

**ПОШИРЕНІСТЬ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ СЕРЕД
ШКОЛЯРІВ м. КИЄВА**

Є.А. Кульгінський, А.В.Радченко, В.О. Прохницька, К.В. Дорошенко
Київський медичний університет УАНМ

Резюме

Представлені результати поширеності дистального прикусу у віковому аспекті серед школярів м.Києва за 2008-2009 і 2010-2011 рр., а також їх порівняльний аналіз.

Ключові слова: поширеність, дистальний прикус, школярі, порівняльний аналіз.

Резюме

Представлены результаты распространенности дистального прикуса в возрастном аспекте среди школьников г. Киева за 2008-2009 и 2010-2011 гг., а также их сравнительный анализ.

Ключевые слова: распространенность, дистальный прикус, школьники, сравнительный анализ.

Summary

The paper provides information on the prevalence of distal occlusion among schoolchildren of Kiev for 2008-2009 and 2010-2011 in the age aspect, and its comparative analysis.

Key words: prevalence, distal occlusion, schoolchildren, comparative analysis.

Література

1. Григор'єва Л.П. Прогнатія / Л.П. Григор'єва. – К: Здоров'я, 1984. – 79 с.

2. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: Медицина, 1982. – 461 с.
3. Смаглюк Л.В. Стан зубоальвеолярних дуг верхньої та нижньої щелеп при дистальній оклюзії зубних рядів (Клас II-2 за Енглем) у віковому аспекті / Л.В. Смаглюк // Український стоматологічний альманах. – 2003. – №3. – С.23-24.
4. Дорошенко С.И. Подготовка полости рта к ортодонтическому лечению при зубочелюстных деформациях: автореф. дис. на соискание науч. степени доктора мед. наук / С.И. Дорошенко. – 1991. – 35 с.
5. Треймане Л.Б. Основные симптомы прогнатии и их проявление во время смены зубов / Л.Б. Треймане // Стоматология. – 1961. – №2. – С.61-65.
6. Криштаб С.И. Аномалии нижней челюсти / С.И. Криштаб. – К.: Здоров'я, 1975. – 180 с.
7. Григорьева Л.П. Функциональные и морфологические особенности челюстно-лицевой области при прогнатическом дистальном прикусе и динамика изменения их в процессе лечения / Григорьева Л.П., Куроедова В.Д., Эйхгорн Т.Ю. //Актуальные вопросы стоматологии. – Полтава, 1981. – С.21-25.
8. Куроедова В.А. Новые аспекты болезни “Зубочелюстная аномалия”/ В.А. Куроедова. – Полтава, 1999. – 213 с.
9. Сегал М.М. Ортодонтичні моноблоки при лікуванні дистального прикусу, ускладненого функціональною патологією: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / М.М. Сегал. – 2009. – 18 с.
10. Гооге Л.А. Характеристика результатов лечения дистального прикуса у детей и подростков / Л.А. Гооге // Профилактика и лечение стоматологических заболеваний. – Алма-Ата, 1983. – С.227-231.

Актуальність дослідження. Дистальний прикус - одна з актуальних проблем ортодонції, з огляду на його значну поширеність серед зубощелепних аномалій – від 13% до 31,3% [1, 2, 3]. Наведені дані досить суперечливі, що пов'язано з відсутністю єдиної методики обстеження та розбіжністю критеріїв діагностики зубощелепних аномалій [4].

За даними Зубрецової Г.П. (1986), поширеність дистального прикусу складає 35,9%, яка після 9 років майже не змінюється, проте в період прорізування премолярів збільшується поширеність аномалій зубних дуг до 23,3%, а глибокого прикусу - до 15,9%.

Низка авторів дійшли висновку, що в період зміни зубів прогнатія, тобто дистальний прикус, зустрічається в 15% обстежених. За даними М.А. Любомирської (1968), дистальний прикус у період зміни зубів складає 17,6%, Л.Б. Треймане [5] – 18,3%, С.І. Криштаба [6] – 6,39%, Л.П. Григор'євої та співавт. [7] – 20,1%, В.Д. Куроєдової [8] – 12,3-23%, М.М. Сегал [9] – 8%.

Проте деякі фахівці [10] зазначають, що прогнатія зустрічається однаково часто як у змінний, так і в постійний періоди прикусу, складаючи 12,3% і 12,7%, відповідно.

Натомість С.І. Криштаб [6] усе ж таки вказує на тенденцію до зниження цієї аномалії в період постійного прикусу – з 12,4% до 2,9%. Це пояснюється, на думку автора, з одного боку, нестійкою відносною фізіологічною рівновагою зубощелепного апарату в період зміни зубів, а з іншого – тим, що деякі аномалії в період остаточного формування жувального апарату зникають унаслідок саморегуляції.

Усе це свідчить про те, що в спеціалістів немає єдиної думки про поширеність дистального прикусу і його форм у різні вікові періоди формування зубощелепного апарату.

Мета дослідження - визначити поширеність дистального прикусу у віковому аспекті серед школярів м. Києва.

Матеріал і методика. Вивчали матеріали проведеного у 2008-2009 рр. співробітниками кафедри ортопедичної стоматології та ортодонтії КМУ УАНМ масового обстеження 1570 учнів віком від 6 до 18 років у школах м. Києва, а також матеріали проведеного нами у 2010-2011 р. обстеження 671 учня віком від 6 до 18 років у школах м. Києва. Дані обстеження фіксували в спеціально розроблених картах. Обстеження вели за загальноприйнятими методиками.

За даними обстеження 2008-2009 рр., школярі були розподілені на три групи, відповідно віку, тобто періоду прикусу: 1 група – діти віком від 6 до 11 років (286), 2 група – діти від 12 до 14 років (781), 3 група – діти від 15 до 18 років (503).

За даними обстеження 2010-2011 рр., школярі також були розподілені на три групи за вищезгаданою схемою, які відрізнялися кількістю учнів у різних вікових групах, а саме: 1 група – 450, 2 група – 133, 3 група – 86 дітей.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведеними дослідженнями встановлено, що серед оглянутих у 2008–2009 рр. 1570 дітей дистальний прикус (ДП) спостерігався у 23% (365 дітей). У першій групі дітей, тобто в змінний період прикусу ДП виявлено в 125 (8% загальної кількості обстежених - 1570 осіб); у другій групі дітей, тобто в ранньому постійному прикусі ДП - у 113 (7%); у третій групі, тобто в постійному прикусі, ДП виявлено в 121 (7,7%) школяра.

А серед оглянутих 671 дитини у 2010-2011 рр. дистальний прикус було виявлено в 39% (263 дитини). У першій групі ДП спостерігався в 162 (24%), у другій групі дітей ДП – у 55 (8%), у третій групі дітей ДП – у 46 (7%). Кількість виявлених школярів, які мали дистальний прикус у кожній віковій групі, за даними двох масових обстежень представлено в табл.1 і на діаграмі (рис.1), а за певним віком - у табл.2.

Таблиця 1

Кількість школярів, які мали дистальний прикус, у кожній віковій групі за даними проведених обстежень

Діти	2008-2009		2010-2011	
	абс.	відн.	абс.	відн.
1 група (6-11 р.)	125	8%	162	24%
2 група (12-14 р.)	113	7%	55	8%
3 група (15-18 р.)	121	7.7%	46	7%
Усього дітей із ДП відносно всіх оглянутих	365 (23 %)		263 (33 %)	

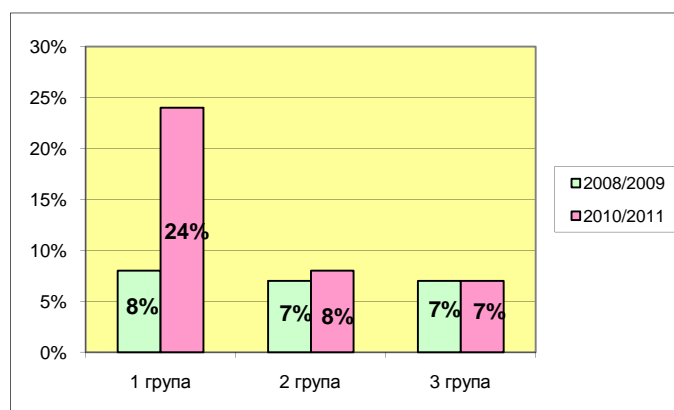


Рис.1. Діаграма поширеності дистального прикусу серед обстежених школярів у 2008/2009 рр. і 2010/2011 рр.

Таблиця 2

Поширеність дистального прикусу за віком

Вік учнів	Дистальний прикус	
	2008 2009	2010 2011
6		4
7	5	26
8	33	32

9	17	38
10	23	28
11	46	18
12	48	16
13	34	17
14	32	19
15	38	13
16	36	18
17	45	15
Усього	365	263

Дані з табл.1, 2 і діаграма (рис.1) свідчать про те, що ДП найпоширеніший серед дітей молодшої вікової групи – з 6 до 11 років, тобто в змінний період прикусу. За даними обстежених 2008-2009 рр., пік поширеності ДП припадає на школярів 11 і 12 років. Тенденції до саморегуляції цієї зубощелепної аномалії з віком не спостерігається. На повторному огляді найбільша поширеність ДП виявлена в дітей 8 і 9 років. Проте в школярів 8 років, за даними обох проведених у різні роки оглядів, показники поширеності ДП майже збігаються – 33 (9%) і 32 (12%) учнів. Масовий огляд, проведений у 2010-2011 рр., засвідчив певну тенденцію до саморегуляції ДП – від 12% до 6%, тобто вдвічі.

Отже, аналізуючи результати двох масових обстежень дітей у школах м.Києва, можна зробити висновок про те, що дані, отримані у 2008/2009 та 2010/2011 роках майже збігаються з даними за 2010-2011 рр. за винятком осіб 1 вікової групи (6-11 р.). Це можна пояснити, на нашу думку, тим, що зростання поширеності дистального прикусу серед школярів цієї групи певною мірою пов'язане з наявністю в них шкідливих звичок і некомпенсованих своєчасно дефектів зубів і зубних рядів унаслідок карієсу та його ускладнень, що підтвердили дані наших минулих

спостережень (С.І. Дорошенко та співавт, 2007). У школярів другої (12-14 років) і третьої (15-18 років) вікових груп спостерігається зниження поширеності ДП, що певною мірою можна розглядати як саморегуляцію цієї аномалії за рахунок зникнення шкідливих звичок на найвідповідальнішому етапі формування зубощелепного апарату.

Слід зауважити, що серед дітей із ДП спостерігались також аномалії положення окремих зубів, що певною мірою ускладнювало цю зубощелепну аномалію. У табл. 3 і на діаграмі (рис.2.) представлені дані поширеності аномалії положення в школярів, які мали дистальний прикус. Наведені дані свідчать про превалювання в них тортоаномалій і скупченості зубів. Так, на обстеженні 2008-2009 рр. тортоаномалії становили 4%, а скупченість зубів – 7%, а у 2010-2011 рр. – 6% і 6% відповідно.

Таблиця 3

Аномалії положення окремих зубів при дистальному прикусі

	2008/2009		2010/2011	
	абс.	відн.	абс.	відн.
Вестибул. полож.	57чол.	3%	20 чол.	2%
Піднебін. полож.	32 чол.	2%	11 чол.	1%
Тортоаномалія	70 чол.	4%	45 чол.	6%
Скупченість	121 чол.	7%	43 чол.	6%

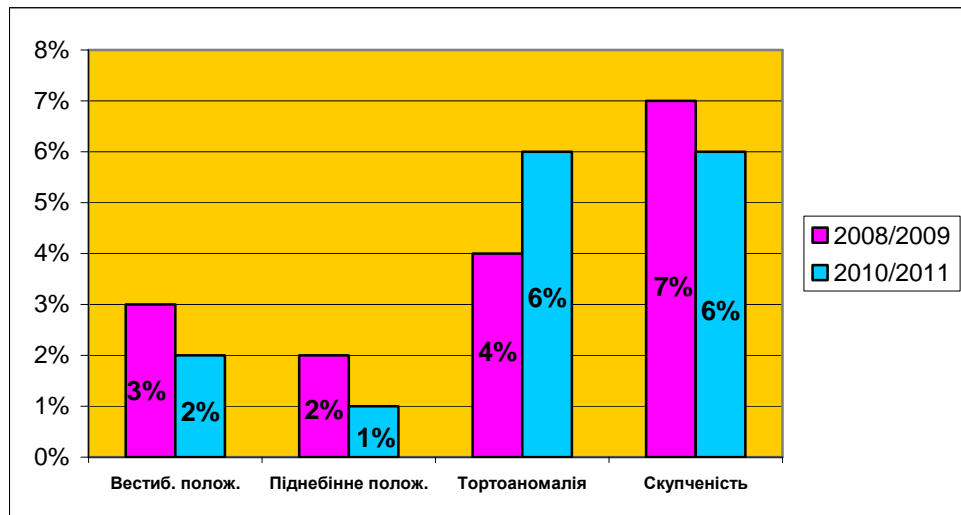


Рис.2. Діаграма поширеності аномалії положення окремих зубів при дистальному прикусі від загальної кількості оглянутих дітей у 2008/2009 рр. і 2010/2011 рр.

Висновок. Дистальний прикус продовжує бути досить поширеною зубощелепною аномалією. Вона частіше спостерігається в дітей у змінний період прикусу, що пов'язано насамперед із превалюванням у них шкідливих звичок та своєчасно некомпенсованих дефектів зубів і зубних рядів. Поширеність тортоаномалій і скупченості зубів – це наслідок руйнування і ранньої втрати тимчасових зубів. Зниження показників поширеності дистального прикусу в старшій II, III вікових групах школярів у порівнянні з молодшою I групою, виявлене на обстеженні у 2010-2011 рр., можна розглядати як саморегуляцію цієї аномалії з віком дитини та зі зникненням шкідливих звичок.

