

# РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ МИКРОГНАТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Маланчук В.А., Скворцова И.Г.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,  
г. Киев, Украина*

**Введение.** При анализе методов хирургического лечения микрогнатии нижней челюсти (МНЧ) выявлено разнообразие способов реконструктивных операций на нижней челюсти (НЧ) и подходов к их планированию, каждый из которых имеет как приоритеты, так и недостатки и не может полностью исключить осложнения или рецидивы.

**Цель работы** - повышение эффективности лечения пациентов с МНЧ путём усовершенствования местных костно-пластических операций с использованием метода плоскостной остеотомии и постулатов П. Тессье, особенностью которой является создание костных противоупоров-зацепов на внешней кортикальной пластинке задней трети тела нижней челюсти и сохранение места прикрепления мышц. Метод обеспечивает стойкий позитивный результат при устранении односторонней МНЧ при микрогнатии и (или) микрободии в пределах 11-29% (10-30мм).

**Объекты и методы.** Материалом исследования стал анализ 29 архивных историй болезней пациентов с МНЧ в возрасте 14-42 года и результатов обследования и лечения 27 лиц с МНЧ в возрасте от 14 до 32 лет.

**Результаты.** При анализе данных ортопантограмм пациентов архивной группы и группы обследования установлено

уменьшение размеров тела и ветви нижней челюсти: 1) преимущественно микрободия – у 21,4% пациентов; 2) преимущественно микроракия – у 32,1%; 3) микрободия в сочетании с микроракией – у 46,5%. Недоразвитие половины нижней челюсти в сравнении с противоположной стороной и нормой выявлено в пределах 6-60% (от 5 мм до 56 мм).

Среди обеих групп 7,1% пациентов имели укорочение нижней челюсти 6-10% (от 5 мм до 10 мм). Эти пациенты были отнесены к I степени недоразвития нижней челюсти и не требовали костно-реконструктивных операций. Укорочение нижней челюсти в пределах 11-29% (10-30 мм) определено у 60,7% лиц, которые были отнесены к II степени. При укорочении нижней челюсти более 30% (20–56 мм), что выявлено у 32,2%, пациенты требовали комбинированных хирургических вмешательств и были отнесены к III степени. Соответственно трём степеням установлены соматические показатели соответствия роста и весовых параметров возрасту. Средние росто-весовые показатели соответствовали I степени недоразвития нижней челюсти, ниже средних или дисгармоничные – II-й, низкие или дисгармоничные – III-й, что нашло отражение в разработанной систематизации клинических симптомов МНЧ, которая была использована в работе для выбора целенаправленного лечения.

По данным ортопантограмм 27 пациентов группы обследования укорочение половины нижней челюсти выявлено в пределах 6-38% (5–42 мм). Из их числа у 19 лиц укорочение нижней челюсти установлено в пределах 11-29% (16–30 мм) и соответствовало II степени её недоразвития. Эти пациенты составили основную группу исследования, которая оперировалась разработанным методом: плоскостная остеотомия угла нижней челюсти с созданием противоупоров на наружной кортикальной пластинке задней трети тела и сохранением места прикрепления жевательных мышц. Метод выполняется внутриротовым доступом, не требует межчелюстной фиксации.

Восстановление нормальных параметров электроодонтометрии зубов нижней челюсти у 78,9% пациентов происходит через 3 месяца после операции предложенным методом, что подтверждает целостность нижнего альвеолярного нерва.

По данным ортопантограмм установлено, что в результате хирургического лечения у лиц основной группы укорочение ветви компенсировано на 96,12%, тела – на 98,04%. Рентгеноцефалометрическое обследование обосновало патогенетический подход к лечению, направленному на увеличение

недоразвитой половины нижней челюсти. Данные боковых телерентгенограмм доказывают, что у пациентов основной группы в результате хирургического лечения предложенным методом произошло восстановление длины ветви на 96,31%, тела - на 97,87% и подтверждают результаты ортопантомографических показателей.

По данным электромиографического исследования установлено, что биоэлектрическая активность жевательных мышц оперированной стороны увеличивается в сравнении с предоперационной, но через 1 год становится ниже нормы. Восстановление функции собственно жевательной мышцы произошло на 90,2%, височной – на 89,9%, в среднем – 90%.

Установленная корреляционная связь между длиной ветви, длиной тела нижней челюсти и показателем средней амплитуды биопотенциала собственно-жевательной мышцы свидетельствует о тенденции к нормализации функции жевательных мышц после удлинения недоразвитой челюсти.

**Заключение.** Предложенный метод хирургического лечения односторонней МНЧ позволяет на 97% компенсировать укорочение её половины, восстановить симметрию и эстетику лица пациента, обеспечивает стойкий позитивный результат, создаёт условия для восстановления функции жевательных мышц на 90%, сохраняет целостность нижнего альвеолярного нерва, улучшает его общее физическое и психо-эмоциональное состояние.