

УДК616.716-001:616.315-007.254-071.3-073.75

ББК 56.6

**ФОРМА АЛЬВЕОЛЯРНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ
С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ТВЕРДОГО НЕБА В РАМКАХ
ФИЛО- И ОНТОГЕНЕЗА**

(клинико-рентгенологические сопоставления)

Байков Д.Э., Муфазалов Ф.Ф., Герасимова Л.П., Шайдуллина Х.М.

Анализ формы альвеолярного ряда у пациентов с врожденной расщелиной твердого неба и больных, не имеющих врожденного порока развития, проведен на основании антропологических признаков. Полученные данные позволяют предположить, что некоторые костные структуры стремятся принять архаичную, более привычную, форму строения при наличии врожденного дефекта.

Особенности развития костных структур черепа могут быть обусловлены множеством факторов [1, 2, 3, 5]. Наиболее распространенным является родовая травма, механизм которой был подробно изучен А.Ю. Ратнером и его школой [1, 4, 6, 7, 8]. Вместе с тем рядом авторов были отмечены случаи деформации структур челюстно-лицевой зоны и в частности перегородки носа, без явных указаний на имеющиеся в анамнезе травматические повреждения [9].

С целью уточнения понимания данного вопроса нами был проанализирован ряд наблюдений из собственной повседневной практики. Для этого была выделена группа больных детей и подростков в возрасте до 18-ти лет с наиболее часто встречаемой врожденной аномалией развития - расщелиной твердого неба, в количестве 32 пациентов.

Антропометрические наблюдения проводили

согласно параметрам, разработанным британским антропологом L. Clark (1950), где отдельно обращалось внимание на форму альвеолярного отростка верхней челюсти и наличие диастемы между зубами [2, 10]. Ниже, на рисунке 1, сравнительно показана форма верхней челюсти шимпанзе, австралопитека афаренсис и современного человека, при этом видно, что для шимпанзе характерно параллельное направление двух половин зубного ряда, формирующего как бы стороны прямоугольника. Напротив, челюсть человека всегда имеет округлые очертания, и этот признак проявляется уже на самых ранних этапах его эволюции. Вторым выделенным признаком, это наличие широкой диастемы отделяющей верхние резцы от клыков. Он обусловлен тем, что в сомкнутом состоянии в этом месте помещаются огромные, выступающие вверх нижние клыки. У современного человека клыки не выступают, поэтому надобность в диастеме отпадает.

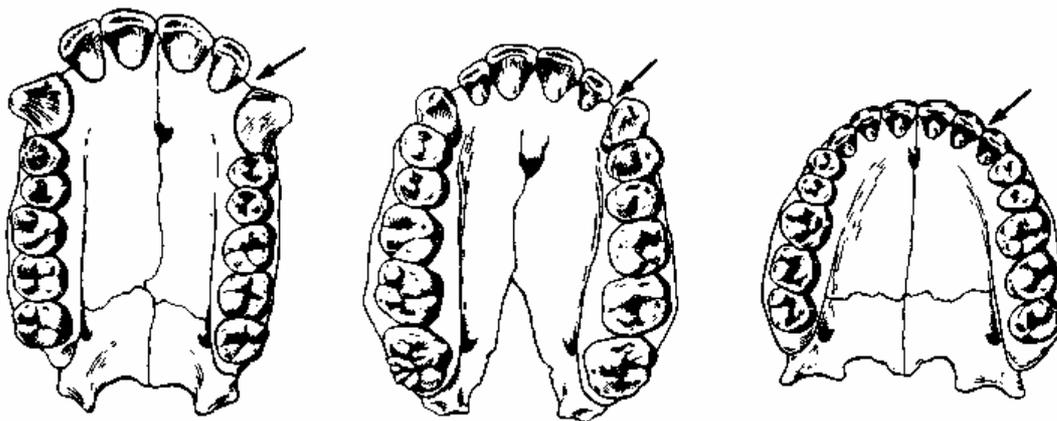


Рис. 1. Слева направо форма верхней челюсти шимпанзе, австралопитека афаренсис (*A. afarensis*) и современного человека по материалам М. Джохансон (1984), стрелкой показано место диастемы

Материалом для анализа пациентов послужили гипсовые модели верхней челюсти у больных с различной формой расщелины твердого неба.

В результате наличие широкой диастемы между зубами было выявлено во всех случаях с одно- и

двусторонней полной расщелиной неба, а также в 12,5% случаев у пациентов с неполной расщелиной неба. Количественно эти данные отражены в таблице 1.

Таблица 1.

Количественное распределение больных с диастемой между зубами в зависимости от возраста обследуемых больных и формы костного дефекта

Возраст больных	Неполная расщелина неба	Односторонняя полная расщелина неба	Двусторонняя полная расщелина неба	Всего
До 5-ти лет	2 (6,25%)	-	4 (12,50)	6 (18,75%)
До 10-ти лет	2 (6,25%)	4 (12,50%)	6 (18,75%)	12 (37,50%)
До 18-ти лет	-	6 (18,75%)	-	6 (16,75%)
Итого	4 (12,50%)	10 (31,25%)	10 (31,25%)	24 (75,00%)

Применительно к конфигурации верхней челюсти, прежде всего, была выделена группа боль-

ных с нормальной, подковообразной формой альвеолярного ряда (рис. 2).



А



Б

Рис. 2. Ортодонтические гипсовые модели больных с расщелиной неба и нормальной подковообразной формой альвеолярного ряда верхней челюсти; А – при 2-х ст. полной расщелине, Б – при неполной расщелине

Затем группа с параллельно прослеживаемыми половинками альвеолярного ряда. Такая форма была обозначена как архаичная, поскольку для чело-

века, в отличие от остальных приматов, не характерна и в норме не встречается (рис. 3).



А



Б

Рис. 3. Ортодонтические гипсовые модели (А и Б) больных с неполной расщелиной неба и архаичной формой альвеолярного ряда верхней челюсти

Кроме того, была определена и так называемая промежуточная форма, когда обе половинки верхней челюсти не имели четко выраженного закругления и не следовали параллельно друг другу, а расходились под углом (рис. 4).



А



Б

Рис. 4. Ортодонтические гипсовые модели больных с расщелиной неба и промежуточной формой альвеолярного ряда; А - при 2-х сторонней полной расщелиной, Б - при односторонней полной расщелине

Сопоставляя полученные данные, было установлено, что при врожденном пороке развития, таким как расщелина неба, наиболее часто (46,9%) встречается архаичная форма альвеолярного ряда, затем следует промежуточная форма (40,6%). Нормальная подковообразная форма альвеолярного ряда при этом пороке, по нашим данным, встречается только в 12,5% от всех случаев наблюдений.

В дальнейшем, для объективного сопоставления формы альвеолярного ряда у людей, не имеющих данного порока, была выделена контрольная группа в количестве 156 пациентов, обследованных методом компьютерной томографии. С целью исключения излишней лучевой нагрузки все отобранные больные были обследованы по поводу воспалительных заболеваний придаточных пазух носа и височных костей.

В результате было установлено, что архаичная форма альвеолярного отростка верхней челюсти у пациентов, не имеющих порока развития, не на-

блюдалась. Также не наблюдалась и промежуточная форма альвеолярного отростка. В 14,1% случаев была отмечена форма верхней челюсти, характеризующаяся отсутствием выраженного сужения альвеолярного ряда в его дистальных отделах, она была обозначена как не полная подковообразная форма. Вместе с тем, все, имеющие подобную форму верхней челюсти пациенты, были в возрасте до 10-ти лет. Это позволило предположить, что такая форма может быть обусловлена, прежде всего, сроками прорезывания зубов при формировании постоянного прикуса и не может рассматриваться как самостоятельная. В 1,3% случаев у пациентов в возрасте до 18-ти лет с односторонним выпрямлением дуги альвеолярного ряда изменения были обусловлены проявлениями основного заболевания - деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава. Наибольшее количество (84,6%) составили пациенты с обычной подковообразной формой верхней челюсти (рис. 5).

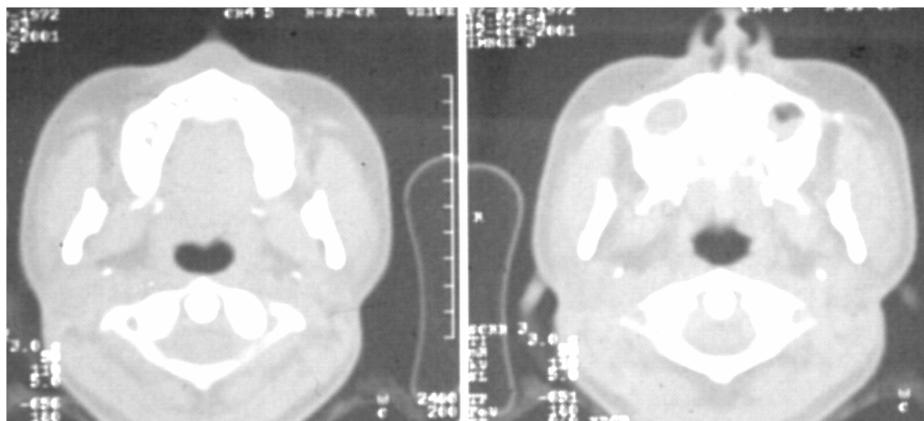


Рис. 5. КТ-изображение больного, обследованного по поводу 2-х стороннего риносинусита (гайморита). Представленный на изображении, альвеолярный ряд обычной, подковообразной формы

Таким образом, представленный материал свидетельствует о том, что при наличии врожденного порока челюстно-лицевой области дальнейшее ее развитие может сопровождаться формированием архаичного типа строения некоторых структур этой области, когда организм при генетическом сбое

пытается вернуться к более древним, «в каком-то смысле проверенным и более привычным» типам строения. В норме же такие анатомические варианты для вида не характерны и у генетически здоровых представителей в популяции не встречаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ратнер А.Ю. Нарушения мозгового кровообращения у детей / А.Ю. Ратнер. Изд-во Казанского университета, 1983. – 144 с.
2. Джохансон Д. Люси. Истоки рода человеческого /Д.Джохансон, М.Иди. - М.: Мир, 1984 – 295 с.
3. Дзержинский Ф.Я. Сравнительная анатомия позвоночных животных / Ф.Я. Дзержинский - М.: ЧеРо, Изд-во МГУ, 1998. - 208 с.
4. Байков Д.Э. Компьютерная томография в оценке анатомических вариантов строения костных структур основания черепа /Д.Э. Байков, Ф.Ф. Муфазалов, Л.П. Герасимова // Медицинская визуализация – 2006. - № 1 – С. 45 - 49
5. Жеденев В.Н. Сравнительная анатомия приматов (включая человека) / В.Н. Жеденев. – М.: Высшая школа, 1962 – 626 с.
6. Жулев Е.Н. Факторный анализ строения лицевого скелета и зубных рядов у пациентов со скученным положением зубов / Е.Н. Жулев, Табет Ясир Али Ахмед, А.В. Бухнин, Е.Ю. Николаева // Ортодонтия – 2005. - № 1 – С. 13 - 17
7. Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и формы тела человека. / Под ред. Д.Б. Бекова. – Киев: Здоровья, 1988.- 224 с.
8. Муфазалов Ф.Ф. Методы медицинской визуализации в диагностике артрозов височно-нижнечелюстных суставов / Ф.Ф. Муфазалов, Д.Э. Байков, Л.П. Герасимова. – Уфа: «Здравоохранение Башкортостана», 2004. – 100 с.
9. Янов Ю.К. Форма носовой перегородки у больных со сколиозом носа при выраженной асимметрии лица. / Ю.К. Янов, С.С. Оганесян // Российская ринология. – 2004, № 2 – С. 11-13.
10. Le Gros Clark W. E. Hominid characters of the Australopithecine Dentition / Journal of the Royal anthropological institute of Great Britain and Ireland – 1950, 80 – P. 37 – 54