

ОРТОДОНТІЯ

УДК 616.314-007.2-02:616.314.2]-036.22-053.2

Дорошенко С.І., Зражевська А.Ю., Стороженко К.В.¹

ПОШИРЕНІСТЬ ВТОРИННИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ НА ТЛІ НЕКОМПЕНСОВАНИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

ПВНЗ «Київський медичний університет», Київ, Україна

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Робота є фрагментом комплексної теми науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології та ортодонції ПВНЗ «Київський медичний університет» «Підвищення ефективності ортопедичного і ортодонтичного лікування хворих з дефектами зубів, зубних рядів, аномаліями та деформаціями зубощелепного апарату» (номер державної реєстрації 0106U011147).

Вступ

Дані спеціальної літератури свідчать про високу поширеність та інтенсивність стоматологічних хвороб серед дітей і молоді [1]. Поширеність зубощелепних аномалій серед дітей і підлітків, за даними масових оглядів, коливається в межах від 15% до 70% [2-4].

Відомо, що деформації зубних рядів і порушення оклюзії займають третє місце після карієсу і хвороб пародонта [3]. Часткова відсутність зубів залишається основною патологією зубощелепного апарату в усі вікові періоди впродовж не одного десятиліття [5]. Суттєво різняться дані щодо поширеності дефектів зубних рядів у дитячому й підлітковому віці, яка, за даними епідеміологічних досліджень, складає від 0,3% до 10%, і за звертанням у клініку – від 5% до 40% [1-3,6-9]. Окрім того, проведені науковцями дослідження вказують на високий рівень морфологічних і функціональних порушень у зубощелепно-лицевій ділянці в дітей і підлітків не лише при ранній втраті зубів, а і при зниженні висоти клінічних коронок жувальних зубів унаслідок їх руйнування каріозним процесом, на фоні збереження цілісності зубного ряду, що складає від 27,9% до 85,46% [9-11].

Безперервність зубного ряду – один із важливих факторів, які забезпечують його функцію і стійкість зубів, так само як і функція кожного зуба може бути повноцінною тільки в складі цілісної зубної дуги [9]. Несвоєчасне ортопедичне лікування ДЗР практично завжди призводить до морфо-функціональних змін щелепно-лицевої ділянки і до виникнення зубощелепних деформацій і функціонально-естетичних порушень [3]. У дітей досить одного року, аби виникли неспри-

ятливі умови для прорізування антагоністів і деформації оклюзійних співвідношень [2]. Аналізуючи результати проведених епідеміологічних обстежень, можна зробити висновок, що 94,2% дітей і підлітків потребують комплексної стоматологічної допомоги [12].

Нині, незважаючи на загальне визнання необхідності профілактики, раннього виявлення й лікування порушень оклюзії в дітей, у сучасній літературі недостатньо висвітлена проблема профілактики й усунення рядів і оклюзійних порушень у дітей. Окрім того, проблеми з організацією надання стоматологічної допомоги населенню залишаються актуальним питанням, що підтверджується значною поширеністю стоматологічних хвороб у всіх вікових групах [13].

Мета дослідження – визначити поширеність дефектів зубних рядів і вторинних зубощелепних деформацій (ВЗЩД) у різні періоди формування зубощелепного апарату серед дитячого населення м. Києва й потребу дітей у лікувально-профілактичному протезуванні, оцінивши рівень надання ортопедичної допомоги.

Матеріали і методи дослідження

Для виявлення й вивчення поширеності вторинних зубощелепних деформацій у віковому аспекті протягом 2017-2018 рр. нами було обстежено 2276 дітей і підлітків віком від 4 до 17 років у організованих навчальних закладах м. Києва. У 2017 році масові огляди проводили в спеціалізованій школі I-III ступенів № 102 із поглибленим вивченням англійської мови та в середній загальноосвітній школі I-III ступенів № 190. Усього було обстежено 1023 дитини, із них 467 осіб чоловічої статі та 556 – жіночої. У 2018

році всього було обстежено 1253 дитини в школах №102 і №190, а також у школі-дитячому садку I ступеня «Пролісок», із них 615 осіб

чоловічої статі та 638 – жіночої. Загальна характеристика обстежених дітей за віком і статтю представлена в таблиці 1.

Таблиця 1
Загальна характеристика оглянутих дітей за віком і статтю

Вік обстежених	Стать				Загальна кількість	
	чоловіча		жіноча		абс. к-ть	%
	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%		
4	11	1,0	11	0,9	22	1,0
5	17	1,6	15	1,3	32	1,4
6	61	5,6	74	6,2	135	5,9
7	136	12,6	162	13,6	298	13,1
8	139	12,8	159	13,3	298	13,1
9	123	11,4	130	10,9	253	11,1
10	140	12,9	144	12,1	284	12,5
11	105	9,7	97	8,1	202	8,9
12	71	6,5	74	6,2	145	6,4
13	87	8,0	93	7,8	180	7,9
14	69	6,4	77	6,4	146	6,4
15	55	5,1	76	6,4	131	5,7
16	44	4,1	57	4,8	101	4,4
17	25	2,3	24	2,0	49	2,2
Усього	1083	47,6	1193	52,4	2276	100

Дані з табл. 1 свідчать про те, що серед обстежених дітей превалювали особи жіночої статі 52,4% (1193). Кількість осіб чоловічої статі складала 47,6% (1083). Найбільша кількість оглянутих нами дітей випала на вік 7 (13,1%), 8 (13,1%) і 9 років (11,1%), а найменша – 4 (1,0%) і 5 років (1,4%).

Обстеження проводили за загальноприйнятою методикою з дотриманням усіх санітарно-гігієнічних вимог із використанням одноразових оглядових інструментів. Дані фіксували в спеціально розроблених картах обстеження. На масовому огляді звертали увагу на стан слизової оболонки рота й пародонта порожнини рота, а також на стан твердих тканин зубів і цілісність зубних рядів, наявність аномалій зубних дуг, аномалій окремих зубів і вид прикусу. Виявивши дефекти зубних рядів, констатували їхні топографію й локалізацію, а також наявність вторинних зубощелепних деформацій у ділянках ДЗР. При цьому з'ясовували причини відсутності тих чи інших зубів і давність дефектів. Окрім того, визначали тип жування, ковтання, дихання й наявність шкідливих звичок.

Результати дослідження

Серед 2276 оглянутих осіб поширеність зубощелепних аномалій складала 65,2% (1484 особи), що свідчить про досить високу їх поширеність серед дитячого населення.

Аналізуючи структуру порушень прикусу згідно з отриманими даними, виявлено, що частіше траплялися аномалії I класу за Енгле – у 1041 особи (45,8%). Це були випадки правильного співвідношення перших постійних молярів (за їх відсутності – співвідношення іклів) і різних аномалій положення окремих зубів: супрапозиція,

інфрапозиція, тортоаномалія, медіальне, дистальне, вестибулярне або оральне положення зубів. Аномалії прикусу II класу за E. Angle спостерігалися в 347 осіб (15,2%), а III класу – у 96 осіб (4,2%) (рис.1).

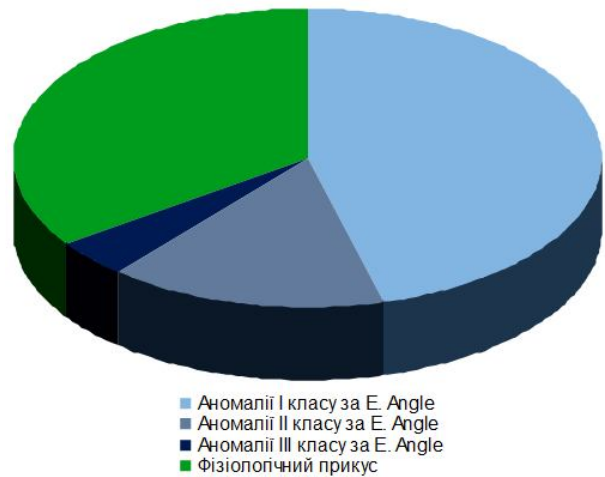


Рис. 1. Структура зубощелепних аномалій серед усіх обстежених дітей

Серед оглянутих 2276 осіб дефекти зубних рядів були виявлені в 359, що складає 15,8% загальної кількості оглянутих дітей. Загальна характеристика оглянутих дошкільнят і школярів, які мали ДЗР, відповідно до віку і статі представлена в таблиці 2.

Дані з таблиці 2 свідчать про те, що частіше ДЗР траплялися в хлопчиків, ніж у дівчаток, – 56,5% і 43,5% відповідно. Найбільша кількість ДЗР виявлена в дітей віком 8 років – 24,0%.

Таблиця 2
Загальна характеристика оглянутих дітей із ДЗР за віком і статтю

Вік обстежених	Стать				Загальна кількість	
	чоловіча		жіноча			
	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%
4	1	0,5	0	0,0	1	0,3
5	4	2,0	3	1,9	7	1,9
6	11	5,4	9	5,8	20	5,6
7	38	17,0	31	19,9	69	19,2
8	54	26,6	32	20,5	86	24,0
9	24	11,8	21	13,5	45	12,5
10	27	13,3	22	14,1	49	13,6
11	9	4,4	8	5,1	17	4,7
12	6	2,9	6	3,8	12	3,3
13	7	3,4	7	4,5	14	3,9
14	6	2,9	5	3,2	11	3,1
15	6	2,9	6	3,8	12	3,3
16	4	2,0	3	1,9	7	1,9
17	6	2,9	3	1,9	9	2,5
Усього	203	56,5	156	43,5	359	100

Якщо розглядати поширеність ДЗР окремо в кожному віці, то можна констатувати таке: у віці 4 років 1 особа мала дефект зубного ряду, що складає 0,3% загальної кількості виявлених дефектів, а в 7 осіб 5-річного віку – 1,9%. Показник поширеності дефектів зубних рядів збільшувався в пацієнтів зі змінним прикусом. Так, у віці 6 років 20 осіб мали ДЗР, що становить 5,6%, у 7 років – 69 (19,2%) і у 8 років – у 86 осіб і складає найбільшу кількість – 24,0%. У дітей 9-річного віку ДЗР спостерігались у 45 осіб – 14,0%; серед школярів 10-річного віку – у 49 осіб, що становить 13,6%. Поступове зменшення дефектів зубних рядів спостерігалось під кінець змінного прикусу й на початку постійного. У віці 11 років ДЗР мали 17 осіб (4,3%), а у 12 років – 12 школярів (3,3%). Серед оглянутих дітей із постійним прикусом цілісність зубних рядів спостерігалась у віці 13 років – 14 осіб (3,1%); у 14 років – 11 (3,1%); серед 15-річних школярів – 12 (3,3%). Найнижчі показники поширеності ДЗР були виявлені у віці 16 років – у 7 осіб (1,9%) і в підлітків 17-річного віку – 9 (2,5%).

Поширеність дефектів зубних рядів визначали не тільки відповідно до періоду формування зубощелепного апарату (тимчасовий, змінний і постійний прикус), а й залежно від їх локалізації (у фронтальній чи бічній ділянці, на верхній чи на нижній щелепі) та протяжності (рис.2). При розподілі ДЗР за протяжністю використовували класифікацію Василенка З.С. і Триля С.І. (1989), а саме: за відсутності 1 зуба дефект зубного ря-

ду вважався малим, 2-3 зубів – середнім, а більше 3 зубів – великим.

Дефекти зубних рядів частіше виявляли на нижній щелепі – у 215 осіб (59,9%), ніж на верхній, – 144 (40,1%). Превалювали ДЗР у бічних ділянках – 264 (73,5%) і серед осіб зі змінним періодом прикусу – 286 (79,7%). За протяжністю превалювали середні ДЗР – 190 (52,9%), малі були в 135 осіб (37,6%), а великі – у 34 (9,5%) від загальної кількості виявлених дефектів зубних рядів. У дітей із тимчасовим прикусом малі ДЗР були виявлені у 2 (1,5%) осіб, у 5 (2,7%) – середні та в 1 (2,9%) – великі. У обстежених зі змінним прикусом: малі ДЗР – 86 (63,7%), середні – 172 (90,5%), великі – 28 (82,4%). У період постійного прикусу малі ДЗР мали 47 (34,8%) дітей, середні – 13 (6,8%), а великі – 5 (14,7%).

Основною причиною виникнення дефектів зубних рядів серед обстежених дітей слугували передчасне видалення тимчасових і постійних зубів унаслідок ускладнень карієсу – 278 випадків (77,4%), а також втрата зубів унаслідок травми – у 34 осіб (9,5%). У 47 осіб (13,1%) дефект зубного ряду був зумовлений адентією або ретенцією (але без рентгенологічного підтвердження).

Вторинні зубощелепні деформації були виявлені у 278 осіб від загальної кількості обстежених дітей (2276 осіб), що становить 12,2%, а від загальної кількості виявлених дефектів зубних рядів (359 випадків) – 77,4%.

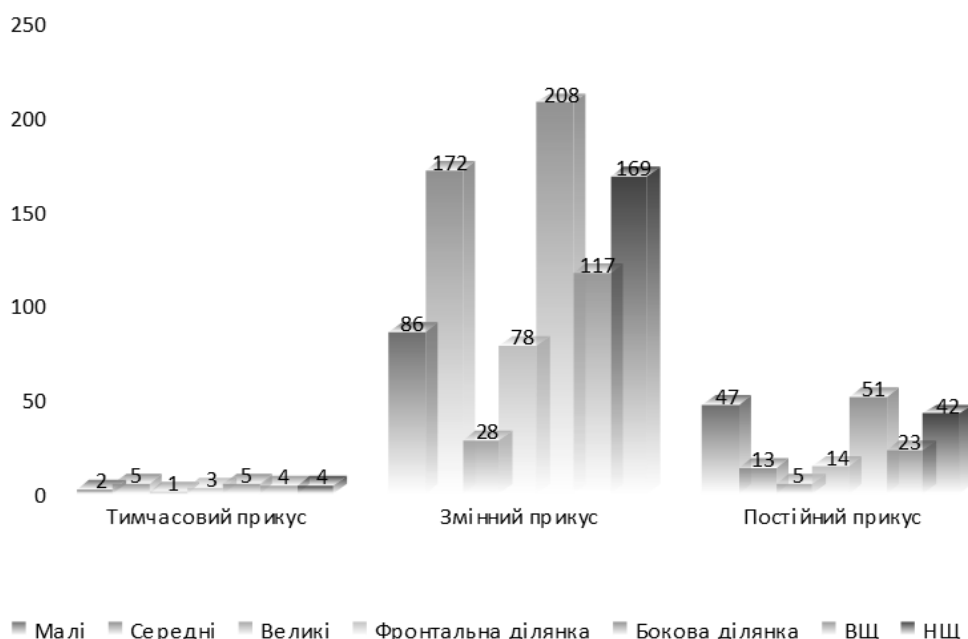


Рис. 2. Загальна характеристика виявлених ДЗР з урахуванням протяжності й локалізації

Відносно загальної кількості обстежених дітей із вторинними зубощелепними деформаціями переважали особи чоловічої статі – 151 (54,3%), тоді як жіночої – 127 обстежених (45,7%). Якщо розглядати поширеність ВЗЩД окремо серед школярів, конкретно в кожному віці й відповідно до періоду формування зубощелепного апарату (табл. 3), то можна констатувати, що вже на етапі тимчасового прикусу ВЗЩД спостерігалися в 6 осіб 5-річного віку – 2,2%. На початок змінного періоду прикусу відсоток ВЗЩД зростає до 5,4% у віці 6 років і продовжував зростати у віці 7 років – у 55 осіб (19,8%). Найвищий показник спостерігається в дітей зі змінним прикусом у ві-

ці 8 років і становить 27,3% (у 76 осіб із 278), а у віці 9 і 10 років відбувається його зниження до 13,7% і 14,0%. На період завершення тимчасового прикусу – у дітей 11-річного віку ВЗЩД виявлені у 12 осіб – 4,3%. У період постійного прикусу відбувається значне зниження ВЗЩД: у 12-річному віці воно вже складало 1,8%, проте в підлітків 13 і 14 років – 2,9% і 2,5%, у віці 15 років – 3,6%, а найнижче виявлено в 16 - 17 років – 1,0% і 1,4% відповідно. Загальна характеристика оглянутих школярів із вторинними зубощелепними деформаціями за віком і статтю представлена в таблиці 3.

Таблиця 3
Характеристика оглянутих школярів із вторинними зубощелепними деформаціями за віком і статтю

Вік обстежених	Стать				Загальна кількість	
	чоловіча		жіноча			
	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%
5	4	2,6	2	1,6	6	2,2
6	9	6,0	6	4,7	15	5,4
7	29	19,2	26	20,5	55	19,8
8	39	25,8	37	29,1	76	27,3
9	22	14,6	16	12,6	38	13,7
10	21	14,0	18	14,2	39	14,0
11	6	4,0	6	4,7	12	4,3
12	2	1,3	3	2,4	5	1,8
13	5	3,3	3	2,4	8	2,9
14	3	2,0	4	3,1	7	2,5
15	7	4,6	3	2,4	10	3,6
16	2	1,3	1	0,8	3	1,0
17	2	1,3	2	1,6	4	1,4
Усього	151	54,3	127	45,7	278	100

Отже, за даними масових обстежень, вторинні зубощелепні деформації частіше траплялись у віці від 6 до 11 років, тобто в період змінного прикусу, який є найважливішим у формуванні

всього зубощелепного апарату. Саме на цей період припадають два з чотирьох етапів становлення висоти прикусу, а також починають формуватися сагітальні й трансверзальні оклюзійні

криві. На їх формування може негативно вплинути й рання втрата тимчасових зубів, і руйнування їхніх коронок, що призводить до зміщення зубів і вкорочення зубних дуг, а також до зубоальвеолярного видовження на ділянці видалених зубів-антагоністів.

Найбільша кількість вторинних зубощелепних деформацій була виявлена в період змінного

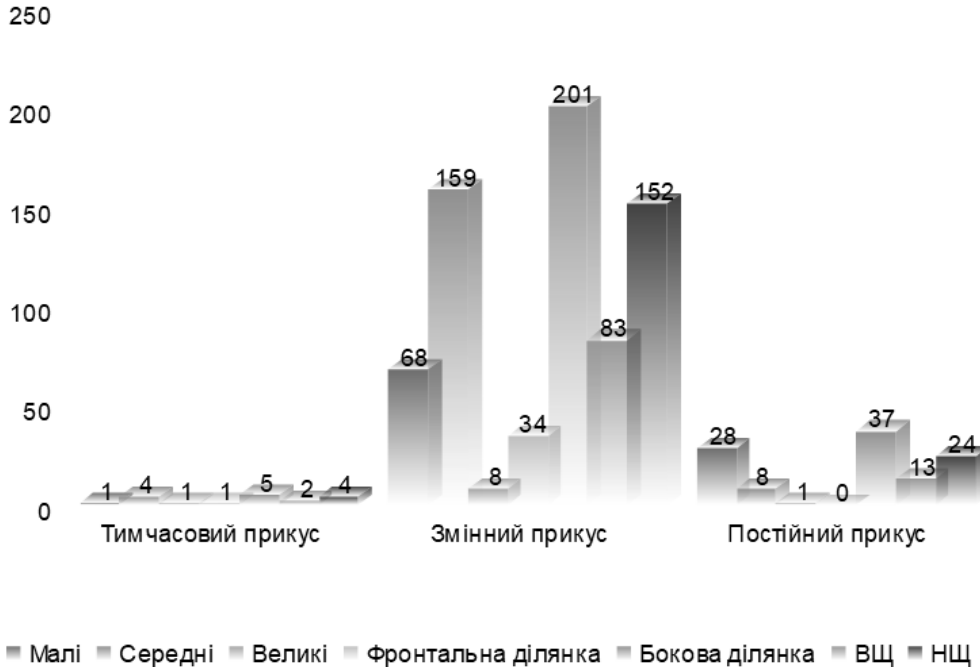


Рис. 3. Загальна характеристика виявлених ВЗЩД з урахуванням протяжності й локалізації ДЗР

Отримані дані вказують на те, що найчастіше траплялися ВЗЩД при ДЗР у бічних ділянках – 243 (87,4%), тоді як у фронтальній ділянці – у 35 осіб (12,6%). На нижній щелепі ВЗЩД були виявлені в 180 обстежених (64,7%), а на верхній – у 98 (35,3%).

Вторинні зубощелепні деформації в дітей із тимчасовим прикусом спостерігалися в 1 (1,0%) дитини при малому ДЗР, у 4 (2,3%) – із середніми та 1 (10,0%) – із великими ДЗР. У обстежених зі змінним прикусом ВЗЩД при малих ДЗР виявлено в 68 осіб (70,1%), при середніх – у 159 (93,0%), а при великих – у 8 (80,0%). У період постійного прикусу ВЗЩД при малих ДЗР були у 28 осіб (28,9%), при середніх – у 8 випадках (4,7%), а при великих – у 1 (10,0%) дитини.

Висновки

Отримані дані свідчать про високу поширеність зубощелепних аномалій серед дитячого населення – 65,2% (1484 особи), і тільки в 34,8% (792 осіб) не було виявлено ортодонтичної патології.

Дефекти зубних рядів були виявлені в 359 осіб, що складає 15,8% загальної кількості оглянутих дітей. Вторинні зубощелепні деформації були виявлені у 278 осіб від загальної кількості обстежених дітей (2276 осіб) і становить 12,2%, а від загальної кількості виявлених дефектів зубних рядів (359 випадків) – 77,4%. Найбільша кількість вторинних зубощелепних деформацій

прикусу – у 235 осіб (84,5%), а найменша – у тимчасовому – у 6 обстежених (2,2%). За протяжністю превалювали ВЗЩД при середніх дефектах зубних рядів – 171 (61,5%). ВЗЩД при малих ДЗР виявлено в 97 осіб (34,9%), а великих – у 10 випадків (3,6%). Загальна характеристика виявлених ВЗЩД з урахуванням протяжності й локалізації ДЗР представлена на рис. 3.

була виявлена в змінному періоді прикусу – у 235 осіб (84,5%), а найменша – у тимчасовому – у 6 обстежених (2,2%).

Основною причиною їх виникнення слугували відсутність або нераціональне протезування дефектів зубних рядів, які виникають унаслідок передчасного видалення тимчасових зубів у зв'язку з ускладненням карієсу, травми, ретенції та вродженої відсутності зубів.

Список літератури

1. Лабунець ОВ. Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку. Інновації в стоматології. 2014; 4: 131-7.
2. Дорошенко СІ, Кульгінський ЄА, Ієвлева ЮВ, Саранчук ОВ. Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва. Вісник стоматології. 2009; 2: 76-81.
3. Махницький ДМ. Профілактика і лікування вторинних зубощелепних деформацій у дітей, зумовлених ранньою втратою зубів. Автореф. канд. дис. Одеса, 2017.
4. Міськів АЛ, Безвушко ЄВ. Розповсюдженість зубощелепних аномалій у дітей у період змінного прикусу. Стоматологічні новини. 2013; 1: 20.
5. Крупник СА. Обґрунтування можливості використання імплантів для заміщення дефектів зубних рядів у підлітків. Автореф. канд. дис. Львів, 2018.
6. Ожоган ЗР., Вдовенко ЛП. Особливості клінічної картини дефектів зубних рядів у осіб молодого віку. Дентальні технології. 2006; 3/6: 19-21.

7. Дорубець АД., Король МД., Коробейников ЛС. Поширеність дефектів зубних рядів та потреба у відновленні їх безперервності. Український стоматологічний альманах. 2007; 1: 55-7.
8. AL-Omiri MK., Karasneh JA, Lynch E., et. al. Impacts of missing upper anterior teeth on daily living. *Int Dental J.* 2013; 1: 127-32.
9. Король МД, Нідзельський МЯ, Король ДМ, Дорубець АД. Вторинні деформації зубних рядів. Полтава, 2016.
10. Венатовская НВ, Пудовкина ЕА, Суетенков ДЕ, Прошин АГ. Протезирование дефектов твердых тканей зубов и зубных рядов как профилактика зубочелюстных аномалий у детей: от необходимости к возможностям. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011; 1: 226-30.
11. Рівіс ОЮ. Апаратурно-хірургічне лікування зубощелепних аномалій та деформацій з використанням скелетної опори на мініімпланти. Автореф. канд. дис. Ужгород, 2017.
12. Гордова ВВ. Удосконалення технології діагностики та лікування включених дефектів зубних рядів у дітей та підлітків. Автореф. канд. дис. Київ, 2008.
13. Князевича ВМ. Редактор. Стоматологічна допомога в Україні. Довідник. Київ: 2009.
1. References
1. Labunec' OV. Kompleksna charakterystyka stanu stomatologichnoї ortopedychnoї zahvorjovanosti ta dopomogy u osib molodogo viku. *Innovacii v stomatologii.* 2014; 4: 131-7. (Ukrainian).
2. Doroshenko SI, Kul'gins'kyj JeA, Ijevleva JuV, Saranchuk OV. Rozpovsjudzhenist' zuboshhelepnyh anomalij ta deformacij, a takozh defektiv zubnyh rjadiv sered ditej shkil'nogo viku m. Kyjeva. *Visnyk stomatologii.* 2009; 2: 76-81. (Ukrainian).
3. Mahnyc'kyj DM. Profilaktyka i likuvannja vtorynnyh zuboshhelepnyh deformacij u ditej, zumovleny rann'oju vtratoju zubiv. *Avtoref. kand. dys. Odesa,* 2017. (Ukrainian).
4. Mis'kiv AL, Bezvushko EV. Rozpovsjudzhenist' zuboshhelepnyh anomalij u ditej u period zminogo prykusu. *Stomatologichni novyny.* 2013; 11-12: 20. (Ukrainian).
5. Krupnyk SA. Obg'runtuvannja mozhlyvosti vykorystannja implantiv dlja zamishhennja defektiv zubnyh rjadiv u pidlitkiv. *Avtoref. kand. dys. L'viv,* 2018. (Ukrainian).
6. Ozhogan ZR, Vdovenko LP. Osoblyvosti klinichnoї kartyny defektiv zubnyh rjadiv u osib molodogo viku. *Dental'nie tehnologyy.* 2006; 3/6: 19-21. (Ukrainian).
7. Dorubec' AD, Korol' MD, Korobejnikov LS. Poshyrenist' defektiv zubnyh rjadiv ta potreba u vidnovlenni i'h bezperervnosti. *Ukrai'ns'kyj stomatologichnyj al'manah.* 2007; 1: 55-7. (Ukrainian).
8. AL-Omiri MK, Karasneh JA, Lynch E, et. al. Impacts of missing upper anterior teeth on daily living. *Int Dental J.* 2013; 127-32.
9. Korol' MD, Nidzel's'kyj MJa, Korol' DM, Dorubec' AD. Vtorynni deformacii' zubnyh rjadiv. *Poltava,* 2016.
10. Venatovskaja NV, Pudovkina EA, Suetenkov DE, Proshyn AG. Protezyrovanye defektov tverdych tkanej zubov y zubnyh rjadov kak profylaktyka zubocheljustnyh anomalyj u detej: ot neobhodymostyk vozmozhnostjam. *Saratovskyy nauchno-medycynskyy zhurnal.* 2011; 1: 226-30. (Russian).
11. Rivis OJu. Aparaturno-hirurgichne likuvannja zuboshhelepnyh anomalij ta deformacij z vykorystannjam skeletnoi' opory na miniimplanty. *Avtoref. kand. dys. Uzhgorod,* 2017. (Ukrainian).
12. Gordova VV. Udoskonalennja tehnologii' diagnostyky ta likuvannja vkljuchenyh defektiv zubnyh rjadiv u ditej ta pidlitkiv. *Avtoref. kand. dys. Kiev,* 2008. (Ukrainian).
13. Knjazyevych VM, redakcija. *Stomatologichna dopomoga v Ukrai'ni. Dovidnyk. Kyi'v,* 2009. (Ukrainian).

Стаття надійшла:
01.02.2021 р.

Резюме

Вторинні зубощелепні деформації, зумовлені ранньою втратою і постійних, і особливо тимчасових зубів, стали більш поширеними серед дитячого населення. Основною причиною їх виникнення слугують своєчасно не компенсовані дефекти зубного ряду, що підтвердили проведені масові обстеження дітей віком від 4 до 17 років у школах і дитячих садках. Із 2276 дітей ДЗР різної протяжності й локалізації спостерігали в 359 осіб, що складає 15,8% загальної кількості оглянутих. Найчастіше причиною втрати зубів слугував карієс і його ускладнення і травма, дещо рідше – ретенція й адентія.

Вторинні зубощелепні деформації (зубоальвеолярне видовження зубів, що втратили антагоністів; нахили зубів у бік дефекту зі зміщенням) було виявлено у 278 осіб, що становить 12,2% загальної кількості обстежених дітей, а відносно виявлених дефектів зубних рядів – 77,4%.

Отримані дані свідчать про погіршення організації й проведення санації порожнини рота серед дитячого населення, що потребує нагальних заходів щодо впровадження програм, спрямованих на раннє виявлення й профілактику тяжких морфологічних і функціональних порушень зубощелепного апарату.

Ключові слова: дефекти зубних рядів у дітей, вторинні зубощелепні деформації в дітей.

UDC 616.314-007.2-02:616.314.2]-036.22-053.2

THE PREVALENCE OF SECONDARY DENTO-MAXILLAIRE DEFORMITIES ASSOCIATED WITH UNCOMPENSATED DENTITION DEFECTS IN CHILD POPULATION

*Doroshenko S.I., Zrazhevskaya A.Ju., Storozhenko K.V.*¹

Kyiv Medical University, Kyiv, Ukraine

¹O.O. Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Summary

The aim is to determine the prevalence of dentition defects and secondary dento-maxillaire deformities in different periods of formation of the dento-maxillary system among the child population of Kyiv and the need for their therapeutic and prophylactic prosthetics, assess the level of prosthodontics care provided to them.

Materials and methods. To determine the prevalence of dento-maxillary anomalies, dentition defects, and secondary dento-maxillary deformities, we examined 2276 children and adolescents aged 4 to 17 years in educational institutions in Kyiv for the 2017-2018 period.

Results of the research. The prevalence of dento-maxillary anomalies among child population is 65.2%. Angle class I holds first place with 45,8% (among the anomalies of individual teeth), Angle class II comes second with 15,2%, the third place is occupied by Angle class III with 4,2%.

Secondary dento-maxillary deformities caused by the early loss of both permanent and especially temporary teeth have become more common among the child population. The main reason for their occurrence is timely uncompensated dentition defects, which was confirmed by mass examinations of children aged 4 to 17 years in schools and kindergartens.

Dentition defects of various sizes and localization were observed in 359 out of 2276 children, which is 15.8% of the total number of those examined. Tooth loss is most often caused by caries, its complications, and trauma, a little less often – by retention and anodontia.

Secondary dento-maxillary deformities (dento-maxillary lengthening of teeth that have lost their antagonists; the inclination of the teeth towards the defect with displacement) were found in 278 children, which amounted to 12.2% of the total number of examined children, and 77.4% of the detected dentition defects (359 children).

The obtained data indicate deterioration in the organization and implementation of oral cavity sanitation among the child population, which requires immediate measures to implement programs aimed at early identification and prevention of severe morphological and functional disorders of the dentition.

Conclusions. The results of the obtained findings show a high prevalence of dento-maxillary anomalies among the child population – 65.2% (1484 people), and only 34.8% (792 people) had no orthodontic pathology.

Dentition defects were diagnosed in 359 people, which is 15.8% of the total number of the examined children. Secondary dento-maxillary deformities were diagnosed in 278 people of the total number of the examined children (2276 people), that is 12.2% of the total number of the diagnosed dentition defects (359 cases) – 77.4%. Most often, secondary deformities occur between 6 and 11 years of age, that is, in the mixed dentition period of occlusion.

The main reason for their occurrence was the inefficient prosthesis of dentition defects or its absence. Dentition defects are caused by premature removal of temporary teeth due to complications of caries, trauma, retention, and congenital absence of teeth.

Key words: dentition defects in children, secondary dento-maxillary deformities in children.