



УДК: 616.314-007.21.3-614.8.02]:616.31-053.2(575.1)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ АДЕНТИИ У ДЕТЕЙ г.ТАШКЕНТА И ОКАЗАНИЕ ИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Гайбуллаева Н.Р.,
Акбаров К.С., Раззаков У.М.**

Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного
стоматологического института, Ташкент, Республика Узбекистан

Изучение эпидемиологической ситуации и получение исходных базисных данных о структуре стоматологической заболеваемости конкретных контингентов является важнейшим условием для разработки и внедрения программ профилактики и лечения стоматологических заболеваний (Всемирная Организация Здравоохранение (ВОЗ), Женева, 2001; С.Х.Юсупов, Л.П.Тупикова и др., 2004).

В норме при наличии зачатка зубов, в период их смены происходит интенсивный рост челюстей и альвеолярных отростков. Анатомические нарушения челюстно-лицевой области при адентии зависят от количества отсутствующих зубов, несвоевременной профилактики и лечения зубов в период их смены, что приводит к морфологическим и функциональным изменениям и, как следствие, развитию вторичных деформаций зубного ряда. Адентия фронтальных зубов нарушает речь, внешний вид ребенка и травмирует его психику. Такие дети становятся замкнутыми, мало разговаривают, редко улыбаются.

В разные годы к проблеме врожденной адентии обращались такие крупные исследователи как Ф.Я. Хорошилкина (1960), Н.В. Бондарец (1990), Н.А. Рябухина (1998), В.А. Дистель (2001), Л.С. Персин (2007) и др. Авторы подчеркивают особенности и сложность аномалий, особенно у детей в периоде сменного прикуса. В связи с этим комплексное лечение детей и подростков при врожденном отсутствии зубов остается актуальной проблемой современной стоматологии.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилась изучение распространенности аномалии и деформации зубочелюстной системы и частоты встречаемости первичной адентии у детей в период сменного прикуса у детей г.Ташкента, а также оценка влияния первичной адентии на формирование вторичной деформации зубной дуги, оказание детям ортодонтической и ортопедической стоматологической помощи..

Материал и методы

Материалом для исследования послужило стоматологическое обследование 505 детей в возрасте 6-14 лет, посещающих школьное образовательное учреждение г. Ташкента. Из них 232 (45,9%) мальчика и 273 (54,1%) девочек. Все обследованные были разделены на возрастные группы, характеризующие период формирования прикуса: 1-я группа – ранний сменный прикус (6-9 лет) – 211 (41,78%) детей (103 мальчика и 108 девочек); 2-я группа – поздний сменный прикус (10-14 лет) – 294 (58,22%) детей (129 мальчика и 165 девочек).

Всем обследованным детям были проведены клинические, антропометрические и фотометрические исследования. Аномалии зубочелюстной системы классифицировались по морфологической классификации Энгля (Angle, 1989) и клинко-морфологической классификации Д.А.Кальвелиса (1957).

Результаты исследования.

При обследовании зубочелюстной системы 505 детей были выявлены ряд стоматологических заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта (кариес, пульпит, гингивит, адентия и др.) и аномалий зубов, зубных рядов и прикуса. При



обнаружении аномалий и деформации зубочелюстной системы особое внимание уделяли выявлению этиологических факторов (вредные привычки, патология окружающих зубные ряды мягких тканей, кариес и его осложнения, нестертые бугры молочных зубов, задержка выпадения молочных зубов, раннее выпадение молочных и постоянных зубов, отсутствие своевременного протезирования), так как их учет и своевременное устранение являются главными принципами профилактики, направленной на предупреждение возникновения и развития зубочелюстных аномалий и вторичных деформаций.

Среди обследованных 505 детей у 304 (60,2%) выявлено вредных привычки, из них ротовое дыхание у 38 (12,5%) детей, инфантильное глотание – у 36 (11,8%), нарушение жевания (односторонне жевание) - у 57 (18,8%), нарушение речи - у 64 (21,1%), вредные привычки сосания – у 30 (9,9%), надкусывание инородных вещей (предметов) - у 46 (15,1%) и накладывание руки на щеку во время сна – у 33 (10,9%).

Данные о распространенности аномалий положения, количества зубов и аномалий отдельных зубов у детей сменного прикуса представлены в таблице 1. Среди аномалий чаще всего встречались скученность зубов и зубных рядов – у 110, транспозиция зубов – у 84, тремы между зубами – у 63, диастема – у 54, тортоаномалия – у 53, вторичная адентия – у 49, раннее удаление молочных зубов – у 47 и сужение зубной дуги – у 44.

Из числа аномалий прикуса у детей со сменным прикусом чаще диагностировали прогнатический прикус – у 99 (19,6%), из них 53 у 1-й и 46 у 2-й группы; глубокий прикус – у 46 (9,1%) (соответственно 24 и 22), а также прогенический прикус – у 41 (8,1%) (соответственно 24 и 17).

У значительного числа обследованных детей имеется сочетание аномалий и положения зубов с патологией прикуса, а также нескольких видов аномалий прикуса одновременно.

Результаты обследования школьников г.Ташкента показали, что распространенность аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей в сменном прикусе очень высока и составляет, по нашим данным 65,5%. Но, несмотря на высокий процент распространенности аномалий и деформаций зубов, зубных рядов и прикуса, оказание стоматологической помощи, в том числе ортодонтической, составляет всего 6,93% (табл. 2).

Таблица 1

Распространенность аномалий положения, количества зубов и аномалий отдельных зубов у детей со сменным прикусом

№	Аномалия зубов	6-9 лет	9-14 лет	Всего
1.	Скученность	62	48	110
2.	Диастема	29	25	54
3.	Тремы	27	36	63
4.	Транспозиция	33	51	84
5.	Тортоаномалия	21	32	53
6.	Макродентия	6	11	17
7.	Микродентия	9	13	22
8.	Сверхкомплектные зубы	4	7	11
9.	Первичная адентия	3	18	21
10.	Вторичная адентия	11	38	49
11.	Раннее удаление молочных зубов	18	29	47
12.	Укорочение зубной дуги	6	19	25
13.	Сужение зубной дуги	17	27	44
14.	Дистопия клыков	2	32	34
15.	Смещение центра	3	39	42
16.	Инфраокклюзия	1	14	15



17.	Супраокклюзия	4	9	13
18.	Травмы	6	18	24
19.	Воспалительные процессы ЗЧС	2	5	7
20.	Зубо-альвеолярное удлинение	13	22	35
	ИТОГО	277	493	770

Таблица 2

Данные о наличии в полости рта ортодонтических аппаратов

Возраст, лет	Число детей	Наличие ортодонтических аппаратов					
		абс.			%		
		N	M	Д	N	M	Д
6-9	211 (103 м+108 д)	13	5	8	6,16	4,85	7,41
9-14	294 (129 м+165 д)	22	15	7	7,48	11,62	4,24
Всего	505 (232 м+273 д)	35	20	15	6,93	8,62	5,49

Примечание. М – мальчики; Д – девочки.

В зависимости от количества отсутствующих зубов и характера нарушения прикуса из числа детей с первичной адентией (21 или 4,2 %) была условно сформирована отдельная группа.

У этих детей, при отсутствии боковых резцов рядом стоящие клыки, смещаясь, прорезывались медиально и заполняли их место. При симметричной первичной адентии, как правило, у детей не наблюдалось сильных косметических отклонений, не возникали грубые нарушения прикуса, а следовательно, и не было нужды в ортодонтическом лечении (рис. 1,2).



Рис. 1. Ребенок К. 13 л. С первичной адентией 32



Рис. 2. Ортопантомография того же пациента.

Некоторые из этой группы дети нуждались только в протезировании, им назначались временные частичные съемные зубные протезы, которые по мере роста ребенка подлежали замене каждые 8-12 месяцев.

Отдельную подгруппу составляли дети с частичной первичной адентией и аномалией прикуса (рис. 3,4). Пациентам этой группы вначале назначали ортодонтическое лечение в зависимости от возраста и вида патологии, завершали детским



профилактическим протезированием с целью профилактики вторичных деформации зубного ряда.



Рис. 3. Ребенок Д. 14 лет, первичная адентия 12, 22, 32, 42

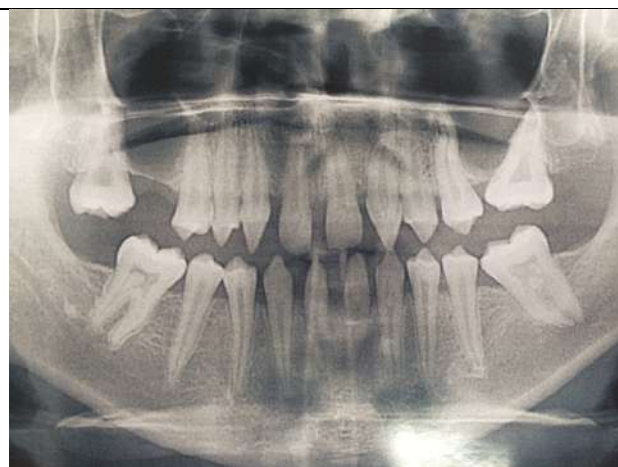


Рис. 4. Ортопантомография того же пациента

Из проведенных исследований было выявлено, что при первичном стоматологическом обследовании из 505 у 21 детей выявлена первичная адентия. После проведенного соответствующего ортопедического и ортодонтического лечения добились уменьшения и предупреждения вторичной деформации зубочелюстной системы.

С целью предупреждения развития изменений в зубочелюстной системе у детей проводили лечение в ранние сроки с помощью зубных протезов разных конструкций, изготовленных с учетом активного роста лицевого черепа. Лечебные мероприятия выбирали не только в зависимости от того, в каком возрасте диагностирована патология, но и учитывали степень сформированности жевательного аппарата и тяжести клинических проявлений.

В каждой возрастной группе в зависимости от вида патологии осуществлялся индивидуальный подбор профилактических и лечебных мероприятий. Для привития гигиенических навыков, способствующих здоровому состоянию органов полости рта, проведены доклады и беседы с детьми о гигиене полости рта и профилактике кариеса. Дети обучены правильной чистке зубов.

Лечение при первичной адентии зависело от количества отсутствующих зубов и вида аномалии прикуса, возникшей на фоне данной патологии.

Заключение

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует об эффективности такой формы лечебно-профилактической работы, как профилактические осмотры и диспансеризация. При плановом осмотре школьников удается своевременно обнаружить этиологические факторы зубочелюстных аномалий и деформаций и вовремя устранить их, за счет чего в дальнейшем уменьшается число больных с выраженными зубочелюстными аномалиями и деформациями. Именно за счет диспансеризации с применением методов профилактики и раннего ортодонтического лечения можно с меньшей затратой труда и времени оказать ортодонтическую помощь большему числу детей, нуждающихся в ней, и перейти к плановому ортодонтическому лечению всех детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Величко Л.С., Белодед Л.В. Ортопедическое лечение первичных адентий // Соврем. Стоматол. – 2008. – №3. – С. 28-30.
2. Дорошенко С.И., Триль С.И. Вторичные зубочелюстные деформации у детей и их диагностика // Вопросы ортопедической стоматологии. – М., 1991. – С. 108-112.



3. Агаджанян С.Х. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий при частичном врожденном отсутствии зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1985. – 31 с.

4. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов и зубных рядов, аномалии прикуса, многофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 544с.

5. Куцевляк В.И. Диспансеризация детей у стоматолога-ортодонта. – Харьков: ХГМУ, 2005. – 32 с.

6. Манеев В.Ф. Показания к изготовлению профилактических протезов у детей с учетом динамики формирования зубных дуг // Стоматология. – 1986. – №1. – С. 82-84.

УДК: 616.716.8-004.8]:615.466:66/67-036.838

ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛА EASY GRAFT В ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Нигматов Р.Н., Нигматова Н.Р., Штеренберг А., Холмурзаев Р.А.

Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования и Факультетской ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института, Ташкент, Республика Узбекистан

Успех восстановительного лечения последствий травм челюстно-лицевой области, удаления зубов, заболеваний пародонта, хронических одонтогенных заболеваний, предварительных этапов по созданию достаточного объема костной ткани в имплантационных технологиях протезирования, во многом определяют процессы регенерации костной ткани.

Костная ткань челюстей имеет характерную особенность, как только в ней утрачиваются или перераспределяются функциональные нагрузки, в ней начинают протекать процессы резорбции. Поэтому удаление даже одного зуба, тем более нескольких зубов, неизбежно ведет к потере костной ткани (Григорьян А.С., Волошин А.И., 2000).

Эта уникальная атрофия альвеолярного отростка описывается в литературе как “редукция альвеолярного гребня” (РАГ) и рассматривается как необратимый полиэтиологический процесс.

Скорость редукции альвеолярного гребня (РАГ) очень интенсивно протекает в течение первых 6 месяцев после удаления корня зуба и отмечается уменьшение анатомических размеров отростка в 40-60 % от первоначального объема. При этом, как правило, в этот процесс вовлекаются не только участки в зоне удаленного зуба, но также затрагивается около 20% объема костной ткани лунок соседних зубов.

Видоизмененный альвеолярный отросток, уменьшение размеров костного гребня, плотности костной ткани, приводит к изменению границ дна верхнечелюстной пазухи, усложняет ортопедическое лечение больных, не может обеспечивать устойчивую стабильность цилиндрических имплантатов, что часто приводит к прямым противопоказаниям применения данного метода, служит причиной его неэффективности (Maspero F.A., 2002).