

© Г.В. Олійник, М.Ю. Олійник, 2015

УДК 616.315-007.254+616.317.1-007.254]-089:616.314.2-007

Г.В. ОЛІЙНИК, М.Ю. ОЛІЙНИК

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, стоматологічний факультет, кафедра ортопедичної стоматології, Львів

ЗУБОЩЕЛЕПНІ АНОМАЛІЇ В ОПЕРОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ

Досліджено окремі клінічні та морфометричні ознаки деформацій зубощелепної системи у оперованих пацієнтів із вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння. Всього обстежений 41 пацієнт, з них 22 чоловіків і 19 жінок, у тому числі з однобічними незрошеннями – 28, з двобічними – 12 пацієнтів, 1 – з неповним частковим незрошенням піднебіння. Встановлено, що залежно від важкості вродженої патології відбувається затримка сагітального розвитку верхньої щелепи та відносно нормального розвитку фронтальної ділянки нижньої щелепи. У результаті, між щелепами при однобічних та двобічних незрошеннях устанавлюються прогенічні взаємовідношення (несправжня прогенія). Найбільше виражена невідповідність між сагітальними довжинами зубних рядів верхньої і нижньої щелеп характерна для пацієнтів з двобічними незрошеннями піднебіння ($p < 0,05$). Виражені сагітальні аномалії у пацієнтів з незрошеннями супроводжуються аномаліями положення окремих зубів та аномаліями зубних рядів, серед яких найбільш поширеними є звуження зубного ряду верхньої щелепи та його асиметрія при однобічних незрошеннях.

Ключові слова: вроджені незрошення верхньої губи і піднебіння, зубощелепні аномалії

Вступ. Вроджені вади розвитку людини є однією з актуальних медичних і соціальних проблем, їх частота в популяції є важливою характеристикою стану здоров'я населення. Серед усіх вроджених дефектів і деформацій щелепно-лицевої ділянки найбільш поширеними є вроджені незрошення верхньої губи і піднебіння (ВНВГП), які посідають друге місце серед усіх вроджених вад новонароджених [9]. У Львівській області їх частота становить 1 на 1005 новонароджених, при цьому тенденції до їх зниження не спостерігається [2]. Естетичні порушення обличчя, які виникають при цій патології як до, так і після відновних оперативних втручань, обмежують спілкування людини у товаристві, пригнічують її свідомість поняттям фізичної неповноцінності і призводять до психоемоційної депресії. Вади та операційні втручання провокують призупинку розвитку верхньої щелепи, що сприяє утворенню важких аномалій прикусу, зубних рядів і положення окремих зубів [6]. Лікування деформацій, які виникли у хворих з ВНВГП після операційних втручань з приводу незрошень, є складним, оскільки потребує здійснення комплексних (хірургічних, ортодонтичних, ортопедичних) заходів, що визначаються не тільки основним захворюванням, але й залежать від індивідуальних та вікових особливостей організму [5].

Мета дослідження. Підвищити ефективність реабілітації хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння шляхом розпрацювання концептуальних підходів до послідовності ортодонтичної та протетичної

допомоги, що ґрунтується на вивченні морфофункціональних особливостей аномалій зубощелепної системи у віковому аспекті та опрацюванні алгоритмів їх лікування.

Матеріали та методи. Досліджувана група складалася зі 41 пацієнта віком від 9 до 26 р., 22 чоловіків і 19 жінок, у тому числі з однобічними незрошеннями – 28, з двобічними – 12 пацієнтів, 1 – з неповним частковим незрошенням піднебіння (табл. 1). У всіх пацієнтів отримано діагностичні моделі, за якими для з'ясування стану зубних дуг верхньої і нижньої щелеп визначили довжину переднього відділу верхньої та нижньої щелеп за G.Korkhaus: від середньої точки між центральними різцями з вестибулярної поверхні їх коронок по серединній лінії щелепи до перетину з лінією, що з'єднує точки A. Pont на премолярах. Результати вимірювань порівнювали з нормою за даними кореляційної таблиці між величиною SI та передньою довжиною зубної дуги для верхньої щелепи [4]. Загальна сагітальна довжина зубних дуг верхньої та нижньої щелеп вимірювалася від контактних точок на вестибулярній поверхні ріжучих країв центральних різців до точки перетину лінії, що з'єднувала дистальні поверхні перших молярів за серединно-сагітальною площиною [1, 3]. Патологію прикусу аналізували за фотографіями моделей у фронтальній та сагітальній (справа та зліва) площинах. Визначали «ключ оклюзії» та характер його зміщення, а також співвідношення фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп за сагітальною.

Таблиця 1

Розподіл обстежених хворих за статтю та віком на момент звертання

Вік (роки)	Вид незрощення										Загалом	
	Часткові		Лівобічне		Правобічне		Двобічне		Всього			
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	п	%
9-12	1	-	3	3	2	1	1	1	7	5	12	29,3
13-18	-	-	3	1	1	3	3	1	7	5	12	29,3
19-24	-	-	2	3	2	1	1	2	5	6	11	26,8
24 і >	-	-	1	1	-	1	2	1	3	3	6	14,6
Всього	1	-	9	8	5	6	7	5	22	19	41	100

Результати досліджень та їх обговорення. У пацієнтів із ВНВГП у періоді 12-16 років відбувається кінцеве формування зубощелепного комплексу, у тому числі і зубощелепних деформацій, і вони найчастіше звертаються по допомогу з естетичних та функціональних міркувань [2]. Нами встановлено, що при однобічних наскрізних незрощеннях спостерігається затримка в розвитку фронтальної ділянки верхньої щелепи у часі формування постійного прикусу на $2,17 \pm 0,22$ мм, у той час як показник довжини фронтальної ділянки нижньої щелепи є дещо більшим за норму, хоча, як і на верхній щелепі, є тенденція до його зменшення у період 12-16 років (табл. 2). Отже, у дітей з однобічними наскрізними незрощеннями взаємовідношення між зубними рядами верхньої і нижньої щелеп переходять у прогенічний тип за типом «несправжньої прогенії».

В обстежених з двобічними незрощеннями виявлено вкорочення довжини фронтальної ділянки верхньої щелепи у період функціонального формування постійного прикусу на $5,24 \pm 1,87$ мм, ро-

звиток фронтальної ділянки нижньої щелепи в обстежених цієї групи відбувається у межах вікової норми. Отже, залежно від важкості вродженої патології відбувається затримка сагітального розвитку верхньої щелепи та відносно нормальний розвиток фронтальної ділянки нижньої щелепи, а між щелепами при однобічних та двобічних незрощеннях встановлюються прогенічні взаємовідношення (несправжня прогенія) [3].

При однобічних наскрізних незрощеннях сагітальні довжини верхньої і нижньої щелеп відрізняються не суттєво – всього на 1,56 мм ($p > 0,05$). У той же час передня ділянка верхньої щелепи у цих хворих відстає у розвитку на $2,17 \pm 0,22$ мм. Для двобічних незрощень характерним є більш значні розбіжності між загальною сагітальною довжиною верхньої щелепи та сагітальною довжиною нижньої щелепи, яка сягала 4,9 мм ($p < 0,05$). У той же час у фронтальній ділянці порівняно з нормою ця різниця складала $5,24 \pm 1,87$ мм (табл. 2).

Таблиця 2

Гнатометричні параметри щелеп у оперованих пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння ($M \pm m$, мм)

Локалізація	Довжина переднього відділу щелепи				Сагітальна довжина зубної дуги	
	В оперованих		Норма			
	Однобічне незрощення	Двобічне незрощення	Однобічне незрощення	Двобічне незрощення	Однобічне незрощення	Двобічне незрощення
Верхня щелепа	$14,47 \pm 2,70$	$12,46 \pm 3,04$	$16,64 \pm 0,90$	$17,70 \pm 1,14$	$32,20 \pm 2,93$	$29,06 \pm 2,26$
Нижня щелепа	$15,74 \pm 0,78$	$15,98 \pm 1,59$	$14,64 \pm 0,90$	$16,02 \pm 0,99$	$33,76 \pm 1,19$	$33,96 \pm 1,48$

Окрім невідповідностей у розмірах щелеп у оперованих пацієнтів з ВНВГП спостерігаються аномалії положення зубів і аномаліями зубних рядів [7]. У пізньому періоді формування постійного прикусу виявлено 79,2% аномалій положення зубів. Найбільш розповсюдженими серед яких є аномалії кількості зубів (45,7%), серед яких у 40,4% виявлена адентія. У 64,4% діагностовано затримку прорізування зубів, з яких у 29,5% причиною запізненого прорізування було неправильне розміщення зародків зубів або надкомплектні зуби [3]. Аномалії зубних рядів виявлені у 96,9% обстежених. Аномалії форми зубних рядів виявлені у

88,6%; частіше їх звуження (56,4%) та їх асиметрія (50,0%). У 50% обстежених виявлені дефекти зубних рядів, які локалізовані як у ділянці незрощень, так і в ділянках передчасно видалених зубів [8].

Отже, зважаючи на виявлені деформації, на завершальному етапі всіх реабілітаційних заходів завданням ортопедичного лікування є виготовлення знімних та/або незнімних протезів з метою відновлення функції пережовування їжі, мови та естетичного вигляду хворого; попередження деформацій зубних рядів та щелеп, формування адекватного функціонального навантаження на кісткову основу, формування протезного ложа,

відновлення анатомічної форми та функції зубощелепної системи, роз'єднання ротової та носової порожнин за наявності залишкових дефектів, соціально-психологічна адаптація хворого [10].

Висновки. 1. Сагітальний недорозвиток верхньої щелепи в оперованих дітей як з однобічними, так і з двобічними незрошеннями піднебіння, найбільш виражений у передньому відділі верхньої щелепи.

2. Невідповідність між сагітальними довжинами зубних рядів верхньої і нижньої щелеп найбільш характерна для пацієнтів з двобічними незрошеннями піднебіння.

3. Виявлене співвідношення сагітальних розмірів верхньої і нижньої щелеп у хворих з незрошеннями піднебіння є підставою для розвитку прогенічного співвідношення щелеп, яке класифікується як «несправжня прогенія» – зменшення розмірів верхньої щелепи при нормальних розмірах нижньої щелепи.

4. Виражені сагітальні аномалії у пацієнтів з незрошеннями супроводжуються супутніми аномаліями положення окремих зубів та аномаліями зубних рядів, серед яких найбільш поширеними є звуження зубного ряду верхньої щелепи та його асиметрія при однобічних незрошеннях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Доста А.Н. Этиология и лечение деформаций верхней челюсти у взрослых пациентов, перенесших хейло- и уранопластику по поводу врождённого несращения губы и неба / А.Н. Доста // Военная медицина. — 2011. — № 1. — С. 120—124.
2. Макеев В.Ф. Аналіз оперативних втручань у хворих з природженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння / В.Ф. Макеев, Г.В. Олійник, Ю.Ю. Олійник // Український стоматологічний альманах. — 2011. — № 3. — С. 30—33.
3. Макеев В.Ф. Загальні закономірності формування зубо-щелепних деформацій у хворих з незрошеннями верхньої щелепи та піднебіння до та після оперативного лікування / В.Ф. Макеев // Вісник стоматології. — 2007. — № 6. — С. 50—59.
4. Нётцель Франк. Практическое руководство по ортодонтической диагностике. Анализ и таблицы для использования в практике / Франк Нётцель, Кристиан Шульц; науч. ред. изд. на рус. языке М.С. Дрогомирецкая; пер. с нем. — Львов : ГалДент, 2006. — 176 с.
5. Перегудов А.Б. Особенности ортодонтического и ортопедического лечения пациентов с врождённой расщелиной верхней губы и неба на этапах комплексной реабилитации / А.Б. Перегудов, О.З. Топольницкий, С.В. Берсенев // Ортодонтия. — 2009. — № 4 — С. 32—39.
6. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение : учебн. пособие / Ф.Я. Хорошилкина. — М. : Мед информ. агенство, 2006. — 544 с.
7. Cleft lip and palate: review / F.S. Ciminello, R.J. Morin, T.J. Nguyen [et al.] // Compr. Ther. — 2009. — Vol. 35, № 1. — P. 37—43.
8. Cleft lip and palate / P.A. Mossey, J. Little, R. G. Munger [et al.] // Lancet. — 2009. — Vol. 374, № 9703. — P. 1773—1785.
9. The EUROCAT network: organization and processes. Birth Defects Research / P. Boyd., M. Haeusler, I. Barisic [et al.] // Clinical and Molecular Teratology (Part A). — 2011. — Vol. 91. — P. S2—S15. — Available at : <http://www.eurocat-network.eu>
10. Turkyilmaz I. Prosthodontic management of patient with cleft lip/palate using maxillary overdenture and swing-lock attachment mechanism. Clinical report / I. Turkyilmaz // N.Y. State Dent J. — 2008. — Vol. 74, № 4. — P. 62—64.

G.V. OLIYNYK, M.Yu. OLIYNYK

Danylo Halytsky Lviv State Medical University, Faculty of Dentistry, Department of Prosthetic Dentistry, Lviv

DYSGNATHIA AND TEETH ANOMALIES IN OPERATED PATIENTS WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Some clinical and morphometric signs of strain dentition in operated patients with congenital cleft lip and palate were explored in this article. The study involved 41 patients, including 22 men and 19 women, including unilateral cleft – 28 of bilateral – 12 patients, 1 – incomplete partial nonunion palate. We established that depending on the severity of congenital pathology is retention of sagittal maxilla and relatively normal development of the frontal area of the lower jaw. The most pronounced discrepancy between sagittal lengths dentition of the upper and lower jaws characteristic of patients with bilateral cleft palate ($p < 0,05$). Sagittal underdevelopment of the upper jaw in children with both unilateral and with bilateral cleft palate is most pronounced in the anterior maxilla. The observed ratio of sagittal dimensions of upper and lower jaws in patients with cleft palate is the basis for the development progenic value of the jaws, which is classified as "false progeny." Pronounced sagittal anomalies in patients with cleft anomalies are accompanied by concomitant provision of individual teeth and dentition abnormalities, the most common is a narrowing of the upper jaw dentition and its asymmetry in unilateral cleft.

Key words: congenital cleft lip and palate, dysgnathia and teeth anomalies

Стаття надійшла до редакції: 16.09.2015 р.