

у осіб із СФЗ на верхній та нижній щелепах загальний індекс м'язової симетрії найнижчий (SIM KM = 81,94±9,61 %).

3. У стані стискування при різних клінічних формах СФЗ спостерігається різна функціональна активність колового м'яза рота: більшу активність м'язів верхньої губи (ASTIV=-0,99±7,44%) виявлено у пацієнтів із СФЗ верхньої щелепи (p<0,05). Превалювала активність м'язів нижньої губи у пацієнтів із СФЗ нижньої щелепи (ASTIV=20,52±4,22%) та СФЗ на верхній та нижній щелепах (ASTIV=17,93±4,33), що зумовлює функціональний дисбаланс, який є одним із патогенетичних механізмів формування СФЗ.

4. Отже, виявлення та вплив на функціональний стан колового м'яза рота має важливе значення при проведенні ортодонтичного лікування ЗЩА, ускладнених СФЗ.

### Список літератури

1. **Снагина Н. Г.** Рецидивы аномалий прикуса у детей с нарушениями функций мышц околоушной области / Н. Г.Снагина, Е. А. Сальковская, С. М. Липець // Стоматология.- 1976.- № 4. - С.70-72.
2. **Дмитренко М. І.** Нормалізація функції змикання губ у пацієнтів із зубощелепними аномаліями, ускладненими скупченням фронтальних зубів / М. І. Дмитренко // Стоматолог. - 2011.- № 6 (156).- С.39.
3. **Карасюнок А. Є.** Морфо-функціональний стан зубощелепної ділянки у дітей 6-11 років м.Полтави /А.Є. Карасюнок, К.Л. Курасова//Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.- 2010. -Том 10, Випуск 3(31).-С.27-29.
4. **Електроміографічна** характеристика функціонального стану м'язів щелепно-лищевої ділянки у дітей з дистальним прикусом / М. С. Дрогомирецька, Т. Я. Сухомлинова, А. В. Якимець [та ін.] // Актуальні питання та проблеми розвитку стоматології на сучасному етапі: зб. наук. пр. - Полтава, 2011 - С.149-151.
5. **Головко Н. В.** Стан колового м'яза рота в ортодонтичних пацієнтів з укороченням вуздечки язика / Н. В. Головко, В. М. Дворник, В. В. Рубаненко, Ганнам Іяд Наджиб // Український стоматологічний альманах. - 2011.- № 6. - С.74-80.
6. **Ferrario V. F.** Electromyographic activity of human masticatory muscles in normal young people. Statistical evaluation of reference values for clinical applications / V. F. Ferrario, C. Sforza, A. Miani, et al. // Oral Rehabil.- 1993.- Vol.20. -P. 271-280.
7. **Боровиков В. П.** Искусство анализа данных на компьютере (для профессионалов) / В. П. Боровиков. - СПб.: Питер, 2003. - 688 с.-3-е издание.
8. **Рубаненко В. В.** Компьютерная оценка функции круговой мышцы рта у подростков с ортогнатическим прикусом по данным электромиограмм / В. В. Рубаненко, Л. Б. Галич // Питання ортопедичної стоматології: зб. наук. пр. - Полтава, 1997. - С.97-98.

Надійшла 05.07.12



УДК: [616.314+616.716.1/.4]-007

**Л. В. Смаглюк, В. І. Смаглюк**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

### СТАН ФУНКЦІЙ ЗУБО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСТАЛЬНОЮ ОКЛЮЗІЄЮ ЗУБНИХ РЯДІВ

*В роботі представлено результати порівняння загальних показників частоти функціональних порушень окремих функцій зубощелепної ділянки у 534 осіб із дистальною оклюзією зубних рядів форми II-1 та II-2 за Angle. Визначено особливості структури функціональних порушень, що супроводжують дистальну оклюзію різних форм за Angle, і підтверджено, що порушення функцій ковтання, жування і мовлення можуть виступати „факторами ризику” виникнення функціональних суглобових невідповідностей у дорослих пацієнтів.*

**Ключові слова:** прикус, дистальна оклюзія, функції зубощелепно-лищевої системи.

**Л. В. Смаглюк, В. І. Смаглюк**

ВГНУУ «Українська медичинська стоматологічна академія»

### СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИЙ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

*В работе представлены результаты сравнения общих показателей частоты функциональных нарушений отдельных функций челюстно-лицевой области у 534 пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов формы II-1 и II-2 по Angle. Определены особенности структуры функциональных нарушений, которые сопровождают дистальную окклюзию разных форм по Angle, и подтверждено, что нарушение функций глотания, жевания и речи могут выступать «факторами риска» возникновения функциональных суставных несоответствий у взрослых пациентов.*

**Ключевые слова:** прикус, дистальная окклюзия, функции зубо-челюстно-лицевой системы.

**L. V. Smagluk, V.S. Smagluk**

State University School of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy"

### THE STATE OF THE DENTA-JAW-FACIAL SYSTEM FUNCTIONS IN PATIENTS WITH DISTAL OCCLUSION

*The compare results overall frequency of functional disorders of separate functions of denta-jaw region in 534 patients with distal occlusion form II-1 and II-2 by Angle were introduced. The features of the structure of functional disorders that accompany distal occlusion of different forms by Angle were determined, and confirmed that dysfunction of swallowing, chewing and speech can be the "risk factors" of functional articular disparities in adult patients.*

**Keywords:** bite, distal occlusion, functions of the denta-jaw-facial system.

**Актуальність теми.** Дані літературних джерел свідчать про широку варіабельність показників поширеності зубощелепних аномалій у межах від 19,8 % до

91,3 % [1-4]. За останні роки відсоток поширеності зубощелепних аномалій зріс, що може бути обумовлено низьким рівнем здоров'я сучасної популяції дітей [5, 6]. Аналіз результатів дослідження поширеності зубощелепних аномалій у різні вікові періоди свідчить про її збільшення з віком обстежених [7-9]. У дорослих пацієнтів зустрічаються всі види зубощелепних аномалій і, за даними різних авторів, вони складають від 30 % до 95 % обстежених [10, 11]. Крім того, останніми роками збільшується кількість пацієнтів, які звертаються за ортодонтичною допомогою.

Діагноз „дистальна оклюзія зубних рядів” (за класифікацією ВООЗ) установлюється за змиканням перших молярів II класу за Angle і належить до патології змикання зубних рядів у сагітальній площині як наслідок дистального розміщення зубів бокової ділянки нижньої щелепи відносно зубів верхньої щелепи [12]. Можна стверджувати, що дистальна оклюзія – симптом, який загалом відображає результат дії різноманітних морфологічних та функціональних порушень унаслідок аномалій росту, розвитку і формування зубощелепної ділянки під впливом поліетиологічних факторів [13-16].

Серед загальної кількості пацієнтів, які звертаються за ортодонтичною допомогою, пацієнти з дистальною оклюзією складають 65 % [17], а, за даними

[18], у 85,4 % дітей 7-12 років ортодонтична допомога надавалася пацієнтам зі звуженням зубних рядів, дистальним прикусом (прогнатичним) та аномаліями положення окремих зубів. Проте в умовах подорослішання ортодонтичної допомоги населенню занадто мало інформації про поширеність та структуру зубощелепних аномалій, роль того чи іншого фактора у виникненні саме дистальної оклюзії зубних рядів, про діагностику, лікування і профілактику цієї патології в дорослих, що потребує подальшого вивчення й аналізу.

**Мета дослідження.** Визначити структуру і частоту функціональних порушень зубо-щелепно-лицьової ділянки, які призводять до виникнення дистальної оклюзії зубних рядів і ускладнюють перебіг у різні вікові періоди становлення прикусу.

**Матеріал та методи дослідження.** Ми вивчили морфологічний і функціональний стан зубо-щелепно-лицьової ділянки за допомогою загальноприйнятих клінічних методів дослідження та за алгоритмом проведення стоматологічного обстеження 534 осіб із дистальною оклюзією зубних рядів, взятих на ортодонтичне лікування. Класифікація форм дистальної оклюзії проведена за класифікацією Angle [1899]. Характеристика пацієнтів залежно від віку, статі та форми дистальної оклюзії зубних рядів представлена в табл. 1.

Таблиця 1

**Характеристика пацієнтів, прийнятих на лікування, залежно від віку, статі та форми дистальної оклюзії зубних рядів**

Вік пацієнтів	Форма дистальної оклюзії зубних рядів						Усього
	II-1			II-2			
	Жін.	Чол.	Усього	Жін.	Чол.	Усього	
9-12 років	72	51	123	73	26	99	222
13-18 років	57	25	82	92	28	120	202
старші 18 років	43	6	49	48	13	61	110
Усього	172	82	254	213	67	280	534

Перед аналізом отриманої інформації всі результати були оброблені статистично. Обчислення проведені за загальноприйнятою методикою Стьюдента-Фішера.

**Результати дослідження.** Обстежуючи 534 пацієнтів різних вікових груп, узятих на лікування з різними формами дистальної оклюзії зубних рядів, ми вивчили структуру та роль найбільш вагомих „факторів ризику” у виникненні цієї патології прикусу. Серед етіологічних складових високий відсоток припадає на спадковість, хвороби раннього дитячого віку (зокрема і верхніх дихальних шляхів), патологічний стан зубів (адентія, ретенція зубів, мікро-, макродентія), мікро-, макрогнатія, функціональні порушення щелепно-лицьової ділянки.

Встановлено, що в останньому прояві в кожного окремого пацієнта дистальна оклюзія зубних рядів виникає як наслідок комбінацій кількох компонентів, і не завжди чітко можна виділити фактор, який був пусковим механізмом. Так, у віковій групі 9-12 років при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-1 комбінації „факторів ризику” зустрічались у 77,2 ±3,8% спостережень, у групі 13-18 років – у 78,1±4,6% і ста-

рших 18 років – у 83,7±5,3 спостережень. При дистальній оклюзії зубних рядів форми II-2 ці показники становили відповідно 71,7±4,5, 75,8±3,9, 83,6±4,7 спостережень. Отже, дистальна оклюзія зубних рядів може розвиватися під впливом різних етіологічних чинників, бути наслідком низки функціональних та морфологічних порушень у зубощелепній системі та їхніх комбінацій.

Серед досліджуваних етіологічних чинників найдинамічнішими і мінливими у віковому аспекті за характером їхнього впливу на зубощелепні структури виявилися порушення функцій зубощелепної системи (дихання, ковтання, жування, змикання губ, мовлення і функція СНЩС). Це спонукало нас детальніше їх проаналізувати.

Вивчаючи стоматологічний статус пацієнтів, було визначено частоту і структуру функціональних порушень зубощелепної ділянки. Отримані дані представлені в таблицях (табл. 2, 3).

Необхідно зауважити, що порушення лише однієї із зазначених функцій зустрічалось у невеликої кількості обстежених. Так, у віковій групі 9-12 років при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-1 із 86 спо-

**Характеристика порушень функцій зубощелепної ділянки в обстежених із дистальною оклюзією зубних рядів форми II-1 з порушеннями функцій щелепно-лицьової ділянки в різні вікові періоди**

Вікова група	Комбінації порушень функцій зубощелепної ділянки					Поодинокі порушення функцій зубощелепної ділянки				
	ковтання, дихання, мовлення, змикання губ	ковтання, дихання, мовлення, змикання губ, жування	ковтання, дихання, змикання губ	дихання, змикання губ	дихання, змикання губ, жування	дихання	ковтання	мовлення	жування	змикання губ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9-12 років абс. %	27 31,4±5,0	17 19,8±4,3	16 18,6±4,2	12 13,9±3,7	1 1,2±1,2	3 3,5±1,9	5 5,8±2,5	4 4,6±2,3	-	1 1,2±1,2
Усього: n = 86 %	73 84,9±3,8%					13 15,1±3,9%				
13-18 років  абс. %	ковтання, мовлення, змикання губ, дихання	дихання, жування	ковтання, мовлення, змикання губ	дихання, змикання губ	дихання, мовлення, змикання губ	дихання	ковтання	мовлення	жування	змикання губ
	9 14,7±4,5	14 22,9±5,4	10 16,4±4,7	15 24,6±5,5	1 1,6±1,6	4 6,6±3,1	2 3,3±2,3	2 3,3±2,3	- -	4 6,6±3,1
Усього: n=61 %	49 80,3±5,1%					12 19,7±5,1%				
старші 18 років  абс. %	ковтання, мовлення, жування	змикання губ, жування	дихання, мовлення, змикання губ	дихання, жування	ковтання, мовлення	дихання	ковтання	мовлення	жування	змикання губ
	22 52,4±7,7	9 21,4±6,3	5 11,9±4,9	1 2,4±2,4	1 2,4±2,4	-	-	1 2,4±2,4	3 7,1±3,9	-
Усього: n=42 %	38 90,5±4,5%					4 9,5±4,5%				

Примітка: n – кількість спостережень.

Таблиця 3

**Характеристика порушень функцій зубощелепної ділянки в обстежених із дистальною оклюзією зубних рядів форми II-2 з порушеннями функцій щелепно-лицьової ділянки в різні вікові періоди**

Вікова група	Комбінації порушень функцій зубощелепної ділянки					Поодинокі порушення функцій зубощелепної ділянки				
	ковтання, дихання, мовлення, жування	ковтання, дихання, жування	ковтання, мовлення, жування	ковтання, дихання, мовлення, змикання губ, жування	мовлення, змикання губ, жування	дихання	ковтання	мовлення	жування	змикання губ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9-12 років абс./%	20 37,0±6,6	7 12,9±4,6	5 9,3±3,9	3 5,6±3,1	2 3,7±2,6	5 9,3±3,9	4 7,4±3,6	1 1,8±1,8	4 7,4±3,6	3 5,6±3,1
Усього: n=54 %	37 68,5±6,3%					17 31,5±6,3%				
13-18 років	ковтання, мовлення	жування, змикання губ	ковтання, мовлення, змикання губ	дихання, змикання губ, жування	дихання, мовлення, змикання губ	дихання	ковтання	мовлення	жування	змикання губ
абс. %	15 16,9±3,9	22 24,8±4,6	10 11,2±3,3	14 15,7±3,8	1 1,1±1,1	7 7,9±2,8	2 2,2±1,5	1 1,1±1,1	11 12,4±3,5	6 6,7±2,6
Усього: n=89 %	62 69,7±4,9%					27 30,3±4,9%				
старші 18 років	ковтання дихання жування	ковтання змикання губ жування	дихання змикання губ жування	мовлення жування	мовлення жування	дихання	ковтання	мовлення	жування	змикання губ
абс. %	11 22,9±6,1	6 12,5±4,8	1 2,1±2,1	4 8,3±3,9	18 37,5±6,9	-	-	3 6,3±3,5	5 10,4±4,4	-
Усього: n=48 %	40 83,3±5,4%					8 16,7±5,4%				

Примітка : n – кількість спостережень

стережень пацієнтів із функціональними порушеннями зубощелепної ділянки порушення однієї із зазначених функцій спостерігалось нами лише в 13 спостереженнях (15,1±3,9 %) (5 - із порушеннями функції ковтання, 4 - функції мовлення, 3 - функції дихання й 1 - функції змикання губ), а в 73 (84,9±3,8 %) спостереженнях виявлено комбінації цих порушень. Із 73 пацієнтів із комбінаціями порушень функцій зубощелепної ділянки в 27 (31,4±5,0%) виявлено порушення функцій ковтання, дихання, мовлення, змикання губ; у 17 (19,8±4,3 %) - ковтання, дихання, мовлення, змикання губ і жування; у 16 (18,6±4,2 %) - ковтання, дихання, змикання губ; у 12 (13,9±3,7%) - дихання, змикання губ; у 1 (1,2±1,2 %) - дихання, змикання губ і жування. У пацієнтів із дистальною оклюзією форми II-2 із 54 спостережень у 17 осіб (31,5±6,3 %) зустрічалося порушення однієї з функцій (5 - 9,3±3,9 % - функції дихання, 4 - 7,4±3,6 % - функції жування, 4 - 7,4±3,6 % - функції ковтання, 3 - 5,6±3,1 % - функції змикання губ і 1 - 1,8±1,8 % - функції мовлення), а в 37 спостереженнях - їхні комбінації (68,5±6,3 %). Із 37 пацієнтів було виявлено комбінації порушень функцій: ковтання, дихання, мовлення, жування - у 20 осіб (37,0±6,6%); ковтання, дихання і жування - в 7 (12,9±4,6 %); ковтання, мовлення і жування - у 5 (9,3±3,9 %); ковтання, дихання, мовлення, жування і змикання губ - у 3 (5,6±3,1 %) і у 2 осіб (3,7±2,6 %) - одночасне порушення функцій мовлення, змикання губ і жування.

У групі пацієнтів віком 13-18 років порушення однієї з функцій зубощелепної ділянки виявлено в 12 із 61 спостереження (19,7±5,1 %) у пацієнтів із формою II-1 і в 27 із 89 спостережень (30,3±4,9 %) - із формою II-2. Високий відсоток припадає на комбінації функціональних порушень. У пацієнтів із формою II-1 найвищий відсоток (15 спостережень - 24,6±5,5 %) комбінацій функціональних порушень припадає на комбінацію порушень дихання і змикання губ. При дистальній оклюзії форми II-2 ( 22 спостереження - 24,8±4,6%) - жування і змикання губ.

У віковій групі старших 18 років при дистальній оклюзії форми II-1 порушення однієї з функцій зубощелепної ділянки виявлене в 4 із 42 хворих (3 - з порушеннями функції жування, 1 - функції мовлення) і у 8 із 48 осіб у формі II-2 (5 - із порушеннями функції жування і 3 - функції мовлення). У цій віковій групі також високий відсоток спостережень припадає на комбінації функціональних порушень, зокрема при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-1 комбінації функціональних порушень виявлені у 38 осіб (90,5±4,5 %), при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-2 - у 40 осіб (83,3±5,4 %). Із 38 осіб із патологією прикусу форми II-1 у 22 (52,4±7,7 %) виявлено комбінації порушень функцій: ковтання, мовлення і жування; у 9 (21,4±6,3 %) - змикання губ і жування; у 5 (11,9±4,9 %) - дихання, мовлення, змикання губ; у 1 (2,4±2,4 %) - дихання і жування і в 1 (2,4±2,4 %) - ковтання і мовлення.

Із 40 осіб форми II-2 з комбінаціями функціональних порушень у 18 (37,5±6,9 %) виявлено порушення функцій: мовлення і жування; у 11 (22,9±6,1%) - ковтання, дихання і жування; у 6 (12,5±4,8 %) - ковтання, змикання губ і жування; у 4 (8,3±3,9 %) - мов-

лення і жування і в 1 (2,1±2,1 %) - дихання, змикання губ і жування.

Отже, з віком у пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів підвищується частота функціональних порушень, змінюється їхня питома вага в загальній структурі функціональних порушень і підвищується відсоток комбінацій функціональних порушень, пов'язаних із функціями мовлення і жування.

Вивчаючи функцію СНЩС, ми виявили збільшення з віком кількості випадків його дисфункції в середньому на 56,6 % ( $p < 0,001$ ). Так, симптоми дисфункції СНЩС у віковій групі 9-12 років мали місце у пацієнтів з формою дистальної оклюзії II-1 у 12 спостереженнях (9,7±2,7 %) і у формі II-2 - в 14 спостереженнях (14,1±3,5 %). Хоча і відмічається різниця між показниками залежно від форми патології прикусу, але в цій віковій категорії вона статистично не достовірна. У віковій групі старших 18 років цей показник у формі II-1 становить 55,1±7,1 % (27 спостережень), у формі II-2 - 81,9±4,9 % (50 спостережень). Різниця в показниках між крайніми віковими групами і двома формами дистальної оклюзії у віці після 18 років статистично достовірна ( $p \leq 0,001$ ).

**Висновок.** Серед етіологічних факторів розвитку дистальної оклюзії зубних рядів високий відсоток припадає на функціональні порушення зубощелепної ділянки пацієнтів. За результатами порівняння загальних показників частоти функціональних порушень окремих функцій зубощелепної ділянки у пацієнтів двох форм дистальної оклюзії можна зауважити, що при формі II-1 показники частоти порушень окремо взятих функцій майже не відрізняються, а при формі II-2 найвищий середній показник припадає на порушення функції жування (52,8±2,9 %), а порушення інших функцій мають нижчі значення. Детальний аналіз структури і частоти порушень функцій зубощелепної ділянки (окремо кожної та їхньої комбінації) довів їхню залежність від віку. Визначено, що на фоні збільшення кількості порушень функцій ковтання, жування і мовлення частішають функціональні порушення СНЩС, і тому можна припустити, що останні можуть виступати „факторами ризику” виникнення функціональних суглобових невідповідностей у дорослих пацієнтів.

### Список літератури

1. Вишник В. А. Частота распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей г.Симферополя / В. А Вишник // Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду Асоціації стоматологів України (1-3 грудня 2004 р.). - К., 2004. - С. 454.
2. Зубкова Л. П. Структура нарушенной зубочелюстной системы у детей из разных регионов Украины / Л. П. Зубкова, О. А. Мардашко // Актуальні проблеми ортопедичної стоматології та ортодонції: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (17-18 травня, 2000р.). - Полтава, 2000. - С. 42-43.
3. Севбитов А. В. Анализ результатов 5-летнего мониторинга морфо-функционального состояния зубочелюстной системы у детей, подвергшихся радиационному воздействию / А. В. Севбитов // Стоматология. - 2003. - № 4. - С. 60.
4. Elham S. J. Abu Alhaija, Kazem S. Orthodonti treatment need and demand in 12-14 year-old north Jordanian school children // European Journal of Orthodontics. - 2004. - Vol. 26, № 3. - P. 261-263.
5. Косенко К. М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: Автореф. дис... д-ра мед.наук: 14.00.21. / К. М. Косенко - К., 1994. - 45 с.

6. Соловей С. І. Розповсюдженість зубочелепових аномалій у дітей Івано-Франківської області / С. І. Соловей, М. М. Рожко // Галицький лікарський вісник. - 2000. - Т.7, № 2. - С. 114-115.
7. Алимский А. В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников / А. В. Алимский // Стоматология. - 2002. - № 5. - С.67-71.
8. Легович М. А. Изучение ортодонтических аномалий в молочном и постоянном прикусе в современном аспекте / М. Легович, Ф. Новосел, А. Легович // Стоматология. - 2001. - № 5. - С. 54-56.
9. Kamegai T., Tatsuki T., Nagano H. A determination of bite force in northern Japanese children // European Journal of Orthodontics. - 2005. - Vol. 27, № 1. - P. 53-57.
10. Зейналов Заур. Изучение нуждемости и спроса на ортодонтическое лечение в Азербайджанской Республике на примере группы студентов города Баку / Зейналов Заур, Фарид Зейналов. // Актуальні проблеми ортодонції: Матеріали II міжнародної конференції (25-27 жовтня, 2002р.). - Львів, 2002. - С. 16-18.
11. Thilander B., Pena L., Infante C. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogota, Colombia. An epidemiological study related to different stages of dental development // European Journal of Orthodontics. - 2001. - Vol. 23, № 2. - P. 153-167.
12. Angle E. H. Treatment of malocclusion of the teeth. Angle's system. S S White Dental Manufacturing Company - Philadelphia. - 1907.
13. Григорьева Л. П. Прогнатия: Монография. / Григорьева Л. П. - К.: Здоров'я, 1984. - 79 с.
14. Даньков Н. Д. Дистальне положення нижньої щелепи (клініко-експериментальне дослідження): Автореф. дис... д-ра мед.наук: 14.00.21/ Полт. держ.мед.стомат.ін-т. / Н. Д. Даньков - Полтава, 1994. - 35 с.
15. Малыгин Ю. М. Клинико-лабораторное обоснование топоико-метрической диагностики зубочелюстных аномалий и совершенствование методов их лечения: Автореф. дис... д-ра мед.наук: 14.00.21 / Центр.науч.-исслед. ин-т стоматол. / Ю. М. Малыгин - М., 1990. - 24 с.
16. Brin I., Weinberger T., Ben-Chorin E. Classification of occlusion reconsidered // European Journal of Orthodontics. - 2000. - Vol. 22, № 2. - P. 169-174.
17. Герасимов С. Н. Лечение дистального прикуса / С. Н. Герасимов // Ортодент - Инфо. - 1999. - № 1. - С. 11-27.
18. Филимонов Ю. В. Лечение зубо-челюстных аномалий несъемным дуговым аппаратом: Автореф. дис... канд.мед.наук: 14.00.21 / Киев. мед. ин-т им. акад. А.А. Богомольца. / Ю. В. Филимонов. - К., 1992. - 14 с.

Надійшла 07.06.12

УДК 616.314.25-089.23-053.5

**Л. В. Смаглюк, Анас Ремали, Г. Л. Фетісова**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**ФУНКЦИОНАЛЬНА ПІДГОТОВКА  
ДО АКТИВНОГО ПЕРІОДУ  
ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ  
6-9 РОКІВ ІЗ ДИСТАЛЬНИМ ПРИКУСОМ  
(II КЛАС ЗА ANGLE)**

*В статті представлений досвід лікування пацієнтів 6 – 9 років з дистальним прикусом та порушенням функцій дихання, ковтання, мовлення та змикання губ. Оцінка стану функціональної активності м'язів щелепно-лицьової ділянки у дітей із функціональними порушеннями доводить важливість виділення окремого етапу ортодонтичного лікування – підготовчого, одним із завдань якого є функціональна ко-*

*рекція або підготовка до періоду активного апаратурного лікування.*

**Ключові слова:** дистальний прикус, функціональна активність м'язів, функціональна підготовка, діти.

**Л. В. Смаглюк, Анас Ремали, А. Л. Фетісова**

ВГУЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА  
К АКТИВНОМУ ПЕРИОДУ  
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПАЦИЕНТОВ 6-9 ЛЕТ С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИ-  
КУСОМ (II КЛАСС ПО ANGLE)**

*В статье представлен опыт лечения пациентов 6 - 9 лет с дистальным прикусом и нарушением функций дыхания, глотания, речи и смыкания губ. Оценка состояния функциональной активности мышц челюстно-лицевой области у детей с функциональными нарушениями доказывает важность выделения отдельного этапа ортодонтического лечения - подготовительного, одной из задач которого является функциональная коррекция или подготовка к периоду активного апаратурного лечения.*

**Ключевые слова:** дистальний прикус, функціональна активність м'язи, функціональна підготовка, діти.

**L. V. Smaglyuk, Anas Remali, A. L. Fetisova**

State University School of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy"

**FUNCTIONAL TRAINING TO ACTIVE DURING  
ORTHODONTIC TREATMENT PATIENTS 6-9 YEARS  
WITH DISTAL OCCLUSION (II CLASS OF ANGLE)**

*The paper presents the experience of treating patients 6 - 9 years with distal occlusion and impaired respiratory function, swallowing, speech and closing of the lips. Assessment of functional activity of the muscles of the maxillofacial region in children with functional disorders proves the importance of providing a separate phase of orthodontic treatment - preparatory, one of whose tasks is functional correction or preparation to the period of active treatment apparatus.*

**Key words:** distal occlusion, the functional activity of the muscles, functional training, children.

**Актуальність теми.** Дистальний прикус супроводжується низкою порушень функцій м'язів щелепно-лицьової ділянки під час жування, дихання, ковтання, мовлення, стулювання губ [1, 2, 7, 12, 13, 17], вивчення яких набуває особливого значення для сучасної теорії та практики ортодонції [6, 8, 14, 15].

Лікування дистального прикусу (II клас за Angle) передбачає усунення, за можливості, етіологічних факторів, нормалізацію порушених функцій: жування, дихання, ковтання, мовлення, функції СНЩС; форми та розмірів зубних рядів, співвідношення зубних рядів у сагітальному, трансверзальному і вертикальному напрямках, ретенцію досягнутих результатів. Серед методів лікування розглядаються: біологічний, ортодонтичний (апаратурний), хірургічний, протетичний та комбінований. Вибір методу лікування дистальної оклюзії зубних рядів залежить від багатьох факторів: віку пацієнта, локальних та загальносоматичних змін,