

ОРТОДОНТІЯ

УДК 616.314.25/.26

А.М. Білоус, Н.В. Куліш, Л.В. Смаглюк

ЗІСТАВЛЕННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ ДІЛЯНКИ Й ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕХРЕСНИМ ПРИКУСОМ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Актуальність.

Постава – це ортостатичне положення людини, в якому зберігаються фізіологічні вигини хребта із симетричним розміщенням голови, тулуба, таза, верхніх і нижніх кінцівок [1].

Правильна постава формується за нормально-го фізіологічного росту дитини зі своєчасним усуненням несприятливих факторів, якими є недорозвинення і слабкість м'язової системи, функціональні та фіксовані перекося таза, вкорочення кінцівок, тривалі неправильні положення тулуба, зумовлені будь-якими факторами (наприклад, звичка неправильно сидіти, стояти, спати). Зафіксовані позотонічні рефлексії, зумовлені шкідливими звичками, такими як звичне неправильне положення тіла і особливо голови (на одному боці, з підкладеною під щічку рукою) під час сну, посадка за столом, партою, звичка підтримувати голову з одного боку, призводять, з одного боку, до неправильної пози тіла, а з іншого – до вимушеного положення голови в один бік, перенапруження груднино-ключично-соскоподібного м'яза [8,9]. Згодом це зумовлює спотворений розвиток щелеп, частіше одностороннє звуження зубного ряду і зміщення нижньої щелепи. За даними деяких авторів (Dowson P., 1985; C. Lippold et al., 2003), на формування опорно-рухового апарату певним чином впливає функціонування зубощелепної ділянки, особливо нижньої щелепи.

У дослідженнях низки авторів (Dowson P., 1989; Landouzy J.-M., 1992, 1993; Fink M. et al., 2002; Stiesch-Scholz M. et al., 2003; Lippold C. et al., 2003) вказується на значну поширеність ознак порушень прикусу і краніомандибулярних дисфункцій у різних вікових групах населення і підкреслюється взаємозв'язок ортодонтичної патології (порушення прикусу, дисфункція СНЩС) із патологією хребта. Так, Dowson P., 1985; C. Lippold et al. (2003) акцентували увагу на важливості стану

шийного відділу хребта і вказували, що 58% дітей молодшого шкільного віку і 27% дорослого населення мали поєднану патологію прикусу, дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба і порушення хребта.

З іншого боку, при зубощелепних аномаліях змінюється постава. Так, при аномаліях прикусу, на відміну від гармонійно розвинутої статної фігури, змінюється центр тяжіння голови відносно всієї осі тулуба. При сагітальних і трансверзальних аномаліях прикусу центр тяжіння голови знаходиться попереду цієї осі. При передньому положенні голови на кожні 2,5 см зміщення її вперед навантаження на хребет і м'язи, в тому числі й на груднино-ключично-соскоподібні, збільшується на 5 кг. Це пояснює гіпертонус груднино-ключично-соскоподібного м'яза як одного з ключових факторів у формуванні м'язової форми аномалії прикусу [2].

Водночас у літературних джерелах не знайдено відомостей щодо морфофункціонального стану зубощелепної ділянки й опорно-рухового апарату в пацієнтів із перехресним прикусом. Усе вищевикладене зумовлює актуальність вивчення питань взаємозв'язку і взаємозумовленості стану зубощелепної ділянки й опорно-рухового апарату цієї групи ортодонтичних пацієнтів.

Мета дослідження: на підставі комплексного, інтегрального обстеження пацієнтів із перехресним прикусом визначити особливості морфофункціонального стану їхнього опорно-рухового апарату.

Матеріали і методи.

Ми всебічно обстежили 22 пацієнтів із перехресним прикусом віком від 11 до 17 років. Дані щодо загальносоматичного стану були отримані з амбулаторних історій хвороби пацієнтів (форма 026 у). Відмічали відповідність біологічного, зубного і паспортного віку. Звертали увагу на зріст, масу тіла, зі спини визначали положення голови, плечей, лопаток, ніг, форму грудної клітини, живо-

та, спина (скривлення хребта). Особливу увагу звертали на фізичний розвиток і статуру пацієнта.

Оцінювали профіль людини. Для гармонійно розвиненої статної фігури характерно, що центр тяжіння голови, плечового поясу, стегон, колін і стоп знаходиться на одній вертикальній осі.

Серед порушень морфофункціонального стану опорно-рухового апарату визначали наявність чи відсутність плоскостопості, хвороби Шлятера, викривлення хребта (сколіоз, сколіотична хвороба), сколіотичної постави.

Діагноз «сколіотична постава» ми встановлювали за наявності бічного відхилення хребта в одному з відділів лише у фронтальній площині. Клінічно сколіотична постава проявляється бічним вигином хребта в нижньо-грудному або поперековому відділі, асиметричним розміщенням надпліч, на боці ввігнутої надпліччя опущене, а на випуклому – підняте. Лопатки розміщені асиметрично. Нижні кути їх розташовані не на одному рівні, трикутник талії на ввігнутому боці більший, ніж на випуклому. Таз не перекошений. Під час огляду спереду визначаються асиметрія надпліч і нерівномірне розміщення сосків, асиметричні трикутники талії. Сколіотична постава, як правило, корегується в положенні «струнко» і симптоми її зникають.

Діагноз викривлення хребта і його різновид - сколіоз розрізняли за ступенями тяжкості, що визначали за В.Д.Чакліним (1995), а саме: I ступінь характеризується боковим відхиленням до 10° і початковим ступенем торсії, що виявляється рентгенологічно [3]. II ст. проявляється торсією, наявністю компенсаторних дуг. Клінічно визначаються м'язовий валик і невеликий реберний горб, що зумовлені торсією хребців. III ст. – виразніша деформація з боковим відхиленням у межах 25-40° і наявністю великого реберного горба. IV ст. – груба деформація тулуба, що характеризується кіфосколіозом грудного відділу хребта, вираженим реберним горбом, деформацією таза, відхиленням тулуба. Кут основного викривлення - 41-90°.

Для визначення перехресного прикусу керувалися класифікацією Ужумецкене (1967) із використанням клінічних функціональних проб за Ільїною-Маркосян (1987) [5,6,7].

Статистична обробка матеріалу була здійснена за допомогою ліцензійного пакета «Excel».

Результати та їх обговорення

На обстеженні 188 учнів м. Полтави було виявлено 22 пацієнти з перехресним прикусом. Результати аналізу опорно-рухового апарату обстежених відображено в табл. 1. З 22 пацієнтів, які мають перехресний прикус, 5 учнів були без порушень опорно-рухового апарату, що складає 22,73% загальної кількості обстежених; 9 пацієнтів зі сколіотичною поставою (40,91%). У 5 учнів (22,73%) із цієї групи обстежених (за даними амбулаторних карт) визначався сколіоз, у одного – хвороба Шлятера (4,54%), у 2 пацієнтів – плоскостопість (9,09%).

Таблиця 1
Результати аналізу опорно-рухового апарату дітей з аномаліями перехресного прикусу

№ п/п	Характеристика опорно-рухового апарату	К-ть пацієнтів	
		абс.	%
1	Без порушень	5	22,73
2	Сколіотична постава	9	40,91
3	Сколіоз	5	22,73
4	Хвороба Шлятера	1	4,54
5	Плоскостопість	2	9,09
Усього		22	100%

Пацієнтів із перехресним прикусом було поділено на дві підгрупи: А – пацієнти з боковим зміщенням нижньої щелепи (вліво або вправо); В – без зміщення нижньої щелепи. Дані щодо характеристики опорно-рухового апарату в пацієнтів двох підгруп спостереження показані в табл. 2.

Таблиця 2
Характеристика пацієнтів двох підгруп спостереження

№ п/п	Характеристика опорно-рухового апарату	Кількість пацієнтів підгрупи А		Кількість пацієнтів підгрупи В	
		абс.	%	абс.	%
1	Без порушень	0	0	5	35,71
2	Сколіотична постава	3	37,5	6	42,85
3	Сколіоз	5	62,5	0	0
4	Плоскостопість	0	0	2	14,29
5	Хвороба Шлятера	0	0	1	7,15
Усього		8	100%	14	100%

Аналіз отриманих даних визначив наявність тенденцій до спотвореного формування морфофункціонального стану опорно-рухового апарату в пацієнтів із перехресним прикусом. Необхідно підкреслити тяжчі за клінічними проявами форми порушень при перехресному прикусі зі зміщенням нижньої щелепи. Так, у підгрупі А в 62,5% спостерігається сколіоз і в 37,5% - сколіотична постава. Натомість у підгрупі В – без зміщення нижньої щелепи - в 42,85% (p ≤ 0,01) спостережень виявили функціональне порушення у вигляді сколіотичної постави і в жодному випадку не визначено стійкі зміни у вигляді сколіозу.

Слід зазначити, що стан зубощелепно-лицевої ділянки і всього опорно-рухового апарату пацієнтів взаємозалежні та взаємозумовлені. Водночас необхідно підкреслити, що не тільки положення нижньої щелепи призводить до тяжчої форми порушення опорно-рухового апарату, а й форма перехресного прикусу, розмір нижньої щелепи. Так, при лінгвальній формі перехресного прикусу порушення спостерігаються в 66,67% випадків, а при букальній - у 63,64%.

Порушення прикусу в трансверзальній площині (перехресний прикус) у 77,27% поєднані з порушеннями опорно-рухового апарату. Оцінка опорно-функціонального стану постави довела певні

зв'язки між формою і ступенем тяжкості порушень у положенні та розміщенні нижньої щелепи.

Надалі для різних методів спостереження таких пацієнтів необхідна інтеграція як загальноортопедичних, так і ортодонтичних прийомів.

Література

1. Скляренко Є.Т. Травматологія і ортопедія / Є.Т.Скляренко. – К.: Здоров'я, 2005. – 377с.
2. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии / Ф.Я.Хорошилкина. – М.: Медицина, 1999. – 797 с.
3. Мусалатов Х.А.Травматология и ортопедия / Х.А. Мусалатов, Г.С. Юмашев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
4. Перова Е.Г. Профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с нарушенным опорно-двигательного аппарата: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Омск, 2000. – 25 с.
5. Зубкова Л.П. Визначення функціональних порушень в стані здоров'я пацієнтів з зубощелепними аномаліями / Л.П.Зубкова // Вісник стоматології. – 2000. - № 4. – С.46-49.
6. Хорошилкина Ф.Я. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий / Ф.Я.Хорошилкина, Р. Френкель, Л.М. Демнер, Ф.Фальк, Ю.М. Малыгин, К.Френкель. – М.: Медицина, 1987. – 302 с.
7. Зубкова Л.П. Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии / Л.П. Зубкова, Ф.Я.Хорошилкина. – К.: Здоров'я, 1993. – 344 с.
8. Куроєдова В.Д. Зв'язок порушень прикусу з гігієнічним станом порожнини рота у дітей з захворюваннями опорно-рухового апарату / В.Д. Куроєдова, Г.О. Кім // Актуальні проблеми ортопедичної стоматології та ортодонції: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Полтава, 2000. – С.57-59.
9. Куроєдова В.Д. Особливості ортодонтичного стану дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та їх ставлення до ортодонтичного лікування / В.Д. Куроєдова, Г.О. Кім // Актуальні проблеми ортопедичної стоматології та ортодонції: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції. – Полтава, 2000. – С. 59-61.

**Стаття надійшла
27.08.2013 р.**

Резюме

За результатами дослідження морфофункціонального стану зубощелепної ділянки й опорно-рухового апарату в пацієнтів із перехресним прикусом виявлено, що стан зубощелепної ділянки і всього опорно-рухового апарату взаємозалежні та взаємозумовлені. Тяжкість форми порушення опорно-рухового апарату залежить від положення нижньої щелепи (зі зміщенням чи без зміщення), розміру щелепи і форми перехресного прикусу.

Ключові слова: морфофункціональний стан зубощелепної ділянки, опорно-руховий апарат, перехресний прикус.

Резюме

В результате исследования морфофункционального состояния зубочелюстной области и опорно-двигательного аппарата у пациентов с перекрестным прикусом выявлено, что состояние зубочелюстного и опорно-двигательного аппаратов взаимозависимы и взаимообусловлены. Тяжесть нарушения опорно-двигательного аппарата зависит от положения нижней челюсти, ее размера и формы перекрестного прикуса.

Ключевые слова: морфофункциональное состояние зубочелюстной области, опорно-двигательный аппарат, перекрестный прикус.

Summary

In order to investigate the morphofunctional state of the maxillary field and the musculoskeletal device of patients with cross-bite it was revealed the condition of the teeth and jaws apparatus and musculoskeletal device are interdependent. The severity of disorders of the musculoskeletal system depends on the position of the lower jaw, its size and the formation of cross-bite.

Key words: morphofunctional state of the dental field, musculoskeletal system, cross-bite.