

DOI: 10.34921/amj.2023.3.010

S.Q.Quliyeva

UŞAQLARDA DİŞ SIRASININ II SİNİF SAGİTTAL ANOMALİYALARININ YARANMASININ ETİOLOJİ FAKTORLARI

Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq stomatologiya kafedrası, Bakı

Xülasə. Məqalədə uşaqlarda diş sırasının II sinif sagittal anomaliyalarının əmələ gəlməsinə səbəb olan etioloji faktorlar, erkən diaqnostika və klinikası haqqında məlumat verilir. Bu məqsədlə aparılmış tədqiqata 4-13 yaşlarında 60 uşaq cəlb edilmişdir. Pasientlərin klinik müayinəsindən əlavə antropometrik, rentgenoloji və fotometrik müayinə metodlarından istifadə edilmişdir. II sinif sagittal anomaliyalı 60 pasient yaş dövrünə görə 2 qrupa bölünmüşdür: I qrup – yaşı 4-dən 6-ya qədər olan 30 uşaq, II qrup – yaşı 6-dan 13-ə qədər olan 13 uşaq. Müayinədən keçmiş I qrup pasientlərdə uşaq xəstəliklərindən – raxit, süd dişlərinin erkən itirilməsi, kariyes, zərərli vərdişlər (barmaq və ya dodaq sorma), LOR-xəstəlikləri və s. aşkar edilib. Halbuki II qrup pasientlərdə dişlərin müxtəlif tip anomal yerləşməsi, parodont xəstəlikləri, diş sırasının anomaliyaları və s. aşkar edilib. Bütün bu göstəricilər müayinə olunan xəstələrin məlumat bazasında qeyd edilən II sinif sagittal anomaliyaların erkən formalaşmasını göstərir.

Odur ki, dizokklüziyanın səbəblərinin vaxtında aradan qaldırılması bu anomaliyanın profilaktikasına, müalicəsinə və davamlı nəticələrin əldə edilməsinə şərait yaradır.

Açar sözlər: II sinif sagittal anomaliyalar, etioloji faktor, klinika, diaqnostika

Ключевые слова: сагиттальная аномалия II класса, этиологический фактор, диагностика, клиника

Key words: sagittal anomaly, etiological factors, clinical study, diagnosis

С.К.Гулиева

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ II КЛАССА У ДЕТЕЙ

*Кафедра стоматологии детского возраста
Азербайджанского Медицинского Университета, Баку*

В статье представлена информация об этиологических факторах, приводящие к формированию сагиттальных аномалий II класса у детей. С этой целью были обследованы 60 детей в возрасте от 4 до 13 лет. Помимо клинического обследования пациентов проводили антропометрические, рентгенологические и фотометрические методы исследования. Все 60 пациентов с сагиттальными аномалиями II класса по возрастному периоду подразделены на 2 группы: I группа – 30 человек от 4 до 6 лет и II группа – 30 пациентов от 6 до 13 лет. Из обследованных детей I группы выявляли детские болезни (рахит), раннюю потерю молочных моляров, кариес, вредные привычки сосание пальцев, губы, заболевания ЛОР-органов и др. Тогда как во II группе выявили аномалии положения отдельных зубов, заболевание пародонта, аномалии зубных рядов (зубоальвеолярное удлинение в./бок.зубов) и др. Все эти показатели указывают на раннее формирование сагиттальных аномалий II класса, что показано в базе данных обследуемых пациентов. Следовательно, своевременное выявление и устранение причин дизокклюзии способствует профилактике данной аномалии прикуса, ее успешному лечению и достижению устойчивых результатов.

Согласно данным многочисленных исследований, сагиттальная аномалия II класса является одной из наиболее распространенных зубочелюстных аномалий. Сагит-

тальная аномалия II класса характеризуется многообразием клинических форм, трудностью лечения и частым рецидивом. Неустраненная вовремя, в периоде молочного

прикуса, эта патология переходит в стойкую зубочелюстную аномалию, которая позже сопровождается значительными эстетическими, морфологическими и функциональными нарушениями. Данная патология составляет от 18% до 26% среди других зубочелюстных аномалий. Причины возникновения и развития дизокклюзии полиэтиологичны. Как правило, при этой аномалии наблюдается недоразвитие нижней челюсти, причинами которого могут быть вредные привычки сосание пальцев, искусственное вскармливание младенца, сон с запрокинутой головой, прикусывание нижней губы, нарушение носового дыхания и глотания (нарушение функции зубочелюстной системы), генетические факторы, нарушения осанки, болезни раннего детского возраста (рахит), травмы и др. [1-4].

Для определения причин возникновения сагиттальных аномалий II класса необходим тщательный анализ каждого пациента [5].

Диагностика сагиттальных аномалий II класса и коррекция состояния здоровья пациентов с такой патологией остается актуальной проблемой современной ортодонтии [6-7].

Цель исследования – изучить этиологические факторы, приводящие к формированию сагиттальных аномалий II класса у детей, ранняя диагностика и клиника.

Материал и методы исследования. Комплексное обследование пациентов проводили на кафедре стоматологии детского возраста Азербайджанского Медицинского Университета.

Обследовано 60 пациентов с сагиттальными аномалиями II класса в возрасте от 4 до 13 лет. Клиническое обследование пациентов проводили по общепринятой схеме. Проводили также антропометрические исследования гипсовых моделей челюстей, рентгенологическое (ортопантомография и боковая телерентгенография) и фотометрическое исследование.

Все обследованные 60 пациентов с сагиттальными аномалиями II класса соответственно их данных диагностических анализов были разделены по возрасту на две группы: 1 группа – 30 человек – от 4 до 6 лет и 2 группа – 30 человек от 6 до 11 лет. Изучали гипсовые модели челюстей пациентов с сагиттальными аномалиями II класса. Рентгенологическое исследование включало изучение панорамных снимков (ортопантомограммы челюстей) и телерентгенограммы головы в боковой проекции, проводили

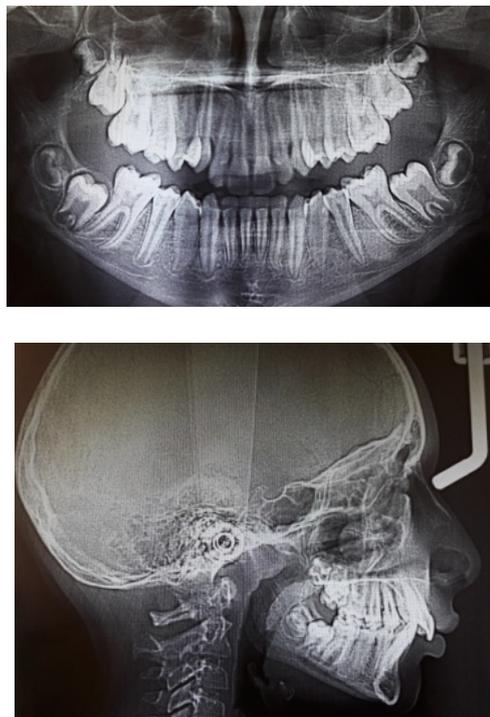


Рис. 1. Ортопантомограмма и телерентгенограмма 11-летней пациентки

также фотометрические методы исследования (рис. 1).

Результаты исследования и их обсуждение. Изучены и проанализированы этиологические факторы 60 пациентов с сагиттальными аномалиями II класса.

Сагиттальные аномалии II класса вызывают типичные эстетические нарушения. Это отражается на форме лица: лицо выпуклое, губы часто несомкнуты, подбородок скошен, при протрузии резцов верхней челюсти их коронки видны в состоянии покоя из-под верхней губы, иногда в области передних зубов верхней челюсти обнажается десневой край («десневая улыбка»), нарушена форма губ (утолщены, укорочены, вывернута розовая кайма губ), при глубоком резцовом перекрытии супраментальная борозда резко выражена, может наблюдаться синдром короткого лица – это когда нижняя часть лица укорочена.

Развитию сагиттальных аномалий II класса способствуют функциональные нарушения, возникающие в результате усиления напряжения щечных и подбородочных мышц. Это наблюдается при нарушении носового дыхания или искривления носовой перегородки в результате травмы. При таком ротовом дыхании губы не смыкаются,



Рис. 2. Фото полости рта пациентов, потерявших раннее молочные зубы



1

2

3

4

Рис. 3. Ортопантомограмма пациентов 1) с адентией 35,45 зубов, 2) сверхкомплектным зубом в области 11 и 21 зубов, 3) адентия 31зуба, 4) адентия 35 зуба

язык не прилегает к небу и опускается на дно полости рта. За счет напряжения щечных и жевательных мышц происходит сужение верхней челюсти, увеличение и углубление купола неба, уменьшение носовой полости. Всё это проявляется нарушением развития носо-верхнечелюстного комплекса, тогда как нижняя челюсть увеличивается в трансверсальном направлении и продвигается назад за счет изменения функции и положения языка.

Выявили, что у 15 пациентов наблюдали раннюю потерю молочных зубов из-за кариеса в возрасте 8-9 лет (рис. 2).

У 23 пациентов наблюдали вредные привычки – кусать нижнюю губу, грызть ногти, подкладывание руки под подбородок и др.

У 39 пациентов наблюдали нарушение носового дыхания (ЛОР – заболевания), у 15 пациентов выявили генетическую предрасположенность (наследственность) с другими этиологическими факторами (болезни раннего детского возраста, травмы, адентия вторых премоляров и резцов на нижней челюсти, сверхкомплектные зубы на верхней челюсти) (рис. 3).

Клинический пример: пац. **Ш.А.**, 9 лет. Сагиттальная аномалия II класса. Верхние резцы находятся в аномальном положении из-за нарушенного носового дыхания

и вредной привычки – кусать концы ручек. Аномалия усугублена еще и наследственностью (рис. 4).

Комплексное исследование пациентов с сагиттальными аномалиями II класса позволило уточнить этиологические факторы ее развития и определить частоту встречаемости каждого из них в процентах. Выявление и анализ этих причин облегчает выбор методов комплексного лечения и начало его периодов. Ниже приводим сведения о частоте встречаемости выявленных этиологических факторов при сагиттальных аномалиях II класса:



Рис. 4. Сагиттальная аномалия II класса у 9-летней пациентки, 11,12,21,22 зубы находятся в аномальном положении, верхняя челюсть сужена, углубление купола неба, зубная дуга имеет треугольную форму. Этиология – нарушение носового дыхания, вредная привычка (кусать концы ручек), патология усугублена еще и наследственностью.

Семейные аномалии:

Семейная дизоокклюзия – 25%

Аномалии уздечек языка, губ

Укороченная уздечка языка – 28,3%

Высокое прикрепление уздечки нижней губы – 13,3%

Низкое прикрепление уздечки верхней губы – 6,6%

Нарушения функций зубочелюстной системы

ЛОП – заболевания – 65%

Ротовое дыхание – 24%

Неправильное (инфантильное) глотание – 31,6%

Нарушение артикуляции языка с окружающими тканями и нарушения речи – 15%

Нарушение жевания (вялое, длительное и др.) – 13,3%

Вредные привычки и нарушения осанки

Вредные привычки сосания: пальцев, нижней губы, внутренней поверхности щек – 30%

Вредные привычки прикусывания карандашей, авторучек и других предметов – 38%

Вредные привычки неправильной позы – 20%

Нарушенная осанка – 15%

Плоскостопие – 3,3%

Инфекционные и хронические заболевания

Рахит – 25%

Инфекционные заболевания – 5%

Хронические заболевания – 11,6%

Аномалии зубов

Адентия отдельных зубов, чаще 35,45,32,42 – 10%

Сверхкомплектные зубы на верхней челюсти – 3,3%

Ретенция отдельных зубов, чаще 35,45 – 16,6%

Макродентия абсолютная – 8,3%

Макродентия индивидуальная – 3,3%

Нестершиеся бугры временных зубов чаще, 53,63,73,83 – 6,6%

Повышенная стертость коронок временных и постоянных зубов – 10%

Кариозное разрушение коронок зубов – 35%

Множественная гипоплазия зубов –

3,3%

Ранняя потеря отдельных зубов – 20%

Аномалии положения отдельных зубов и их групп 7 (7 разновидностей) – 40%

Заболевания тканей пародонта

Заболевания тканей пародонта – 18,3%

Аномалии зубных рядов

Удлиненный верхний зубной ряд – 20%

Укороченный нижний зубной ряд – 15%

Суженный верхний зубной ряд – 20%

Суженный нижний зубной ряд – 13,3%

Мезиальное смещение верхних боковых зубов – 10%

Расширенный верхний зубной ряд – 5%

Расширенный нижний зубной ряд – 5%

Зубоальвеолярное удлинение в области верхних передних зубов – 10%

Зубоальвеолярное удлинение в области нижних передних зубов – 15%

Зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов – 6,6%

Зубоальвеолярное укорочение в области нижних передних зубов – 11,6%

Зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов – 33,3%

Зубоальвеолярное укорочение в области верхних боковых зубов – 5%

Зубоальвеолярное удлинение в области нижних боковых зубов – 3,3%

Зубоальвеолярные укорочения в области нижних боковых зубов – 36,6%

Аномалии челюстей

Удлиненное тело верхней челюсти – 10%

Укороченное тело нижней челюсти – 30%

Укороченные ветви нижней челюсти – 26,6%

Уменьшенные углы нижней челюсти – 28,3%

Преобладание вертикального типа роста челюстей – 23,3%

Преобладание горизонтального типа роста челюстей – 38,3%

Антепозиция тела верхней челюсти – 20%

Ретропозиция тела нижней челюсти – 35%

Смещения нижней челюсти – 3,3%

Нарушения височно-нижнечелюстных суставов

Высокое расположение ВНЧС – 15%

Ретропозиция ВНЧС – 20%

Заболевания ВНЧС, анкилоз – 3,3%

Повреждения челюстей

Воспалительные, онкологические повреждения челюстей – 3,3%

Травматические повреждения челюстей – 5%

Операции в челюстно-лицевой области

Увеличенная аденоидная ткань на задней стенке глотки – 28,3%

Увеличенные небно-глочочные миндалины – 33,3%

Перенесенные операции в челюстно-лицевой области – 5%

Из обследованных детей I группы выявили детские болезни (рахит)-25%, ранняя потеря молочных моляров – 20%, кариес – 35%, вредные при-вычки сосание пальцев,

губы – 30%, заболевания ЛОР-органов – 65% и др. Тогда как во 2 группе выявили аномалии положения отдельных зубов – 40%, заболевание пародонта – 18,3%, аномалии зубных рядов (зубо-альвеолярное удлинение в./бок.зубов) – 33,3% и др. Все эти показатели указывают на раннее формирование сагиттальных аномалий II класса. Сведения этиологических факторов сагиттальных аномалий II класса о частоте встречаемости и ориентация на нее облегчает в практической работе их индивидуальное уточнение и выбор комплексных мероприятий, направленных на их устранение. Следовательно, своевременное выявление и устранение причин дизокклюзии способствует профилактике данной аномалии прикуса, её успешному лечению и достижению устойчивых результатов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Алиева Р.Г., Гараев З.И., Новрузов З.Н., Гулиева С.К. Влияние на стоматогнатическую систему модифицированного аппарата твинблок используемого при лечении дистального прикуса. “Казанский медицинский журнал” 2018, том 99, №3, с.426-432
2. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций. М.2015.
3. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Москва: МИА. 2010. 591с.
4. Candir M. Mode of correction is related to treatment timing in class II patients with the mandibular advancement locking unit (MALU) appliance /M.Candir, H.Kerosuo// Angle Ortho. – 2017, № 87, – p. 363-370.
5. Janson G., Aliaga-Del Castillo A., Niederberger A. Changes in apical base saqittal relationship in class II malocclusion treatment with and without premolar extractions:A systematic review and meta-analysis // Angle Ortho, 2017, №87(2), p. 338-355.
6. M.H.Jung Fixed-functional appliance treatment combined with growth hormone therapy // Am.J.Orthod. Dentofacial Orthop.-2017,№ 152(3),-p. 402-413.
7. Shroff B. Malocclusion as a Cause for Temporomandibular Disorders and Orthodontics as a Treatment //Oral Maxillofac. Surg.Clin.North Am.-2018, Vol.30, №3, p. 299-302.

S.G.Guliyeva

ETIOLOGICAL FACTORS ARE LEADING TO THE FORMATION OF SAGITTAL ANOMALIES IN SCHOOLCHILDREN STUDIED 2nd CLASS

Department of Pediatric Dentistry, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Summary. The article provides information about the etiological factors, leading to the formation of secondary sagittal anomalies in children. For this purpose, 60 children aged 4 to 13 were examined. Apart from clinical surveys patients carried out anthropometric, radiological and photometric research methods. All 60 patients with sagittal anomalies were divided into 2 groups according to the age: first group of 30 patient from 4 to 6 years old and second group of 30 patients from 6 to 13 years old. From the examined children of the first group were detected childhood diseases (rickets), early loss of primary molars, caries, bad habits of sucking fingers, lips, diseases of the upper respiratory tract, etc. Whereas in the second group anomalies in the position of separately teeth, periodontal disease, anomalies of the dentition were revealed. All these indicators indicate the early formation of secondary sagittal anomalies, which is shown in the base of

examined patients.

Therefore, timely identification and elimination of the causes of disocclusion contributes to the prevention of this malocclusion, its successful treatment and the achievement of sustainable results.

Автор для корреспонденции:

Гулиева Саида Кавказ кызы, доцент кафедры детской стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета, Баку

E-mail: guliyeva.saida@bk.ru

Müəlliflə əlaqə üçün:

Quliyeva Səidə Qafqaz qızı, tibb elmləri namizədi, Uşaq stomatologiya kafedrasının dosenti, Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

E-mail: guliyeva.saida@bk.ru