

УДК 616.314.25/.26:616.716.-007-053.1

*В.М. Халецкая, И.В. Ковач*

## Общая характеристика нарушений прикуса у детей с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск, Украина

**Цель:** изучить распространенность сформировавшихся патологических нарушений и деформаций в зависимости от вида и сочетания расщелин у пациентов с врожденными аномалиями ЧЛО, в раннем сменном прикусе, после хирургического вмешательства.

**Пациенты и методы.** В статье представлены результаты проведенного исследования 28 детей с врожденными аномалиями ЧЛО в раннем сменном прикусе, после хирургического вмешательства. Исследованы распространенность сформировавшихся патологических нарушений и деформаций в зависимости от вида и сочетания расщелин.

**Результаты. Выводы.** На основании проведенного исследования было установлено, что у пациентов с аномалиями ЧЛО формирование патологических нарушений и деформаций напрямую зависит от вида, формы, типа и сочетания расщелин, а так же сроков, метода и качества проведенной операции. Ведущей деформацией у пациентов с расщелиной мягкого и твердого неба, формирующейся в послеоперационном периоде у детей с ВРГН является недоразвитие верхней челюсти и ее сужение в боковых отделах.

**Ключевые слова:** врожденные аномалии ЧЛО, расщелина (губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба), нарушение прикуса, зубочелюстные аномалии и деформации.

Известно, что врожденные расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба принадлежат к числу наиболее часто встречаемых пороков развития органов человека [2, 3, 6, 8, 10, 11]. Экология, социально-экономические условия, заболевания и вредные привычки родителей – все эти факторы только способствуют повсеместному распространению и учащению числа детей, рожденных с этими аномалиями из года в год [1, 2, 3, 7]. В Украине по данным МОЗ распространенность врожденной патологии составляет в среднем 1:1000 новорожденных и за последнее десятилетие увеличилась в 1,3 раза. Врожденные расщелины верхней губы, мягкого и твердого неба являются одной из тяжелых аномалий развития челюстно-лицевой области (ЧЛО). Сопутствующие анатомические и функциональные нарушения жизнедеятельности важных органов и систем ребенка, сложности социальной адаптации значительно снижают качество его жизни и приводят к инвалидности [4, 7, 8]. По данным многих отечественных и зарубежных авторов формирование зубочелюстных патологий и функциональных нарушений зависит от вида расщелины (губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба), типа (сквозная, полная, двусторонняя) и тяжести несращения, а также в дальнейшем от сроков, метода проведенной операции и квалификации хирурга. Основным методом лечения таких детей является хирургический (уранопластика, хейлопластика, велоластика), что приводит к рубцеванию тканей, травмированию ростковых зон небных пластинок. В результате развиваются комбинированные деформации прикуса в разных плоскостях, которые сопровождаются аномалиями челюстей, зубных рядов и отдельных зубов [3, 7, 6, 8, 11].

Хорошилкина Ф.Я. считает, что распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у пациентов с врожденной патологией губы и неба достигает 100 %.

**Цель** данного исследования – изучить распространенность сформировавшихся патологических нарушений и деформаций в зависимости от вида и сочетания расщелин у пациентов с врожденными аномалиями ЧЛО в раннем сменном прикусе после хирургического вмешательства.

### Материалы и методы исследования

Для реализации цели исследования проведено обследование 28-и пациентов в возрасте от 6 до 9-ти лет (ранний сменный прикус) с аномалиями ЧЛО, после хирургического вмешательства, которые были разделены на три группы: первая группа – 11 пациентов с расщелиной верхней губы; вторая группа – 10 пациентов с расщелиной твердого и мягкого неба; третья группа – 7 пациентов с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба.

При обследовании пациентов применялись клинические, фотометрические, антропометрические, биометрические методы исследования, ортопантомографию, телерентгенографию, в некоторых случаях КТ (компьютерная томография). При обследовании пациентов учитывали вид дыхания, состояние лицевого скелета, прикус, форму и размер зубных дуг, наличие и положение отдельных зубов, смыкание губ, прикрепление мягких тканей полости рта, положение языка, мягкого неба, наличие рубцовых тяжей, состояние слизистой оболочки, тканей зубов и пародонта. После всестороннего анализа обследований ставили диагноз, определяли наличие зубочелюстных патологий и деформаций, а также функциональных нарушений. При исследовании использовали классификацию Л.П. Григорьевой. Статистическую обработку результатов проводили с применением t-критерия Стьюдента.

### Результаты исследования и их обсуждение

Распространенность и интенсивность морфологических и функциональных нарушений ЧЛО тесно связаны с видом, формой и сочетанием расщелин. При анализе данных анамнеза и клинического исследования особое внимание уделяли изменениям функций зубочелюстной системы. Определение состояния функций у детей с аномалиями ЧЛО показало следующее: нарушение функции дыхания диагностировано в I группе у 45,45 %, во II и III группах у 100 % обследованных, нарушение функции жевания в I группе у 27,27 %, во II и III группах у 100 % осмотренных, речи в I группе у 9,09 %, во II и III группах у 100 %, смыкания губ в I группе у 100 %, во II группе у 40 %, в III

Таблица 1

Нарушение функций ЗЧС

ГРУППЫ	ДЫХАНИЕ		ГЛОТАНИЕ		РЕЧЬ		ЖЕВАНИЕ	
		%		%		%		%
I ГРУППА (N = 11)	5	45,45	2	18,18	1	9,09	3	27,27
II ГРУППА (N = 10)	10	100	10	100	10	100	10	100
III ГРУППА (N = 8)	8	100	8	100	8	100	8	100

Таблица 2

Аномалии прикрепления мягких тканей

Аномалии	I ГРУППА (N = 11)		II ГРУППА (N = 10)		III ГРУППА (N = 8)	
		%		%		%
Мелкое предверие полости рта	8	72,73	4	40	8	100
Укорочение уздечки верхней губы	11	100	2	20	8	100
Укорочение уздечки языка	2	18,18	3	30	1	12,5
Формы, величины, прикрепления щечных тяжей	4	36,36	5	50	6	75

Таблица 3

Аномалии прикуса

Аномалии	I ГРУППА (N = 11)		II ГРУППА (N = 10)		III ГРУППА (N = 8)	
		%		%		%
Глубокий прикус	3	27,27	1	10	1	12,5
Открытый прикус	1	9,09	–	–	1	12,5
Мезиальный прикус	4	36,36	6	60	4	57,14
Дистальный прикус	2	18,18	1	10	–	–
Перекрестный прикус	3	27,27	9	90	7	87,5

Таблица 4

Аномалии отдельных зубов

Аномалии	I ГРУППА (N = 11)		II ГРУППА (N = 10)		III ГРУППА (N = 8)	
		%		%		%
Адентия	4	36,36	4	40	3	37,5
Сверхкомплектные зубы	1	9,09	2	20	3	37,5
Микроадентия	1	9,09	2	20	4	50
Ретенные зубы	-	-	1	10	2	25
Нарушение закладки зачатков зубов	2	18,18	4	40	5	62,5

группе у 100 % пациентов, парафункция языка наблюдалась у 25 % от всех обследованных. Проанализировав полученные данные, пришли к выводу, что у пациентов с аномалиями ЧЛО чаще всего встречается сочетание нарушения двух функций – дыхания и смыкания губ, которые в свою очередь приводят к нарушению миодинамического равновесия мышц ЧЛО.

Аномалии прикрепления мягких тканей также отмечалось у большинства обследуемых. В частности мелкое преддверие полости рта: в I группе у 72,73 %; во II группе у 40 %; в III группе у 100 %. Укорочение уздечки языка: в I группе у 18,18 %; во II группе у 30 %; в III группе у 12,5 %. Укорочение уздечки верхней губы: в I группе у 100 %; во II группе у 20 %; в III группе у 100 %. Аномалии формы, величины, прикрепления щечных тяжей в I группе у 36,36 %; во II группе у 50 %; в III группе у 75 %.

Клиническое исследование показало, что у большинства обследуемых выявлена патология прикуса. Мезиальный прикус наблюдался в I группе у 36,36 % детей, во II группе у 60 %, в III группе у 57,14 %. Дистальный прикус в I группе у 18,18 %, во II группе у 10 %, в III группе не выявлено. Глубокий прикус в I группе составил 27,27 %, во II группе у 10 %, в III группе у 12,5 %. Открытый прикус выявлен в I группе у 9,09 %, во II группе не выявлен, в III группе 12,5 %. Перекрестный прикус наблюдался в

I группе у 27,27 %, во II группе у 90 %, в III группе у 87,5 %. Сочетание в двух плоскостях выявлено у 64,29 % от всех обследованных.

Определение формы зубной дуги показало, что у 36,36 % пациентов I группы было выявлено нарушение формы верхней зубной дуги и 18,18 % нижней, во II группе соответственно 90 и 30 %. Наиболее выраженные отклонения были выявлены у пациентов в третьей группе 90,91 % нарушение формы верхней зубной дуги и 54,55 % нижней. При нарушении формы зубных дуг чаще всего наблюдались сужение верхней и трапециевидная форма нижней. Анализ биометрических методов исследования показал, что у пациентов в I группе обследованных было укорочение переднего участка верхнего зубного ряда от 3,6мм до 6,1мм, а во II и III группе есть сужение верхней челюсти на всем протяжении, наиболее выраженное в области временных моляров. Аномалии отдельных зубов были диагностированы в большинстве случаев во II и III группах и проявлялись чаще всего в адентии 46,43 % и нарушении закладки зубов 39,29 %.

**Выводы**

На основании проведенного исследования было установлено, что у пациентов с аномалиями ЧЛО формирование патологических нарушений и деформаций

напрямую зависит от вида, формы, типа и сочетания расщелин, а также сроков, метода и качества проведенной операции. Хочется обратить внимание на то, что во всех группах наблюдались патологические нарушения (морфологические и функциональные). У пациентов в III группе чаще всего встречаются наиболее тяжелые деформации ЧЛО и функциональные нарушения, в частности комбинация перекрестного прикуса с мезиальным в сочетании с аномалиями зубных рядов и отдельных зубов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ведущей деформацией у пациентов с расщелиной мягкого и

твердого неба, формирующейся в послеоперационный период у детей с ВРГН, является недоразвитие верхней челюсти и ее сужение в боковых отделах.

Данное исследование дает основание для проведения раннего ортодонтического лечения, которое должно быть направлено на нормализацию формы альвеолярного отростка верхней челюсти и миодинамического равновесия между наружными и внутренними мышцами челюстно-лицевой области, а так же улучшение условий проведения хейло- и уранопластики, что позволит создать предпосылки для правильного роста и развития верхней челюсти.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Харьков Л.В., Шоу В. Обзор состояния помощи детям с несращениями верхней губы и неба в европейских странах // Вестник стоматологии. – №3. – 2001. – С. 55–59.
2. Леонов А.Г. Семейно-психологические аспекты раннего оперативного вмешательства при врожденной челюстно-лицевой патологии / А.Г. Леонов, Л.Т. Баранская // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Сб. мат. конф. – М.: МГМСУ, 2002. – С. 148–149.
3. Макеев В.Ф. Ортопедичні методи лікування хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння / В.Ф. Макеев. – Львів, 2013. – 5. – 10 с.
4. Закитонов В.И. Изменение размеров зубной дуги верхней челюсти у детей с врожденной полной расщелиной верхней губы и неба после уранопластики: Автореф. дис. .... канд. мед. наук: 14.00.21. – Москва, 2001.
5. Асиятилов А.Х., Агалаев М.Н., Чудинов А.Н. К вопросу распространенности и этиологии врожденных расщелин лица // Актуальные вопросы: Сб. науч. трудов конференции, посвященной 15-летию кафедры стоматологического факультета института последипломного образования. – Махачкала, 2000. – С. 95–96.
6. Косырева Т.Ф. Оценка морфо-функционального состояния зубо-челюстно-лицевой системы и ортодонтические мероприятия в медицинской реабилитации детей и подростков с врожденной полной односторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Санкт-Петербург, 2000. – 26 с.
7. Стукалов М.В. Устранение недоразвития верхней челюсти у детей после хейло-уранопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / М.В. Стукалов. – М., 2001. – 20 с.
8. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтическое и ортопедическое лечение аномалий прикуса, обусловленных врожденным несращением в челюстно-лицевой области / Ф.Я. Хорошилкина, Г.Н. Гранчук, И.И. Постолаки. – Кишинев: Штиинца, 1989. – 144 с.
9. Adkins M.D., Nanda R.S., Currier G.F. Arch perimeter changes on rapid palatal expansion // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 1990. – Vol. 97. – P. 194–199.
10. Bacetti T., Franchi L., Cameron C.G., McNamara J.A. Treatment timing for rapid maxillary expansion // Angle Orthod. – 2001. – Vol. 71. – P. 343–350.
11. Haas A.J. Interview: Dr. Andrew J. Haas // Rev. Dent. Press. Orthod. Orthop. Facial. – 2001. – Vol. 6. – P. 1–10.

### Загальна характеристика порушень прикусу у дітей з вродженими аномаліями щелепно-лицьової області

*В.М. Халецька, І.В. Ковач.*

**Мета:** вивчити поширеність сформувалися патологічних порушень і деформацій в залежності від виду і поєднання ущелин у пацієнтів з вродженими аномаліями ЧЛО, в ранньому змінному прикусі, після хірургічного втручання.

**Пацієнти та методи.** У статті представлені результати проведеного дослідження 28 дітей з вродженими аномаліями ЧЛО в ранньому змінному прикусі, після хірургічного втручання. Досліджено поширеність сформувалися патологічних порушень і деформацій в залежності від виду і поєднання ущелин.

**Результати. Висновки.** На підставі проведеного дослідження було встановлено, що у пацієнтів з аномаліями ЧЛО формування патологічних порушень і деформацій безпосередньо залежить від виду, форми, типу і поєднання ущелин, а так само термінів, методу і якості проведеної операції. Провідною деформацією у пацієнтів з ущелиною м'якого і твердого піднебіння, що формується в післяопераційному періоді у дітей з ВРГН є недорозвинення верхньої щелепи і її звуження в бокових відділах.

**Ключові слова:** вроджені аномалії ЧЛО, ущелина (губи, альвеолярного відростка, м'якого і твердого піднебіння), порушення прикусу, зубощелепні аномалії і деформації.

### General characteristics of malocclusion in children with congenital anomalies of the maxillofacial region

*V. Khaletskaya, I. Kovacs.*

**Objective:** To study the prevalence formed pathological disorders and deformations depending on the kind and combination of the crevices in patients with congenital abnormalities Chloee, early mixed dentition after surgery.

**Patients and methods.** The article presents the results of the study, 28 children with congenital anomalies Chloee in early mixed dentition, after surgery. The propagation formed pathological disorders and deformations depending on the kind and combination of the crevices.

**Results. Conclusions.** Based on this study it was found that patients with abnormalities Chloee formation of pathological disorders and deformations depends on the type, shape, type and combination of the crevices, as well as timing, application method and the quality of the operation. Leading deformity in patients with cleft soft and hard palate, emerging in the postoperative period in children with VRGN is underdevelopment of the upper jaw and its restriction in the lateral parts.

**Keywords:** Chloee congenital anomalies, cleft (lip, alveolar bone, soft and hard palate), malocclusion, dentoalveolar anomalies and deformations.

*Халецькая Виктория Николаевна – ассистент кафедры детской стоматологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».*

*Адрес: 49086, г. Днепропетровск ул. Дарницкая, 21, кв.73. Тел.: (067) 986-01-14. E-mail: duz100@rambler.ru*

*Ковач Илона Васильевна – д-р мед. наук, проф.,*

*зав. кафедрой детской стоматологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».*

*Адрес: 49000, г. Днепропетровск, ул. Кожеляки, 7, кв. 13. Тел.: (050) 342-77-22, (097) 437-84-55. E-mail: kovach73@list.ru.*