

Смаглюк Любов Вікентіївна, Куліш Неля Володимирівна, Карасюнок Анна
Євгеніївна

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

orthodontic.umsa@gmail.com

АРХІТЕКТОНІКА ПІДНЕБІННО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСУ У ПАЦІЄНТІВ 10-12 РОКІВ З БУКАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ПЕРЕХРЕСНОГО ПРИКУСУ ДО ТА ПІСЛЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Вступ. Зубо-щелепні аномалії серед патології органів порожнини рота за розповсюдженістю займають друге місце після карієсу зубів. Появившись непомітно в ранньому дитячому віці, та посилюючись, з віком вони можуть призвести до значних морфологічних, функціональних та естетичних порушень, а в деяких випадках і до значної деформації обличчя, останній фактор сприяє стану фізичної неповноцінності та депресивно впливає на психіку людини. За даними літератури найчастіше перехресний прикус спостерігається в букальній формі. Він пов'язаний із одностороннім або двостороннім звуженням верхньої щелепи, або порушенням росту нижньої щелепи та її бокового зміщення.

При нормальних умовах та оптимальній позиції молярів та премолярів сили оклюзії будуть призводити до стимуляції розвитку піднебінного шва. У випадку перехресного букального прикусу, оклюзійні сили викликають компресію, небажане напруження в серединно-піднебінному шві, з можливою затримкою розвитку кісток в трансверзальному напрямку. Парні кістки верхньої щелепи поєднані швами з іншими кістками черепа. Ці шви є зонами підвищеного супротиву силам розширення та мають різні напрямлення. При цьому шви часто мають великі шовні поверхні (між виличним відростком верхньої щелепи та виличною дугою).

Лікування букального перехресного прикусу базується на корекції базису верхньої щелепи (при можливості) та зубо-альвеолярної дуги.

Останнє передбачає розширення серединно-піднебінного шва. Шви є реактивними структурами і у випадку з серединно-піднебінним швом необхідно пам'ятати, що ступінь його дозрівання є визначальним при виборі метода його розширення. В процесі ускладнення структури швів, площа їх поверхні змінюється і сила, яку необхідно прикласти для формування відповідної реакції, має збільшуватися. На пізніх стадіях розвитку складна структура шва потребує більших сил і є показанням до використання швидкого піднебінного розширення, що передбачає розрив його структур, а в деяких випадках у дорослих пацієнтів використання кортикотомії для розширення верхньої щелепи.

Ступінь та характер перебудови залежать від сили та часу дії застосованих апаратів, а головне від характеру деформації піднебіння та альвеолярних відростків.

У зв'язку з цим виникає потреба в подальшому вдосконаленні методів діагностики морфологічних порушень, які супроводжують дану патологію, та можливості їх усунення з точки зору вікового аспекту (механізмів росту та розвитку). Піднебіння активно росте в 7 років у фронтальній ділянці. В 10 років збільшуються його дистальні відділи. Найбільш інтенсивний ріст піднебіння відбувається в 10 років. За даними Ф. Я. Хорошилкіної завершення росту відбувається до 24 років.

Тому **метою** нашого дослідження стало вивчення архітекτονіки піднебінно-альвеолярного комплексу у дітей 10-12 років (період пізнього змінного прикусу) з букальною формою перехресного прикусу до та після лікування з використанням знімного ортодонтичного апарату.

Матеріали та методи дослідження: для вирішення поставлених в роботі завдань було вивчено архітектонику піднебіння та альвеолярних відростків верхньої щелепи 39 пацієнтів 10-12 років з букальним перехресним прикусом. При постановці діагнозу використана клініко-морфологічна класифікація перехресного прикусу І. І. Ужумецкене (1970)

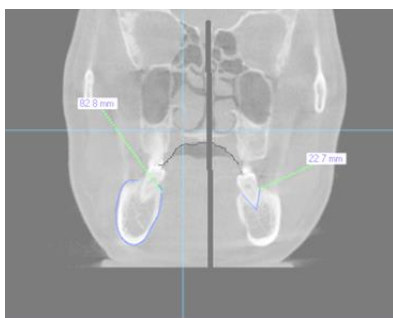
[4]. В роботі використані наступні скорочення: БПП – букальний перехресний прикус. Розподіл пацієнтів за формами букального прикусу наведені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Розподіл пацієнтів за віком та формою прикусу

Форма прикусу	10-12 років	
	дівчата	хлопці
БПП без зміщення нижньої щелепи	16	7
БПП поєднаний	13	3
Всього	29	10

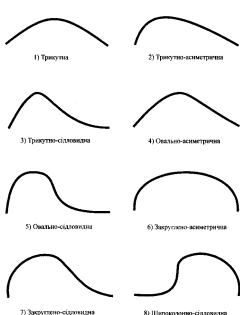
Для визначення змін розмірів та форми піднебіння і альвеолярних відростків при різних формах букального перехресного прикусу використовували комп'ютерну томографію в коронарній проекції. На фотографіях КТ (рис.1.) малювали склепіння піднебіння та контур



альвеолярного відростка, профіль поперечного перетину викреслювався між іклами та першими премолярами, першими та другими премолярами, другими премолярами та першими постійними молярами до та після лікування.

Рис. 1. Фото КТ пацієнта М. 11 років з нанесеним контуром склепіння піднебіння та альвеолярних відростків

Результати дослідження та їх обговорення. Всі пацієнти взяті на лікування користувалися знімним ортодонтчним апаратом на верхню щелепу з гвинтом та оклюзійними накладками до досягнення правильного співвідношення між боковими зубами у горизонтальній площині. У пацієнтів зі зміщенням нижньої щелепи в конструкцію додавали похилу площину.



Для визначення змін форми піднебіння і їх вплив на стан альвеолярних відростків при різних формах перехресного прикусу проведено вивчення конфігурації піднебіння. При

вивченні профілю поперечного перетину в різних ділянках піднебіння було визначення 8 його форм.

Рис. 2. Форми піднебінно-альвеолярного комплексу у пацієнтів з БПП.

Так у групі 10-12 річних дітей з БПП без зміщення нижньої щелепи в першому рівні вимірювань у 60% випадків спостерігається трикутна форма піднебіння. Після лікування в 42% випадків форма піднебінно-альвеолярного комплексу набуває закруглено-асиметричної. 30,4% складає трикутно-сідловидна форма – після лікування лише в 10% випадків досягається морфологічний оптимум. 9,3% становить закруглено-сідловидна форма яка під впливом лікування в 3% випадків трансформується в закруглено-асиметричну.

Тобто деформація піднебінно-альвеолярного комплексу у вигляді сідла достатньо складна для усунення у віці 10-12 років, незважаючи на період активного росту в зоні бокових зубів в цей віковий період.

В другому рівні вимірювань спостерігається значне збільшення частоти овально-сідловидної форми піднебіння до 73,9%. Закруглено-сідловидна форми становить 13%. 4% припадає на трикутну форму. 8,9% становить широкодонна – сідловидна форма. Закруглено-асиметрична форма, що характеризує більш рівномірний розвиток піднебіння взагалі не зустрічається. Після ортодонтичного лікування знімним ортодонтичним апаратом з гвинтом відбуваються наступні зміни: перша і четверта форми трансформуються в фізіологічну норму. При овально-сідловидній деформації лише у половини пацієнтів відновлюється нормальна форма піднебіння та альвеолярних відростків.

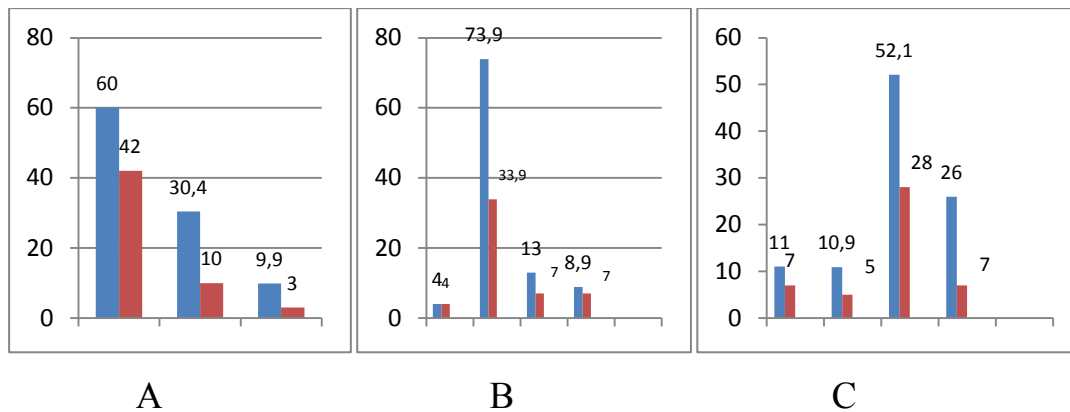


Рис. 3. Форми піднебінно-альвеолярного комплексу у пацієнтів 10-12 років з БПП без зміщення нижньої щелепи до та після лікування (А – перший рівень вимірювань; В – другий рівень вимірювань; С – третій рівень вимірювань).

У ділянці третього рівня вимірювань ситуація змінюється в бік збільшення закруглено-сідлоподібної форми – 52,1%. Значну частину – 26% становить широкодонно-сідлоподібна форма, яка виникає при правильному прорізуванні 16, 26 зубів. В рівній мірі визначено трикутну 11% та овально-сідлоподібну форму 10,9%. Під впливом ортодонтичного лікування закруглено-сідлоподібна форма трансформується в найбільш фізіологічну в 28% випадків. Широкодонно-сідлоподібна в 7%. Тобто ситуація аналогічна змінам в попередніх перерізах. Сідлоподібна форма деформації піднебінно-альвеолярного комплексу не усувається повністю шляхом використання знімного ортодонтичного апарату з гвинтом, що доводить необхідність усувати такого виду аномалію якомога раніше за віком.

Таким чином, на підставі отриманих даних можна констатувати, що у дітей з БПП без зміщення нижньої щелепи визначається складний і різноманітний ступінь деформації піднебіння та альвеолярних відростків. Особливо це проявляється в II та III вимірах. Незважаючи на активний ріст піднебіння в 10 років, відновити правильну його структуру в процесі ортодонтичного лікування не завжди вдається при сідлоподібній формі деформації, що спонукає нас до необхідного ортодонтичного лікування в

ранньому періоді змінного прикусу, а можливо навіть в період тимчасових зубів.

Висновки: міжвидова оцінка стану піднебінно-альвеолярного комплексу свідчить про те, що ступінь змін конфігурації піднебіння більший у дітей 10-12 років з БПП без зміщення нижньої щелепи. При поєднаній формі БПП часто спостерігається закруглено-асиметрична форма, що є проявом більш рівномірного розвитку. А при БПП без зміщення нижньої щелепи верхня щелепа зазнає значного тиску з боку зворотного перекриття і деформація стає більш вираженою.

Отримані дані є аргументом для рекомендацій починати ортодонтичне лікування в більш ранньому віці, коли зміни піднебінно-альвеолярного комплексу не набувають значної деформації у вигляді сідла.