

**ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ
МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ**

**Козлова А.В., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С., Куракин К.А.,
Водахова А.А., Клипа И.А.**

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-
стоматологический университет»,
г. Москва, Россия*

Введение. Распространённость мезиальной окклюзии зубных рядов в Российской Федерации по данным различных авторов составляет от 1 до 30%. Эстетические, функциональные и морфологические нарушения челюстно-лицевой области, характерные для неё, вызывают значительное снижение качества жизни данной категории пациентов.

Вопросами планирования комплексного лечения пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии занималось большое число врачей-ортодонтов и челюстно-лицевых хирургов [1, 2, 3, 4].

В значительном количестве публикаций отмечены ограничения ортодонтического лечения пациентов с данной патологией. В частности, оно является безуспешным после окончания роста лицевого скелета, попытки компенсации приводят к рецидиву аномалии. Поэтому в данной ситуации лечение должно носить комплексный характер. Планирование комплексного лечения проводится при совместной работе челюстно-лицевого хирурга, врача-ортодонта, врача-ортопеда, отоларинголога, логопеда. Главными задачами ортогнатической хирургии являются коррекция скелетной деформации и окклюзии зубов, а также достижение лицевой гармонии [2]. Изолированные деформации одной челюсти встречаются крайне редко, поэтому, по мнению ряда авторов, предпочтительно проводить операции одновременно на обеих челюстях. Таким образом, двучелюстные операции позволяют достичь хорошего функционального и эстетического результата [1, 2, 3].

Цель исследования - усовершенствовать методику планирования хирургического лечения пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии.

Объекты и методы. За период с 2007 по 2012 год было проведено комплексное лечение 176 взрослых пациентов в возрасте от 17 до 55 лет с гнатической формой мезиальной окклюзии. Пациенты обследованы челюстно-лицевым хирургом совместно с врачом-ортодонтом и смежными специалистами. Обследование включало: осмотр лица и полости рта, антропометрическое обследование гипсовых моделей челюстей и лица, фотометрическое обследование. Были выполнены телерентгенограммы в боковой и прямой проекциях, ортопантограммы, проведены компьютерная томография черепа и магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстных суставов (по показаниям). План комплексного ортодонтико-хирургического лечения заключался в следующем: предоперационная ортодонтическая подготовка; хирургический этап лечения; послеоперационный ортодонтический этап с коррекцией окклюзионных взаимоотношений зубных рядов. Планирование хирургического этапа лечения проводили с использованием компьютерных программ Dolphin Imaging 11.0 и Surgicase 5.0. Во всех ситуациях проводилась хирургия моделей с последующим изготовлением позиционером. При планировании учитывались следующие показатели по результатам оценки ТРГ в боковой проекции (по G.W. Arnett, R.P. McLaughlin): 1) зубоальвеолярные и скелетные структуры; 2) толщина мягких тканей

(в области точек pogonion и menton, верхней и нижней губ); 3) высоты и длины лица (длины верхней и нижней губ, нижней трети лица и общей высоты лица, высота верхней и нижней челюстей); 4) положение структур лица по отношению к TVL (кожной точки края орбиты, кожных точек А', В' и pogonion, glabella, кончика носа, передней точки верхней и нижней губ, носогубного угла); 5) гармония лица (лицевой угол, взаимоотношение верхней и нижней губ (ULA-LLA), отношение основания носа к подбородку Sn-Pog', отношение мягких тканей нижнеглазничного края и лба к верхней и нижней челюстям). В последующем 17 пациентам проведена двусторонняя скользящая межкортикальная остеотомия нижней челюсти, остальным – остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I, двусторонняя скользящая межкортикальная остеотомия нижней челюсти. По показаниям также проводили остеотомию скуловых костей, септоринопластику, гениопластику, липосакцию подподбородочной и подчелюстных областей.

Результаты. В результате проведенного комплексного лечения взрослых пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии были достигнуты оптимальные функциональные и эстетические результаты, максимальные фиссурно-бугорковые контакты в полости рта, нормализован профиль лица. В результате исследования выявлено, что не всегда нормализация гармонии лица достигается планированием лечения только с учётом скелетных параметров.

Заключение. Достижение оптимальных эстетических результатов при комплексном лечении взрослых пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии возможно только при тесном сотрудничестве челюстно-лицевых хирургов, врачей-ортодонтотв и смежных специалистов на всех этапах лечения. Планирование хирургического лечения данной категории пациентов должно проводиться с учётом расовой принадлежности пациента и его ожиданий от лечения.

Литература.

1. Гунько В.И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей: автореф. дис. д-р мед. наук: 14.00.21 / В.И. Гунько. - М., 1986. - 36 с.
2. Дробышев, А.Ю. Основы ортогнатической хирургии / А.Ю. Дробышев, Г. Анастасов. - М.: «Печатный город», 2007. - 55 с.
3. Arnett, G.W. Facial and Dental Planning for Orthodontists and Oral Surgeons / G.W. Arnett, R.P. McLaughlin. - Edinburgh- London: Mosby; 2004. - 320 p.
4. Proffit, W.R. Contemporary orthodontics / W.R. Proffit, H.W. Fields, D.M. Sarver. - Forth Ed. Mosby, 2007. - 768 p.