відзначається тенденція до їх збільшення.

На думку фахівці більшості країн світу зростання поширеності зубощелепних аномалій у дітей і підлітків, що зокрема пов’язане з процесами урбанізації та погіршенням екологічної ситуації [5, с. 62; 6, с. 12].

Суттєва розбіжність епідеміологічних показників зубощелепних аномалій за даним вітчизняних вчених зумовлює необхідність проведення подальших ретельних досліджень по різних регіонах [2, с. 57; 4, с. 70; 7].

На фоні погіршення екологічної обстановки, негативного впливу генетичних змін зростає захворюваність дитячого населення. Встановлено, що зубощелепної аномалії та деформації діагностуються значно частіше у дітей мають загально соматичні захворювання [3. с. 78].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Вивчення розповсюдженості зубощелепних аномалій у різні періоди формування прикусу представляє значний науковий і практичний інтерес. Такі дослідження дозволяють вдосконалити принципи профілактики зубощеле - пових 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.

Таким чином, мультифакторність виникнення зубощелепних аномалій і нові концепції їх розвитку диктують необхідність подальшого пошуку і вдосконалення методів, засобів діагностики, профілактики їх лікування.

Постановка завдання - вивчити поширеність та структуру зубощелепних аномалій у дітей і підлітків м. Тернополя в рамках планових оглядів ТМДСП.

Виклад основного матеріалу дослідження. Проведено епідеміологічне обстеження 1000 дітей і підлітків м. Тернополя віком від 7 до 15 років - учнів загальноосвітніх шкіл м. Тернополя в рамках планових оглядів ТМДСП з метою виявлення поширеності та структури зубощелеп - них аномалій (ЗЩА). Враховуючи рекомендації ВООЗ, аналіз розповсюдженості зубощелепних аномалій та деформацій проводили у вікових групах 7-9, 10-12 та 13-15 років.

Під час обстеження визначали зубощелепні аномалії за класифікацією Е. Енгля (1889 р.). Всі дані записували в карту пацієнта (форма 043-1/0).

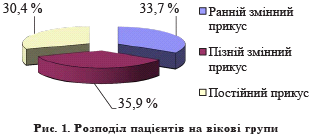
Кількість та вік дітей і підлітків, яким проведено епідеміологічне обстеження, наведено в табл. 1.

пародонт зубощелесний дистальний прикус

Таблиця 1. Розподіл обстежених дітей і підлітків за віком та статтю

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кількість обстежених | Вік обстежених | | | | | | | | | Всього |
|  | 7 років | 8 років | 9 років | 10 років | 11 років | 12 років | 13 років | 14 років | 15 років |  |
| Дівчата | 61 | 60 | 52 | 70 | 60 | 59 | 63 | 57 | 34 | 516 |
| Хлопці | 48 | 66 | 50 | 70 | 58 | 42 | 59 | 55 | 36 | 484 |
| Всього | 109 | 126 | 102 | 140 | 118 | 101 | 122 | 112 | 70 | 1000 |

Для проведення аналізу структури ЗЩА розподілені на три вікові групи: 7-9 років (ранній змінний прикус) - 337 дитини, 10-13 років (пізній змінний прикус) - 359 дітей, понад 13 років (постійний прикус) - 304 осіб (рис. 1).



Дані обстеження 1000 дітей та підлітків м. Тернополя показали, що середня розповсюдженість зубощелепних аномалій у школярів складає 65,7%, і тільки у 34,3% було виявлено ортогнатичний прикус. Даний показник відповідає середньому показнику розповсюдженості ЗЩА серед дітей України.

Епідеміологічне дослідження поширеності ЗЩА у дітей і підлітків м. Тернополя показало, що у віці 7-9 років поширеність ЗЩА склала 54,5%, у 10-12 років - 66,4%, у 12-13 років - 77,3%, Наявність високої розповсюдженості ЗЩА у віці постійного прикусу свідчить про їх незначну саморегуляцію (табл. 2).

Таблиця 2. Поширеність та види зубощелепних аномалій і деформацій у дітей та підлітків м. Тернополя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЗЩА | | Аномалії окремих зубів | | Аномалії зубних рядів | | Аномалії прикусу | | Без ЗЩА | |
| П | % | П | % | П | % | П | % | П | % |
| *7-9 років (п = 337)* | | | | | | | | | |
| 184 | 54,5 | 68 | 20,2 | 80 | 23,7 | 134 | 39,7 | 153 | 45,4 |
| *10-12 років (п = 359)* | | | | | | | | | |
| 238 | 66,4 | 65 | 18,1 | 195 | 54,3 | 158 | 44,0 | 121 | 33,7 |
| *13-15 років (п = 304)* | | | | | | | | | |
| 235 | 77,3 | 58 | 19,1 | 150 | 49,3 | 162 | 53,2 | 69 | 22,7 |
| *Всього (п = 1000)* | | | | | | | | | |
| 657 | 65,7 | 191 | 19,1 | 425 | 64,7 | 454 | 69,1 | 343 | 34,3 |

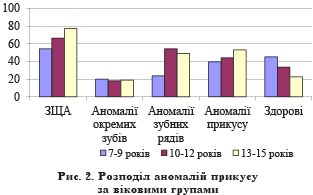
Згідно з отриманими результатами наших досліджень, спостерігається ріст ортодонтичної патології у дітей з віком. Це можна пояснити недостатнім функціональним навантаженням на зубощелеповий апарат у період активного росту (9-12 років), збільшення випадків передчасного видалення тимчасових зубів у результаті ускладненого карієсу, що призводить до деформацій зубних рядів.

Найбільш поширеною патологією в структурі ЗЩА виявився І клас за Енглем - 50,6%, в 2 рази рідше зустрічались ЗЩА ІІ класу за Енглем (21,6%), ІІІ клас за Енглем ми виявили у 2,9% дітей.

У структурі аномалії прикусу у всіх обстежених групах найбільший відсоток дистального прикусу. На нашу думку виникнення даної патології пов’язане з шкідливими звичками дитини, зокрема смоктання нижньої губи, пальця, неправильне штучне вигодовування. Несвоєчасна корекція даної патології в подальшому може призводити до серйозних функціональних та естетичних порушень.

У структурі аномалій прикусу дистальний прикус складає найбільший відсоток і з віком трохи зменшується (52,6% у 7-річному віці і 34,8% у 15-річному), що свідчить про наявність тенденції до саморегуляції. В той же час при глибокому прикусі така тенденція відсутня. Поширеність глибокого перекриття утримується на високому рівні як у 7-річних дітей - 34,5+1,7%, так і у 15-річних - 37,4+2,1%. Поширеність мезіального прикусу склала в середньому 4,5+0,1%, відкритого і косого прикусу - 4,6+0,4%. Можливості саморегуляції цих патологій з віком не виявлено.

пародонт зубощелесний дистальний прикус



Скупченість зубів у дітей 7 років склала 23,9+1,3% випадків, а у 15 річному віці відсоток тісного положення зубів простежується вже у 30,3+2,1% обстежених дітей і залишається в подальшому на досить високому рівні.

Висновки з даного дослідження. Таким чином, рівень розповсюдженості ЗЩА високий у всіх вікових групах.

При цьому кількість зубощелепних аномалій із віком збільшується, що потребує своєчасної діагностики, проведення комплексу профілактичних заходів і лікування ортодонтичної патології в цієї категорії дітей.

**1.** Висока поширеність зубощелепних аномалій у дітей та підлітків потребує поліпшення стану ортодонтичної санітарно-просвітницької та профілактичної роботи серед населення.

Епідеміологічні обстеження необхідно проводити в кожному регіоні, так як поширеність ЗЩА та захворювань пародонта у дітей залежить від регіональних, соціальних та екологічних особливостей.

**Список літератури**

1. Дрогомирецька М.С. Розповсюдженість зубо-щелепних деформацій і захворювань тканин пародонта в дорослих у різні вікові періоди / М.С. Дрогомирєцька, Б.М. Мірчук, О.В. Дєньга // Український стоматологічний альманах. - 2010. - №2 (1). - C. 51-57.

2. Куроедова В.Д. Структура зубощелепних аномалій у дітей Сумської області за зверненням / В.Д. Куроєдова, Л.Б. Галич, Л.В. Галич // Український стоматологічний альманах. - 2012. - №5 (1) - C. 68-71.

3. Потапчук А.М. Поширеність зубощелепних аномалій серед дітей шкільного віку Закарпатської області / А.М. Потапчук, О.Ю. Рівіс, К.В. Зомбор // Проблеми клінічної педіатрії. - 2013. - №1 (19). - С. 58-63.

4. Фарес И.М. Социально-эпидемиологические предпосылки распространенности зубочелюстных аномалий у детского населения г. Баку / И.М. Фарес, А.Ч. Пашаев // Ортодонтия. - 2009. - №2. - С. 10-12.

5. Onyesao C.O. Orthodontic Treatment Need in an Accredited Graduate Orthodontic Center in North America: Pilot Study Text. / C.O. Onyesao, E.A. Be-Gole // The J. of Contep. Dent. Practice. 2006. - Vol. 7 (2). - P. 1-8.