

УДК: 616.31-007-053.1:577:612.017.1-084

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗУБОВ И ПРЕСКУСА У ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ ЛИЦА.*Мухсинова Лола Анваровна**Бухарский государственный медицинский институт*

Аннотация. В статье анализируются перинатальные причины прорезывания зубов и проблем с питанием у детей с врожденными трещинами верхней губы и неба. Деформация лица у детей - это не только медицинская, но и социальная проблема во всем мире. К концу XX века частота рождений детей с этой патологией за последние двадцать лет увеличилась вдвое. Врожденные пороки ротоглотки были наиболее частыми внутриутробными дефектами перинатальной и ранней младенческой смертности.

Ключевые слова: дефекты лица, лабораторные исследования, дети, врожденные, патология, челюсть.

Прорезывание зубов – это физиологический этапный процесс, характеризующийся появлением у детей молочных, а затем постоянных зубов [1]. Прорезывание зубов служит косвенным показателем правильного развития ребенка.[8] Прорезывание зубов как физиологический акт не является болезненным явлением, не вызывает патологических состояний[2]. Это находится в прямой связи с общим самочувствием ребенка, своевременный рост зубов в определенной последовательности свидетельствует о нормальном развитии его организма [3].

По разным причинам может возникнуть ряд отклонений в строении зубов, их расположении и развитии [4,5]: отсутствие зачатка зуба, неправильное положение оси зуба (горизонтальное и наклонное), из-за которого он прорезывается за пределами зубного ряда или остается в толще челюстной кости, порок развития зубного ряда. сам зуб - размер, форма, положение, цвет, отсутствие эмалевого покрова.[7] Исследования установили, что неправильный прикус возникает из-за неравномерного роста челюстей из-за длительного сосания соска.

Прорезывание зубов и формирование прикуса - это физиологический процесс, который является одним из важных показателей здоровья и физического развития ребенка.[6,9] Однако существует ряд факторов, которые неблагоприятно влияют на этот процесс и создают возможность для развития патологического процесса.[10] В связи с этим, несмотря на многочисленные работы отечественных и зарубежных исследователей по данной теме, разработка

методов ранней диагностики, прогноза течения и исхода патологии прорезывания зубов и формирования прикуса у детей остается актуальной и востребованной.

Цель исследования - изучить взаимосвязь перинатальных и постнатальных факторов риска у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба с прорезыванием зубов и образованием прикуса.

Материалы и методы исследования. При обследовании детей использовались следующие методы диагностики: оценка общего клинического статуса, лабораторные методы исследования, анализ местного статуса, исследование диагностических моделей челюсти, рентгенологическое исследование черепа, зубных рядов. Также исследовали функциональное состояние слуха и речи пациентов. Обследование началось с совместного осмотра ребенка педиатром и невропатологом при первичном посещении отделения детской челюстно-лицевой хирургии областной больницы или при консультировании в родильных домах с целью оценки соматического статуса, определения показаний и противопоказания к хирургическому лечению и тактика коррекции сопутствующей патологии. Особое внимание было уделено сбору акушерско-гинекологического анамнеза матери, семейного анамнеза, особенностям течения этой беременности и родов, а также заболеваниям, перенесенным ребенком. На частоту и особенности рождения малышей с развитием врожденных пороков влияет множество факторов, часто в различных сочетаниях. Частота развития внутриутробных аномалий в разных районах Бухары и области, различающихся экологическими характеристиками, может варьироваться в широких пределах. Наиболее часто среди различных патологий встречается врожденная расщелина губы и неба, а также множественные пороки развития. Мы проанализировали частоту рождения детей с расщелиной губы и неба в Бухарской области. Результаты проспективного изучения данных за 8 лет показали, что за этот период в Бухарской области было зарегистрировано рождение 250605 живых детей. Среди них выявлено 250 случаев рождения детей с ХРБН.

Данные структурных соотношений аномалий челюстно-лицевой области по полу не выявили достоверных различий между мальчиками и девочками: $46,1 \pm 4,19$ и $55,9 \pm 4,19\%$ соответственно.

При этом строение аномалий характеризуется тем, что расщелины губы чаще всего встречаются у мальчиков, а расщелины твердого и мягкого неба - у девочек. Значительную часть патологии, составили изолированные расщелины твердого и мягкого неба (скрытые, неполные, полные), $30,12\%$, полные односторонние расщелины верхней губы, альвеолярного гребня, твердого и мягкого неба - $29,02\%$, за которыми следуют изолированные расщелины мягкого неба - $16,01\%$.

При этом в структуре пороков развития лица и челюстей определенное место занимают изолированные расщелины верхней губы (скрытые, неполные, полные) - 15,02%, полные двусторонние расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердое и мягкое небо - 13,26%. Следует отметить, что в представленных аномалиях развития лицевого скелета часто встречаются тяжелые анатомо-функциональные нарушения органов и тканей ротоглотки (41,5%), требующие более длительного периода реабилитации.

Анатомо-функциональные нарушения при врожденных расщелинах верхней губы разнообразны и зависят от степени тяжести врожденного порока развития. При всех расщелинах верхней губы встречаются общие для всех типов анатомические нарушения, выраженные в большей или меньшей степени: расщепление тканей верхней губы; укорочение высоты губы при одностороннем и среднего фрагмента верхней губы при двустороннем; деформация кожно-хрящевой части носа. При скрытой расщелине верхней губы наблюдается выраженное недоразвитие мышечного слоя с сохранением целостности кожи и слизистой оболочки верхней губы. На стороне филтрума имеется вертикальная рубцовая полоса кожи в виде бороздки, под которой отсутствует круговая мышца рта. В спокойном состоянии дефект малозаметен и проявляется только во время улыбки, плача и т. Д., Когда по обе стороны борозды появляются мышечные гребни из-за сокращения круговой мышцы рта. Укорочение верхней губы при скрытой щели незначительно (1-2 мм), а деформация хрящевой части носа практически незаметна. При неполной расщелине верхней губы несращение тканей присутствует только в ее нижних частях, а у основания носа имеется правильно развитый участок или тонкая кожная перемычка, соединяющая обе части губы друг с другом. Практически всегда наблюдается деформация носа: крыло носа со стороны расщелины растянуто, уплощено, его основание смещено наружу и вниз, кончик носа смещен в сторону расщелины, носовая перегородка искривлена из-за его изгиба в здоровую сторону. При двусторонней расщелине верхней губы перегородка носа укорачивается, пролабий выступает вперед в виде хоботка, кончик носа уплощен, часто раздвоен, крылья носа растянуты и уплощены на обоих бока, ноздри широкие. , выраженные в той или иной степени в зависимости от степени выраженности дефекта: расщепление тканей неба; укорочение мягкого неба; расширение среднего отдела глотки. Без своевременного лечения по мере роста ребенка деформация верхней челюсти увеличивается.

У некоторых детей с врожденной расщелиной неба наблюдается врожденное недоразвитие всех отделов верхней челюсти (микрогнатия). Помимо деформации верхней челюсти, при волчьей пасти, выявляется врожденное недоразвитие мышц мягкого неба и средней части глотки. Мягкое небо короткое,

недоразвитые небные мышцы не прикреплены друг к другу по средней линии. При сокращении мышц неба поперечные размеры расщелины увеличиваются, что способствует расстройству речи и глотания.

Нередко у обследованных нами детей наблюдалась патология ЦНС (перинатальная энцефалопатия, синдром мышечной дистонии, гипертонически-гидроцефальный синдром, синдром вегетативной дисфункции), требующая наблюдения невропатолога и назначения корректирующей терапии. В течение первого года жизни у 62 детей выявлена задержка физического развития, недостаточный вес и недостаточный вес. В то же время этот показатель выше в группе пациентов с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба (30,2%) по сравнению с группой детей с врожденной изолированной расщелиной верхней губы (10,7%).

Результаты и обсуждение. Таким образом, анатомические нарушения вызывают изменение функций непосредственно пораженных и ассоциированных органов, нарушается гармония развития нескольких областей, возникают так называемые комбинированные вторичные деформации.

Анализ частоты возникновения расщелины в зависимости от стороны поражения показал, что у большинства детей расщелина левосторонняя, а у 26,8% больных - правосторонняя.

В зависимости от степени анатомических нарушений у обследованных детей было 2 формы расщелины верхней губы и неба: у 20 (10,6%) - неполная расщелина губы, изолированная расщелина неба у 52 (27,8%) детей и у 83 (44,6%) - односторонняя полная через расщелину губы и неба, а у 31 (16,0%) ребенка была двусторонняя полная через расщелину губы и неба. У детей со скрытой расщелиной верхней губы наблюдалось расщепление мышечного слоя при сохранении сплошности кожи и слизистой оболочки.

А при неполном расщеплении ткани губы обследованных детей не срослись только в его нижних частях, а у основания носа имелся правильно развитый участок или узкая кожная перемычка, соединяющая обе части губы с друг с другом.

У детей с расщелиной верхней губы с первых дней жизни нарушалась сосательная функция из-за невозможности создать герметичность в полости рта. Дети со скрытой и неполной расщелиной верхней губы могли брать грудь матери, прижимая ткань груди к нормально развитому альвеолярному гребню верхней челюсти и неба, компенсируя неполноценность мышц губы, активно включая язык в сосание.

Однако при других формах расщелины питание ребенка с первых дней было искусственным.

А у детей с односторонней расщелиной губы и неба сосательная функция была нарушена в большей степени. Данные анамнеза показали, что все дети родились доношенными.

Выводы

1. Заболеваемость врожденными пороками развития в Бухарской области составляет 7,8%. В структуре врожденных пороков развития расщелина губы и неба регистрируется в 18,9% случаев.

2. Основными тератогенными факторами, способствующими развитию врожденных пороков развития челюстно-лицевой области плода у женщин, являются: экологически неблагоприятные факторы (25,8%), отягощенный инфекционный анамнез (22,04%), наследственная отягощенность (15,05%), средства с тератогенными эффектами (16,1%), действие комбинированных тератогенных факторов (21,0%).

Список использованной литературы

1. Қурбонова Н.И., Хамраева Д.Ш., Самадова Ш.И. The use adhesiweimplastir in the treatment of deep and sperfisial wounds of the skin// AJMIR. - 2019. – VoL 7 Issue 29. June. – Page.166-178.
2. Inoyatov A.Sh., Mukhsinova L.A. Peculiarities of the identification and early diagnostics of the pathology of cultivation of teeth and formation of the chest in children // Proceedings of the VI International Scientific and Practical Conference. International Trends in Science and Technology. Warsaw, Poland, 2018. September 30. Vol. 4. P. 3-6.
3. Mukhsinova L.A., Inoyatov A.Sh. Physiological and Pathological Aspects of Teeth Cutting and Formation of Bits in Children (Literature Review) // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020. 10 (9). P. 674-678.
4. Хамраева Д.Ш., Ахмедов Ф.М., Лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта тигазоном// "Теория и практика современной науки". - 2018. - № 4 (34). – С.722-725.
5. Абдуллаев Ш., Юсупова Д., Раимкулова Д. Значение сосудистого фактора в процессе заживления послеоперационных рубцов лица //in Library. – 2022. – Т. 22. – №. 4. – С. 125-127.
6. Абдуллаев Ш., Халилов А., Алимжанов Х. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы в хирургической стоматологии // Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1. – №. 2. – С. 80-85.
7. Yu, Abdullayev Sh, and N. Yu Muratova. "Application of osteoplastic compositions in mandibular endoprosthetics." *Conferencea* (2022): 263-264.
8. Муратова Н., Абдуллаев Ш. Применение остеопластических материалов на основе гидроксиапатита и коллагена при восстановлении дефектов челюстных костей // Stomatologiya. – 2020. – Т. 1. – №. 1 (78). – С. 69-74.

9. Muratova, N. Yu, I. I. Khasanov, and Sh Yusupov. "Application of ultrasonic cavitation in treatment of the purification of wounds of the maximum-face region." (2017).
10. Юсупова, Д., Халилов, А., Жураев, Б., & Мухамедова, Ш. (2021). Лечение и профилактика послеоперационных рубцов лица на современном этапе. *in Library*, 21(1), 48-53.
11. Юсупова Д., Абдуллаев Ш., Халилов А. Prevention of the formation of postoperative hypertrophic scars on the face //in Library. – 2020. – Т. 20. – №. 4. – С. 24-26.
12. Юсупова Д., Джураев Б., Абдурахмонов С. Changes of hemostatic bed parameters in the healing process postoperative facial scar //in Library. – 2021. – Т. 21. – №. 4. – С. 477-483.
13. Муратова Н. Ю., Хасанов И. И., Юсупов Ш. Ш. Застосування ультразвукової кавітації для лікування гнійних ран щелепно-лищевої ділянки.
14. Imomjonovich I. I., Amirkulovna A. G. Current immunological problems in kidney transplantation //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2021. – Т. 2. – №. 09. – С. 24-28.
15. Шокиров Ш. Т., Ганиев А. А., Зайнутдинов М. О. Остеопороз В Дентальной Имплантологии. Принципы лечения и профилактики (обзор) //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – №. 4. – С. 160-163.
16. Ganiev A. A., Abdullaev S. Y., Abdurahmonov S. Z. Combined treatment for early-stage skin cancer of the head and neck area //World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 3-6.
17. Ганиев А. А., Абдурахмонов С. З., Халматова М. А. Молекулярно-биологическая и иммунологическая диагностика у пациентов раком полости рта и ротоглотки //Integrative dentistry and maxillofacial surgery. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 53-61.
18. Абдуллаев, Ш., Халилов, А., Адылов, З., & Алимжанов, К. (2021). Лечение осложнений, возникающих при переломах нижней челюсти. *Медицина и инновации*, 1(4), 140-148.
19. Юсупова Д., Абдуллаев Ш., Халилов А. Текст научной работы на тему «Современное состояние проблемы профилактики и лечения рубцов на лице различной этиологии (список литературы)» //in Library. – 2021. – Т. 21. – №. 2. – С. 420-424.
20. Gafurov, Z. A., Abdullaev, S. Y., Yusupova, D. Z., & Nishanov, J. H. (2022). Classification, clinic and diagnosis of orbital fractures (LITERATURE REV). *Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal*, 2(03), 19-34.
21. Gafurov Z. A. Treatment of orbital wall fractures with regard to visual function //World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 13. – С. 192-198.
22. Khabibova N.N. Changes in biochemical and immunological indicators mixed saliva of patients with chronic recurrent aphthous stomatitis// European journal of pharmaceutical and medical research. –2018. – (5) 11. – P. 143-145.