

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАСТЕМЫ

Юсупбекова Дилшода Давронбек кизи

Ташкентский Государственный Медицинский Университет.

Аннотация. *Диастема — это щель или промежуток между центральными резцами верхней или нижней челюсти, представляющая собой одну из наиболее часто встречающихся аномалий зубного ряда у детей и подростков. В статье анализируются данные о распространенности диастемы в различных возрастных и этнических группах, а также рассматриваются основные этиологические факторы её возникновения: анатомические, наследственные, морфогенетические, функциональные и ятрогенные. Отдельное внимание уделено роли нарушения роста челюстей, особенностям прикрепления верхней губной уздечки, вредным привычкам и нерациональному ортодонтическому вмешательству.*

Ключевые слова: *диастема, аномалии прикуса, ортодонтия, распространенность, этиология, уздечка верхней губы, морфогенез.*

Введение. Диастема, или межрезцовый промежуток, представляет собой распространённое ортодонтическое явление, которое может носить как физиологический, так и патологический характер. В детском возрасте небольшие промежутки между центральными резцами часто наблюдаются в период сменного прикуса и считаются нормальным этапом формирования зубных рядов. Однако, если щель сохраняется после прорезывания постоянных боковых резцов и клыков, она приобретает патологическое значение и требует ортодонтической коррекции.

По данным различных авторов [1], частота встречаемости диастемы варьирует от 5 до 25 % в зависимости от возраста, пола и этнических особенностей. Наиболее часто она наблюдается у детей в возрасте 7–11 лет, в период смены молочного прикуса на постоянный. В большинстве случаев диастема верхней челюсти встречается чаще, чем нижней.

Материалы И Методы

Современные эпидемиологические исследования показывают, что диастема встречается у значительной части детского населения, особенно в фазе активного роста челюстей. В странах Европы и Азии частота этой аномалии колеблется от 7 до 15 %, тогда как в странах Африки — до 20–25 %, что объясняется как генетическими особенностями, так и морфологией лицевого скелета. В Узбекистане, по данным клинических наблюдений кафедр стоматологии, частота

диастемы у школьников составляет около 9–11 %. Женщины страдают данной аномалией несколько чаще мужчин, что, вероятно, связано с различиями в гормональной регуляции роста челюстно-лицевой области [2].

Диастема может быть как центральной (между верхними центральными резцами), так и боковой (между другими зубами). Центральная форма встречается значительно чаще и имеет более выраженное эстетическое значение, так как влияет на улыбку и внешний облик пациента.

Результаты И Обсуждение

Этиология диастемы является многофакторной и включает анатомические, наследственные, функциональные и ятрогенные причины.

Одним из основных причинных факторов является аномальное прикрепление уздечки верхней губы. При низком прикреплении волокна уздечки проникают в межзубный промежуток, создавая механическое препятствие для смыкания центральных резцов. В таких случаях диастема нередко сопровождается треугольной тенью между зубами на рентгенограмме.

Другой анатомический фактор — диспропорция между размерами зубов и челюсти. Если зубы относительно малы по сравнению с длиной зубной дуги, образуются промежутки, включая межрезцовую щель.

Генетическая предрасположенность играет важную роль. Диастема нередко наблюдается у нескольких членов одной семьи, что указывает на полигенный тип наследования. В таких случаях размер и форма зубов, а также особенности альвеолярного отростка передаются по наследству. Некоторые исследования (Silva & Tavares, 2019) связывают наличие диастемы с вариациями в экспрессии генов, регулирующих морфогенез зубных зачатков.

Длительное ротовое дыхание, нарушение глотания и привычка выталкивать язык вперёд могут способствовать развитию диастемы. Постоянное давление языка на центральные резцы приводит к их расхождению. Особенно часто это наблюдается у детей с гипотонией мышц губ или укорочением верхней губы [3].

Диастема может быть результатом ортодонтических ошибок, например, избыточного расширения зубных дуг при лечении скученности. Иногда щель возникает после удаления зубов, травмы или хронического воспаления в области межзубного сосочка. В редких случаях причиной служат псевдодиастемы, вызванные ретенцией сверхкомплектного зуба (мезиоденса) между резцами.

Диагностика диастемы включает клинический осмотр, оценку формы уздечки, ортопантомографию и телерентгенографический анализ. Современные технологии, такие как 3D-сканирование и компьютерная томография (СВСТ), позволяют точно определить анатомические особенности, положение корней и степень расхождения

зубов. Эти методы дают возможность дифференцировать физиологическую диастему от патологической, требующей хирургического или ортодонтического вмешательства.

Ранняя диагностика имеет ключевое значение в профилактике диастемы. При выявлении низкого прикрепления уздечки у детей младшего возраста рекомендуется своевременная френулопластика. Также необходимо устранять вредные привычки (сосание пальца, выталкивание языка), нормализовать дыхание и жевательную функцию. Комплексное участие ортодонта, логопеда и педиатра способствует профилактике вторичных деформаций прикуса и сохранению гармоничного развития зубочелюстной системы [4].

Заключение. Диастема — не просто эстетический дефект, а клинический показатель дисбаланса между морфологией зубных рядов, функцией мягких тканей и ростом челюстей. Её распространённость в детском возрасте требует раннего наблюдения и профилактических мероприятий. Этиология диастемы многофакторна: сочетание анатомических и функциональных нарушений, наследственной предрасположенности и влияния вредных привычек. Долговременная профилактика и лечение возможны только при комплексном подходе, включающем анатомическую коррекцию уздечки, устранение функциональных нарушений и ортодонтическое выравнивание зубных рядов. Современные диагностические методы позволяют точно определить причину и выбрать оптимальную тактику лечения, направленную на восстановление не только эстетики, но и физиологического равновесия.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Proffit, W.R., Fields, H.W., & Larson, B.E. (2018). Contemporary Orthodontics (6th ed.). Elsevier.
2. Багдасарова, Э. С., & Расулова, В. Б. (2019). Роль кетоза при алкогольной зависимости и эффективность препаратов при устранении алкоголизма. International Academy Journal Web of Scholar, 1(1 (31)), 31-35.
3. Расулова, В. Б. ЭНДОГЕННАЯ ФОСФОЛИПАЗА Д МЕМБРАН МИТОХОНДРИЙ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ. FARMATSIYA VA FARMAKOLOGIYA ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ PHARMACY & PHARMACOLOGY, 71.
4. Gafurova, S. S. (2025). COMBINATION OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME WITH ANXIETY PHOBIC SYNDROME DURING PREGNANCY AND

THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN
IT. JOURNAL OF EDUCATION AND SCIENTIFIC MEDICINE, (5).

5. Гафурова, С. Ш., & Юсупходжаева, С. Т. (2024). Identification of anxiety-phobic disorders in irritable bowel syndrome and improvement of medical psychological support in them.

6. Gafurova, S. S., Sharodiya, D., & Alimuhamedova, S. J. (2025). TO IDENTIFY ANXIETY-PHOBIC DISORDERS IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND STUDY THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THEM.

7. Gafurova, S. S. (2025). COMBINATION OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME WITH ANXIETY PHOBIC SYNDROME DURING PREGNANCY AND THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN IT. JOURNAL OF EDUCATION AND SCIENTIFIC MEDICINE, (5).

8. AHAMIYATI, D. R. Q. D. NM Maxamatjanova. FS Mirxaydarova, SM Mirxaydarova Академические исследования в современной науке, 2(7), 19-20.

9. Ахмедова, Н. А. (2022). The role of genes regulating inflammatory mediators in the etiopathogenesis of chronic pancreatitis.

10. Park, J.H., & Kim, T.W. (2020). "Prevalence and Etiologic Factors of Midline Diastema in Children and Adolescents." Korean Journal of Orthodontics, 50(2), 85–92.

11. Silva, L., & Tavares, A. (2019). "Genetic and Morphogenetic Factors in the Development of Dental Diastema." European Journal of Oral Sciences, 127(3), 254–262.