

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ
АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙНазаров О.Н.,
Махсудов С.Н.Бухарский государственный медицинский институт,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

По данным Т.Ф. Виноградовой (1976), зубочелюстные аномалии и деформации встречаются у детей чаще, чем кариес. Их распространенность колеблется от 42,9 до 76,4%, причем в 30,9% случаев требуется сложное ортодонтическое лечение. По данным Т.Н. Терехова (1987), количество школьников с зубочелюстными аномалиями достигает 56,2%, Х.Н. Шамсиева, Л.П. Конноновой (1982) - 52%, Ф.Я. Хорошилкиной и соавт. (1999) - 78%.

Данные эпидемиологических исследований последних лет отмечают увеличение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей, указывают на основные причины их возникновения и подчеркивают важность изучения данной проблемы, как в социальном, так и политическом аспекте. Одной из главных задач современной стоматологии является профилактика различных заболеваний и нарушений зубочелюстной системы, выявление зубочелюстных аномалий в их начальной стадии на основе первых видимых симптомов, причин возникновения и проведение ранних профилактических мероприятий. Особенно это направление актуально в детской стоматологии.

Причины, ведущие к возникновению зубочелюстных аномалий, разнообразны. Одной из наиболее определяющих являются вредные привычки (сосание и прикусывание соски, губ, языка, щек, пальцев и других предметов, неправильная поза ребенка во время бодрствования и сна и пр.), а также функциональные нарушения дыхания (ротовое), жевания, глотания (инфантильное), речи и закрытия рта.

Цель исследования: определить распространенность зубочелюстных аномалий у детей дошкольного и школьного возраста в зависимости от периода формирования прикуса, провести профилактику и ортодонтическое лечение.

Материалы и методы исследований и их результаты. С 2010 по 2011 гг. в школах г. Бухары проведены стоматологические обследования 730 детей (370 мальчиков и 360 девочек) в возрасте от 4,5 до 14 лет. Использованы результаты материалов, полученных в ходе обследования детей г. Бухары.

В зависимости от периода формирования прикуса дети были распределены на 3 группы: первую группу составили 365 (230 мальчиков и 135 девочек) детей в период раннего сменного прикуса (4,5-6,5 года), вторую - 210 (110 мальчиков и 100 девочки) - в период позднего сменного прикуса (6,5-11 лет), третью - 155 (95 мальчиков и 60 девочек) - в период постоянного прикуса (11-14 лет и старше).

При обследовании использованы клинические, антропометрические и рентгенологические методы. Зубочелюстные аномалии диагностированы согласно классификации Д.А. Калвелеса и Л.В. Ильиной-Маркосян.

Результаты и обсуждение. Как видно из таблицы, зубочелюстные аномалии выявлены у 365 детей. Из аномалий отдельных зубов преобладали макро- и микроденития, а из аномалий формы - шиловидные и кубовидные зубы. Высокая частота аномалий величины и формы отдельных зубов отмечена у детей второй группы.

Из аномалий структуры твердых тканей зубов чаще встречалась волнистая и точечная формы гипоплазии, которые превалировали у детей первой группы.

Из аномалий положения отдельных зубов наиболее часто отмечалось вестибулярное положение клыков, небное и язычное положение боковых резцов и поворот зубов по оси. По частоте этих аномалий первая и вторая группы различались незначительно. В третьей группе этот показатель был выше.

Аномалии формы зубных рядов (сужение верхнего и нижнего зубного ряда и др.) чаще отмечено во второй группе.

Наибольшее количество детей с аномалиями прикуса выявлено в первой группе. Среди детей этой группы чаще отмечался постериальный прикус, который у детей второй и третьей групп сочетался с открытым и глубоким прикусом. Антериальный и глубокий прикус также преобладал у детей первой группы.

Реже встречался открытый прикус, а его сочетание с прогнатией и прогенией наиболее часто отмечалось у детей во второй и третьей группах.

Таблица 1. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей, $P < 0,01$

Период формирования прикуса	Общее число обследованных	Частота збочелостных аномалий	Аномалии прикуса	Аномалии										открытый	латеральный
				величины и формы	структуры твердых тканей зубов	положения зубов	зубных рядов	прикуса	постериальный	антериальный	Глубокий				
Ранний сменный до лечения	365	164 (44,9±2,1)	103 (62,8±3,1)	8 (4,8±1,8)	11 (6,7±2,1)	26 (15,8±2,3)	15 (9,1±2,2)	103 (62,8±3,1)	28 (17,1±2,4)	38 (23,1±2,4)	17 (10,3±2,1)	11 (6,7±1,5)	11 (6,7±1,5)		
через год	360	134 (37,2±2,7)	80 (59,7±2,4)	7 (5,2±2,5)*	10 (7,46±1,6)	24 (17,9±2,1)	13 (9,7±2,2)*	80 (59,7±2,4)	26 (19,4±1,3)*	29 (21,6±2,4)	12 (8,9±1,9)*	7 (5,2±1,8)*	7 (5,2±1,8)		
Поздний сменный до лечения	210	111 (52,8±3,4)	48 (43,2±3,4)	15 (13,5±2,1)	27 (2,43±2,5)	23 (20,7±1,9)	20 (18,1±2,3)	48 (43,2±3,4)	13 (11,7±3,1)	18 (16,2±2,8)	8 (7,2±3,4)	5 (4,5±2,7)	5 (4,5±2,7)		
через год	207	66 (31,8±2,3)	29 (43,9±2,3)*	11 (16,6±2,3)*	3 (4,54±1,9)	12 (18,1±2,4)*	13 (19,6±2,4)*	28 (42,4±2,3)	9 (13,6±2,3)	10 (15,1±2,6)*	4 (6,0±1,7)	3 (4,5±1,7)*	3 (4,5±1,7)		
Постоянный до лечения	155	78 (50,3±3,4)	38 (48,7±3,5)	6 (7,6±2,6)	4 (5,1±2,6)	15 (19,2±2,1)	14 (17,9±2,7)	38 (48,7±3,5)	12 (15,3±2,8)	12 (15,3±2,5)	5 (6,4±2,9)	4 (5,1±2,1)	4 (5,1±2,1)		
через год	152	43 (28,2±2,6)	21 (48,8±2,5)	3 (6,9±2,1)	2 (4,6±1,8)	8 (18,6±2,6)	8 (18,6±2,5)	21 (48,8±2,5)	6 (13,9±2,7)	6 (13,9±2,1)	3 (6,9±1,9)	2 (4,6±1,6)	3 (6,9±1,9)		
Всего через год	730	353	189	29	42	64	49	189	53	68	30	20	20		
	719	243	130	21	15	44	34	129	41	45	19	12	13		
	1449	596	319	50	57	108	83	318	94	113	49	32	33		

Примечание. В скобках указан процент. * - $P < 0,05$

Эти данные позволили получить сведения о распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций, выявить распространенность различных форм прогнатии, патологии мягких тканей и вредных привычек.

Латеральный прикус примерно одинаково часто наблюдался у детей первой и третьей групп и реже во второй. Его сочетание с прогенией наиболее часто встречалось у детей второй и третьей групп.

Поражение твердых тканей зубов - кариес чаще выявлялось у детей с антериальным и постериальным прикусом, а также у детей с аномалиями отдельных зубов. Результаты клинического обследования детей подтвердили тесную связь между зубочелюстными аномалиями и кариесом зубов.

Через год отмечено снижение всех показателей, что объясняется своевременным проведением лечебно-профилактических мероприятий (реминерализующая терапия для снижения поражения твердых тканей зубов), нормализацией функциональных нарушений зубочелюстной системы (дыхания, глотания, речи, жевания), назначением комплекса мио-гимнастических упражнений, устранением вредной привычек.

В своевременном выявлении и устранении факторов риска, способствующих возникновению зубочелюстных аномалий, важное значение имеет активное участие родителей, медицинского персонала и воспитателей детских дошкольных учреждений. Непременным условием этого участия является их осведомленность по всему аспекту вопросов, касающихся причин возникновения стоматологических нарушений у детей, включая зубочелюстные аномалии.

Таким образом, широкая распространенность зубочелюстных аномалий среди детей г. Бухары при низкой стабильности результатов ортодонтического лечения настоятельно требуют необходимость ранней диагностики прогнатии, являющейся причиной большинства аномалий зубочелюстно-лицевого развития. Раннее выявление ЗЧА у детей позволят переместить период активной коррекции на преортодонтический период (период молочного и смешанного прикуса), когда зубочелюстная система ребенка находится в стадии активного роста и коррекция нарушений требует меньших усилий со стороны врача и ребенка. Кроме того, превентивное лечение, проводимое в раннем возрасте, более доступно в плане затрат, поскольку проводится с применением простых и эффективных средств миофункциональной терапии, позволяет сохранить здоровье детям и избавить родителей от необходимости оплачивать дорогостоящее лечение ортодонтических нарушений в старшем возрасте.

Использованная литература:

1. Абдуазимов А.Д., Назарова В.Ф., Шомухамедова Ф.А. и др. Оценка способов лечения больных с аномалиями положения отдельных зубов // *Stomatologiya*. 2002.- №1-2.- С.59-61.
2. Алимский А.В. Механизм прорезывания постоянных зубов и причины формирования аномалий зубочелюстной системы // *Стоматология*.—2000.- №3.- С. 51-52.
3. Арипова Г.Э., Назаров О.Ж. Взаимосвязь осей зубов, типов лица и профиля // *Stomatologic*- 2005.- №3/4.- С. 170-172.
4. Бирюкова О.П. Влияние функционального состояния мышц челюстно- лицевой области и осанки на формирование у детей 6-12 лет дистальной окклюзии // Дис. ... канд. мед. наук.—М., 2005.—124 с.
5. Володацкий В.М. Клиника и комплексное лечение сочетанных форм аномалий окклюзии зубных рядов у детей и подростков // Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук / Ставропол. гос. мед. ак. МЗ и Ср – Ставрополь, 2010.—42 с.
6. Гвоздева Ю.В. Дисфункция мягких тканей челюстно-лицевой области у детей: механизмы влияния на формирование зубочелюстной системы и возможности ранней коррекции с применением миофункциональной аппаратуры // Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук.—Пермь, 2010.- 44 с.
7. Махмудова Н.Э., Адылова Ш.Т., Акилов Т.А. Стоматологический статус недоношенных детей (по материалам двух районов города Ташкента) // *Stomatologiya*-2003.-№1-2.- С. 19-21.
8. Назарова В.Ф., Муслимова Д.М. Анализ результатов осмотра первичных ортодонтических больных, обратившихся на консультацию в клинику ортодонтии Первого ТашГосМИ // *Stomatologiya*.-2005.- № 3/4.—С. 167-169.