

УДК 616. 716. 1 - 003. 92 - 007. 24 - 08. 838: [616. 31 – 77 + 616. 31 - 089] – 08 - 059: [616. 317. 1 + 616. 315] - 007. 254 - 089

**ОРТОДОНТИЧЕСКО-ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ВРОЖДЕННЫХ
РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

Яцкевич О. С., Зорич М. Е.

*ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
кафедра челюстно-лицевой хирургии;
Медицинский центр «Экомедсервис»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Полная врожденная расщелина губы и неба (ВРГН), односторонняя или двусторонняя – это всегда морфологический запрос на отставание в росте средней зоны лицевого отдела черепа, маркером которого является ретропозиция верхней челюсти. Последняя может быть обусловлена ее врожденной гипоплазией или же вторичным сдерживанием роста послеоперационными рубцами на твердом и мягком небе, губе. Дефицит верхнечелюстного роста прослеживается в трех измерениях и сопровождается укорочением верхней челюсти в сагиттальной плоскости, уменьшением размеров по вертикали и трансверзали. Параллельно возможно расширение верхней челюсти на ортодонтической аппаратуре (чаще несъемной) в трансверзальной плоскости.

Цель работа – оптимизация методов комплексной ортодонтико-хирургической реабилитации пациентов с врожденной расщелиной губы и неба с верхнечелюстной ретрузией.

Объекты и методы. Пациенты в возрасте 15-19 лет с диагнозом рубцовой деформации верхней челюсти, типичной деформации верхней губы.

Результаты. Согласно рассматриваемой методике протракции верхней челюсти на лицевой маске у пациентов было достигнуто полноценное резцовое перекрытие или смыкание резцов «в стык».

Заключение. Рассматриваемая методика протракции верхней челюсти на лицевой маске позволяет предупредить ишемизацию лоскута, обеспечивая сосудистую поддержку последнего в условиях наличия рубцовых тканей послеоперационных областей.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и неба; ретроположение верхней челюсти; методика протракции верхней челюсти.

ORTHODONTIC AND SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS, SUFFERED FROM CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE DEFORMITY

Yatskevich O. S., Zorich M. E.

*Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education;
Clinic "Ecomedservice", Minsk, Republic of Belarus*

Introduction. Congenital cleft lip and palate causes growth lag of mid-face and causes maxilla retroposition. Maxilla retroposition may be due to congenital hypoplasia or postoperation scars palatal deformity. Deficiency of maxillary growth can be traced in 3 dimensions and is accompanied by a shortening of the upper jaw in the sagittal plane, a decrease in vertical size and transversal. In parallel, it is possible to expand the upper jaw on orthodontic equipment (often fixed) in a transverse plane.

Aim to improve the methods of complex orthodontic and surgical rehabilitation of cleft lip and palate patients.

Objects and methods. The patients 15–19 years old, suffered from congenital cleft lip and palate and maxilla retroposition.

Results. Using consideration technique of maxillar protraction by Delaire face mask. the normal dento-alveolar ratio was reached.

Conclusion. The method of maxillar protraction by face mask allowed to avoid of lost bone segments blood supply in the presence of hard and soft palate postoperative scar tissue.

Keywords: congenital cleft lip and palate; maxillar retroposition; method of protractile upper jaw.

Введение. Полная врожденная расщелина губы и неба (ВРГН), односторонняя или двусторонняя – это всегда морфологический запрос на отставание в росте средней зоны лицевого отдела черепа, маркером которого является ретропозиция верхней челюсти. Последняя может быть обусловлена ее врожденной гипоплазией или же вторичным сдерживанием роста послеоперационными рубцами на твердом и мягком небе, губе. При этом на уровне зубо-альвеолярной зоны имеются девиации как в трансверсальной плоскости, так и вертикальной, проявляющиеся перекрестным и открытым прикусом в центральном и боковых отделах челюсти. Дефицит верхнечелюстного роста прослеживается в трех измерениях и сопровождается укорочением верхней челюсти в сагиттальной плоскости, уменьшением размеров по вертикали и трансверзали. В таких ситуациях коррекцию положения верхней челюсти рекомендуют начинать в возрасте до 9 лет на лицевой маске с применением ортопедических сил,

тем самым осуществляя воздействие как в вертикальной плоскости, так и в сагиттальной. Параллельно возможно расширение верхней челюсти на ортодонтической аппаратуре (чаще несъемной) в трансверзальной плоскости. Эффективность такой тактики в ортодонтическом лечении пациентов с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) подтверждается рядом разработок по применению ортопедических сил для протрузии верхней челюсти [1, 2].

Таким образом, несмотря на отработанный алгоритм реабилитационных мероприятий при врожденных расщелинах верхней губы, неба, альвеолярного отростка, сопровождающихся скелетными изменениями в положении верхней челюсти в лицевом отделе черепа, выбор тактики лечения пациентов с указанными особенностями развития требует индивидуального подхода при выполнении как ортодонтических, так и хирургических манипуляций.

Цель работа – оптимизация методов комплексной ортодонтической-хирургической реабилитации пациентов с врожденной расщелиной губы и неба с верхнечелюстной ретрузией.

Объекты и методы. Для коррекции гнатических отклонений положения верхней челюсти (ретрузия) у пациентов с ВРГН лечебные мероприятия проводили согласно разработанному алгоритму Европейского реабилитационного центра пациентов с врожденными пороками лица и челюстей (г. Берген, Норвегия): 1 – трансверзальное расширение верхней челюсти с применением винта Бидермана; 2 – операция костной пластики дефектов альвеолярного отростка (F. E. Abyholm et al., 1981; O. Bergland et al., 1986); 3 – операция остеотомии верхней челюсти по Ле Фор I с протракцией верхней челюсти [1, 2].

Клиническое наблюдение. Пациент И. В., 15 лет, состояние после хейло-уранопластики, ретропозиция верхней челюсти, сагиттальная щель – 15 мм. Трансверзальное сужение верхней челюсти III степени, наличие рото-носового соустья в зоне центрального отрезка альвеолярного отростка верхней челюсти.

1. Ортодонтическое лечение: трансверзальное расширение верхней челюсти с применением винта Бидермана. В результате проведенного расширения были получены окклюзионные контакты жевательной группы зубов, рото-носовое соустье увеличилось на 4 мм.

2. Хирургическое лечение: операция костной пластики дефектов альвеолярного отростка. Решение было принято исходя из необходимости протракции верхней челюсти единым блоком. Операцию костной пластики расщелин альвеолярного отростка планировали проводить в два этапа (первый этап – устранение расщелины справа,

второй этап – слева). Такая тактика была выбрана для предупреждения послеоперационной резорбции межчелюстной кости. Через 4-6 месяцев после операции было продолжено ортодонтическое лечение на несъемной ортодонтической технике (брекет-система) как предварительный этап протракции верхней челюсти.

3. Операция остеотомии верхней челюсти по Ле Фор I с протракцией верхней челюсти.

Учитывая размеры сагиттальной щели (15 мм), одномоментное перемещение челюсти на такое расстояние может привести к потере полноценной сосудистой поддержки в зоне дефекта, что может поставить под угрозу формирование полноценного костного регенерата (Н. И. Гордиевских, 1994), пришли к решению о необходимости поступательной протракции верхней челюсти на лицевой маске (модификация маски Delaire).

Первую активацию проводили на 6 сутки после операции остеотомии. Согласно данным Т. И. Долгановой (2006) полное первичное соединительнотканное сращение между костными фрагментами может возникать через 5-7 суток после остеотомии. Режим активации был избран согласно разработкам того же автора: «... при благоприятных условиях для формирования и роста distractionного регенерата, то есть при высокой активности репаративной реакции и полноценном кровоснабжении зоны повреждения, целесообразен суточный режим удлинения в 1 мм». Пациенту был рекомендован режим круглосуточного ношения аппарата.

В результате проводимого distractionного перемещения верхней челюсти получены следующие результаты: 1) за 7 месяцев сагиттальная щель была полностью нивелирована и достигнуто смыкание зубов центрального отрезка верхней и нижней челюстей «в стык»; 2) угол ANB увеличен на 14°.

Результаты. Согласно рассматриваемой методике протракции верхней челюсти на лицевой маске (расширение верхней челюсти – 8 человек; операция костной пластики дефектов альвеолярного отростка – 8 человек; остеотомия верхней челюсти по Ле Фор I – 10 человек) были пролечены 10 пациентов в возрасте 16-19 лет с диагнозом двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, состояние после хейло-уранопластики, ретропозиции верхней челюсти (сагиттальная щель от 13 мм – до 17 мм), трансверзальное сужение верхней челюсти II-III степени. Активацию тяги на лицевой маске проводили согласно выше предложенной схеме. Протракцию верхней челюсти осуществляли в течение 7-9 месяцев, в результате чего у 4 пациентов было достигнуто

полноценное резцовое перекрытие, у б – смыкание резцов «в стык». Показатели угла ANB увеличились в пределах $10 \pm 4,3^\circ$.

Заключение. Рассматриваемая методика протракции верхней челюсти на лицевой маске у пациентов с ВРГН в условиях значительного сагиттального несоответствия положения челюстей (ретрузия верхней челюсти) позволяет предупредить ишемизацию лоскута, обеспечивая сосудистую поддержку последнего в условиях наличия рубцовых тканей послеоперационных областей. Данный метод является методом выбора при нивелировке гнатических форм сагиттальных несоответствий положений челюстей в лицевом отделе черепа.

Литература.

1. Abyholm, F. E. Secondary bone grafting of alveolar clefts: a surgical/orthodontic treatment enabling a non-prosthetic rehabilitation in cleft lip and palate patients / F. E. Abyholm, O. Bergland, G. Semb // Scand. J. Reconstr. Surg. – 1981. – Vol. 15. – P. 127.

2. Delaire, J. Ziele und ergebnisse extraoraler zuge in postero-anteriorer richtung in anwendung einer orthopedischen maske bei der behandlung von fallen der klasse III / J. Delaire // Fortschr. Kieferorthop. – 1976. – Vol. 37. – P. 247–262.