

АНАЛИЗ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ 12-15 ЛЕТ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ И НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ

*Дусмухамедов М.З., Сапарбаев М.Қ., Икрамов Ш.Ш.,
Худойберганова Н.*

*Ташкентский государственный стоматологический
институт, Узбекистан*

Актуальность темы исследования. Зубочелюстная система состоит из множества структур, взаимоотношение которых служит основой природного баланса тела и обеспечивает выполнение таких жизненно важных функций, как дыхание, жевание, глотание, речь, поддержание постурального баланса, при участии в этих процессах всех мышц челюстно-лицевой области, структур височно-нижнечелюстного сустава, а также первого шейного позвонка, шейного, грудного и крестцового отделов позвоночника. До настоящего времени актуальной остается проблема диагностики и лечения зубочелюстных аномалий, сопровождающихся дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, распространенность которых достигает 27,5% –70% (Баданин В.В., 2000; Сёмкин В.А., Рабухина Н.А., 2000; Джанахара С., 2002; Трезубов В.Н. и соавт., 2005; Персин Л.С. и соавт., 2006; Хватова В.А., Краева Ю.Н., 2006; Kinzinger G. et al., 2006; Долгаев А.А., 2007; Ломакина В.М., 2010; Тессо S. et al., 2010, 2011; Bourzgui F. et al, 2010; Okeson J.P., 2013). Чаще всего функциональные нарушения височно-нижнечелюстного проявляются в виде следующих симптомов: щелчков в области сустава, ограничением подвижности, болезненностью, нарушениями различных движений нижней челюсти и ее девиацией (Bumann A., Lotzmann U., 2002; Deodato F. et al., 2003; Пономарев А.В., 2004; Бугровецкая О.Г. и соавт., 2006;

Набиев Н.В. и соавт., 2007, 2009; Арсенина О.И. и соавт., 2009; Климова Т.В. и соавт., 2010, 2012; Ozkan N.C., Ozkan F., 2011; Гелетин П.Н., 2016; Сорокина Н.Д. и соавт., 2016). Доказано, что у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов частота встречаемости и степень выраженности нарушений в системе постурального баланса достоверно выше (Ben-Bassat Y. et al., 2006; Tesso S., Festa F., 2007; Amat P., 2009; Рублева И.А., 2010; Польша Л.В. и соавт., 2012; Weber P. et al., 2012; Червоток А.Е., 2015; Ягублу И.А., 2016). Нарушение постурального баланса может быть следствием аномального расположения нижней челюсти. Деформации позвоночника и изменения осанки могут являться причиной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. В то же самое время патология опорно-двигательного аппарата может явиться следствием морфологических и функциональных нарушений зубочелюстной системы, в том числе и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (Milani R. et al., 2000; Michelotti A. et al., 2011; Nik T.H., Aciyabar P.J., 2011; Карпова и соавт., 2012, 2013; Персин Л.С. и соавт., 2013). По данным отечественной и зарубежной литературы ортодонтическое лечение пациентов с сагиттальными аномалиями окклюзии бывает недостаточно успешным без нормализации осанки и искривлений позвоночника, и после его завершения существует большая вероятность рецидива аномалии окклюзии (Бирюкова О.П., 2005; Slavicek R., 2008; Токаревич И.В., Сакадынец А.О., 2010; Manfredini D. et al., 2012; Гиоева Ю. и соавт., 2014).

Цель исследования. Совершенствование диагностики морфофункциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава у пациентов 12-15 лет с дистальной окклюзией зубных рядов и патологиями осанки.

Методология и методы исследования.

1. Клиническое обследование пациентов.

2. Антропометрическое исследование моделей зубных рядов.
3. Рентгенологическое исследование (ортопантомография и телерентгенография головы в боковой проекции).
4. Магнитно-резонансная томография для выявления морфологических особенностей височно-нижнечелюстного сустава.
5. Компьютерная оптическая топография для определения нарушений осанки и деформаций позвоночника.
5. Функциональное исследование (кинезиография) для определения нарушений движений нижней челюсти.
6. Статистическая обработка полученных данных.

У пациентов 12-15 лет дистальная окклюзия зубных рядов в сочетании с нарушениями осанки сопровождается значительными морфологическими и функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава. При различных морфологических нарушениях височно-нижнечелюстного сустава у пациентов 12-15 лет с дистальной окклюзией зубных рядов и нарушениями осанки наблюдаются достоверные различия между параметрами движений нижней челюсти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. На базе ортодонтического отделения Клинического центра челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии на основании утвержденных критериев включения и невключения было отобрано 32 пациента 12-15 лет с дистальной окклюзией зубных рядов, обусловленной задним положением нижней челюсти, дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава и нарушениями осанки, и получены данные клинического обследования, антропометрического анализа, лучевых методов диагностики (ортопантомографии, телерентгенографии головы в боковой проекции, магнитно-резонансной томографии височно-нижнечелюстного сустава, компьютерной оптической топографии) и функционального исследования (кинезиографии). Основными жалобами пациентов явились неровные зубы и их неправильное положение (75%), неудовлетворительная эстетика лица (65,62%), неприятные ощущения в области височно-

нижнечелюстного (56,25%), а именно щелчок и боль при различных движениях нижней челюсти.

UPDATE IN HEMIFACIAL MACROSOMIA TREATMENT

Dae Hyun Lew, MD., PhD

Department of Plastic & Reconstructive Surgery

Severance Hospital, College of Medicine,

Yonsei University, Seoul, Korea

The hemifacial microsomia is a congenital anomaly caused by the growth retardation of unilateral face, which symptoms involve, mandible & maxillary bone and soft tissues including skin, muscle, subcutaneous tissue or facial nerve. And sometimes it involves cranium. The clinical symptoms and features appears to vary widely depending on its degrees^{1,2}. The craniofacial asymmetry may appear as chin deviation to affected side from growth retardation of mandibular ramus and deviation of occlusal plane, or anterior-posterior asymmetry from growth restriction of soft tissue and masseter muscles. The rudimentary cause of this facial asymmetry is hypoplasia and abnormal shaping of mandible due to the abnormal condyle head which has the growth center of mandible. Distraction osteogenesis technique has been introduced for its resolution.

Nowdays, It is generally accepted that the treatment of hemifacial macrosomia generally involves primary distraction in age 4-13 and jaw surgery or soft tissue touch after puberty. Exceptional early distraction before age 3 is required in severe dysmorphism or respiratory insufficiency. But the long term effect of the distraction of mandible ramus remains controversial. There are a lot of factors to be overcome including unsatisfactory result from distraction to the unwanted direction, relapse after traction or recurrent craniofacial asymmetry from growth or lack of soft tissue. For the better result, exact treatment planning, operation age and post op orthodontic treatment is equally