

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСМОРФИЗМА ЧЕЛЮСТИ.СКЕЛЕТНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СУЖЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гричанюк Д.А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Аннотация. В результате сужения верхней челюсти возникают трансверзальные (поперечные) отклонения – аномалии по отношению к сагиттальной плоскости, идущей по срединному нёбному шву. Суженные челюсти и/или зубные ряды играют важную роль в патологии жевательного органа. На примере клинического случая разобраны особенности хирургической установка нёбного дистрактора. остеотомия верхней челюсти по Лефор I.

Ключевые слова: суженные челюсти, остеотомия верхней челюсти по Лефор I, установка нёбного дистрактора.

Введение. Аномалии окклюзии в трансверсальные плоскости являются одними из наиболее сложных в диагностике и лечении из-за большого разнообразия форм, этиологических факторов и клинических проявлений. Сужение челюстей, существуют не только самостоятельно, но и в сочетании с другими аномалиями, что увеличивает тяжесть патологии (Слабковская А.Б., 2008). Сужение зубных рядов может быть, как самостоятельной аномалией, так и симптомом макрогнатий, прогнатий, открытого, глубокого прикуса. Эта аномалия считается одной из самых тяжёлых, требующих длительного активного лечения и долгого ретенционного периода. Для лечения больных с сужение верхней челюсти используют несколько способов (хирургический, ортодонтический, комбинированный). На примере клинического случая разобраны особенности хирургической установка нёбного дистрактора. остеотомия верхней челюсти по Лефор I.

Цель исследования: Совершенствование методов диагностики и лечения пациентов с сужением верхней челюсти.

Материал и методы. В диагностике важную роль играет изучение диагностических моделей (индекс Пона, Герлаха, Тонна), анализ структуры и ширины нёбного шва (прямая или фасная ТРГ, рентгенография нёбного шва). При решении вопроса о необходимости и при выборе метода лечения следует учитывать внешний вид пациента, нарушение различных функций, вид прикуса.

Для дифференциальной диагностики со смещением нижней челюсти используется проба Ильиной-Макросян.

На предоперационном этапе проводится стандартное рентгенологическое обследование, включающее мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) черепа, ортопантографию (ОПТГ), телерентгенографию (ТРГ) в прямой и боковой проекциях.

По данным компьютерной томографии челюстей проводился расчет индексов пропорциональности лица и челюстей по А.Б. Слабковской путем измерения параметров ZF-ZF, Z-Z, J-J, NC-NC, Ag-Ag.

Выбор метода лечения зависит от степени выраженности аномалии и возраста пациента. В детском возрасте (до 12 лет) для расширения верхней челюсти используются только ортодонтические аппараты (Клипа И.А., 2009; С.Г. Provatidis, В. Georgiopoulos, А. Kotinas, J.P. McDonald., 2008). Сочетание хирургических и ортодонтических методов целесообразно в старшем возрасте. Цель лечение нормализация соотношения зубных рядов в трансверсальной плоскости.

Описываемый нами случай представляет клиническую ситуацию, потребовавшую действий к хирургическому лечению путем установка нёбного дистрактора. Остеотомия верхней челюсти по Лефор I.

Обратился пациент И. 20 год, по ортодонтический направление для консультации на кафедру челюстно-лицевой хирургии.

На момент обращения у пациентки диагностировали: дисморфизм челюстей. Скелетная деформация верхней челюсти, сужение верхней челюсти, скученность зубов.

На основании жалоб, истории заболевания, клинической картины. Было решено Установка нёбного дистрактора. Остеотомия верхней челюсти по ЛеФор I.

Под общим обезболиванием и инфильтрационный р-ром Новокаина 0,5%-10 мл произведено разрез слизистой на 1 см выше переходной складки от 11 до 16 зубов. Скелетирована передняя поверхность верхней челюсти. Костными пилами и с помощью долота произведена остеотомия верхней челюсти по линии ЛеФор I с остеотомией крыловидных отростков. Мобилизация верхней челюсти, гемостаз по ходу операции. Рана ушита ПГА.

Подобная операция проведена с противоположной стороны.

Произведены латеральные разрезы в проекции твёрдого нёба в пределах 2,5 см, поднадкостничная диссекция, скелетирование альвеолярного отростка с небной стороны с обеих сторон. Адаптирован, установлен и фиксирован микрошурупами нёбный дистракционный аппарат. Лоскуты уложены на место, фиксированы швами, гемостаз по ходу операции.

Результаты исследования. В детском возрасте (до 12 лет) для расширения верхней челюсти используются только ортодонтические аппараты потому что срединный небный шов с возрастом становится более плотным. В связи с этим объем возможного скелетного расширения и стабильность полученных результатов с возрастом уменьшаются. Так, согласно исследованиям, Chester S. Handelman, при лечении аппаратами с зубной фиксацией, скелетное расширение у подростков составляло в среднем 50% от общего.

Метод компрессионно-дистракционного остеосинтеза состоит в активации остогенеза путем кратковременного сдавливания (компрессии) двух свежих костных раневых поверхностей и последующего длительного поддерживания этого процесса на высоком уровне с помощью дозированного растяжения (дистракции) возникающей костной мозоли до образования регенерата необходимой величины.

По типу фиксации дистракционного аппарата на челюсти их можно разделить на две основные группы: аппараты с на костной фиксацией и аппараты с назубной фиксацией.

В соответствии с феноменом компрессионно-дистракционного остеосинтеза, режим активации любых дистракторов делится на 3 периода: Период компрессии (сжатия), период дистракции (расширения), период ретенции (стабилизации), период компрессии обычно длится 7 дней, он необходим для стимуляции количественного увеличения костных клеток. Далее следует этап расширения линии распила. Пациент, используя специальный ключ от дистрактора, поворачивает замок аппарата, стержни которого расходятся на заданную поворотом длину. Темп дистракции составляет в день по 0,5-1 мм в сутки (2 оборота ключом по 0,25 мм или 2 оборота по 0,5 мм).

Заключение. Скелетное расширение приводит к перемещению зубов путем увеличения пространства в области парасагиттальных распилов ВЧ; зубоальвеолярное расширение приводит к вестибулооральный наклон зуба.

Проведенный обзор литературных источников свидетельствует, что совершенных методов для устранения скелетного сужения верхней челюсти не существует. Оптимальным же вариантом можно считать методами нёбного дистрактора с на костной опорой, особенно при лечении взрослых пациентов. Применение таких аппаратов даст избежать таких нежелательных изменений в опорных зубах и поддерживающих их тканях, как резорбция корней, уменьшение щечной толщины кости, потеря маргинальной кости и рецессия десны.

Список литературы:

1. Николаев, А. В. Сравнение биомеханики хирургически ассоциированного расширения неба при использовании дистракционных аппаратов с назубным и на костным типами фиксации / А. В. Николаев, А. Р. Андреищев, С.И. Кутукова // Стоматология. – 2017. – Т. 96. – № 5. – С. 48–55.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**
**76-ая научно-практическая конференция студентов
и молодых ученых с международным участием,
посвященная 90-летию университета
25-26 апреля 2024 года**

Витебск, 2024