

ЗУБОЩЕЛЕПНІ АНОМАЛІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Мельник А.О.¹, Кисельова Н.В.²

¹Кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

²Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

melnik.alona@gmail.com

Актуальність. У дітей з зубощелепними аномаліями однією з етіологічних причин їх виникнення є зміни структури та розмірів язика. Язик є потужним м'язовим органом, що суттєво впливає на розвиток щелеп та зубощелепного апарату в цілому. При різних захворюваннях, а саме, венозних та лімфатичних мальформаціях, вроджених незрощеннях губи та піднебіння, синдромах спостерігаються зміни в різних відділах язика. Вивчення етіопатогенетичних зв'язків зубощелепних аномалій у таких дітей буде сприяти вибору оптимального плану ортодонтичного та хірургічного лікування.

Мета. Вивчити вплив структурно-функціональних змін язика у дітей із вродженими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

Методи дослідження. Ретроспективний аналіз історій хвороб 96 дітей з патологією язика, обумовленою судинними мальформаціями та вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Антропометричні вимірювання діагностичних моделей щелеп 11 дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Основні результати. Встановлено, що у 92,4% дітей із судинними мальформаціями, які локалізувалися у ділянці язика та тканин дна порожнини рота спостерігалися зубощелепні аномалії. Вже на ранніх етапах лікування у пацієнтів (n=55) із венозними мальформаціями у 58,2% випадків спостерігали відкритий або перехресний прикуси, а у дітей із лімфатичними мальформаціями (n=41) у 34,2% випадків переважали поєднані зубощелепні аномалії. Анкілоглосія язика, як наслідок судинних мальформацій, сприяє формуванню дистального глибокого прикусу.

Антропометричні виміри сканованих моделей щелеп дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння показали наявність трансверсальних та сагітальних порушень прикусу у 72,7% випадків. При цьому у них язик був зміщений дозаду, а його тонус частіше підвищений, що сприяло формуванню мезіального прикусу.

Синдромальне захворювання П'єра Робена супроводжується не тільки збільшенням і зміщенням язика дозаду, а і зміною його тону та мікрогенією, що призводить до розвитку дистального глибокого прикусу.

Висновки. Патогенетичним ланцюгом формування зубощелепних аномалій у дітей з вродженою патологією тканин зубощелепної ділянки є зміни структурно-функціональних показників язика, його положення, тону. При судинних мальформаціях найчастіше спостерігається відкритий та перехресний, при вроджених незрощеннях верхньої губи та піднебіння – мезіальний, при синдромах – дистальний глибокий прикуси.