

М.Н. Саджади

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

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Д.А. Гричанюк

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

11-я городская клиническая больница, г. Минск

M.N. Sajadi

SURGICAL TREATMENT OF JAW DYSMORPHISM. SKELETAL DEFORMITY OF THE UPPER JAW, NARROWING OF THE UPPER JAW (CLINICAL CASE AS AN EXAMPLE)

Tutor: PhD, associate professor D.A. Grichanyuk

Department of Maxillofacial Surgery and Facial Plastic Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

11th City Clinical Hospital, Minsk

Резюме. 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 установки нёбного дистрактора. остеотомия верхней челюсти по Лефор I.

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

Resume. As a result of the narrowing of the upper jaw, transversal (transverse) deviations occur - anomalies in relation to the sagittal plane running along the median palatal suture. Narrowed jaws and/or dentition play an important role in the pathology of the masticatory organ. Using a clinical case as an example, the features of the surgical installation of a palatal distractor are analyzed. osteotomy of the upper jaw according to Lefort I.

Keywords: narrowed jaws, maxillary osteotomy according to Lefort I, installation of a palatal distractor.

Актуальность. 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 сужением верхней челюсти используют несколько способов (хирургический, ортодонтический, комбинированный). На примере клинического случая разобраны особенности хирургической установки нёбного дистрактора. остеотомия верхней челюсти по Лефор I.

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

Задачи:

1. Тактика и подход к лечению пациентов с сужением верхней челюсти.

Материалы 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, ортопантомографию (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; C.G. Provatidis, B. Georgiopoulos, A. Kotinas, J.P. McDonald., 2008). Сочетание хирургических и ортодонтических методов целесообразно в старшем возрасте. Цель лечения 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. Склетирована передняя поверхность верхней челюсти. Костными пилами и с помощью долота произведена остеотомия верхней челюсти по линии ЛеФор 1 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 и их обсуждение. 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).

Выводы: 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 дистрактор 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.

Литература

1. Ужумецкене, И. И. Методы исследования в ортодонтии / И.И.Ужумецкене – М.: Медицина, 1970. – 200 с.
2. Николаев А.В., Андреищев А.Р., Кутукова С.И. Сравнение биомеханики хирургически ассоциированного расширения неба при использовании дистракционных аппаратов с назубным и на костным типами фиксации // Стоматология. – 2017. – Т. 96. – № 5. – С. 48–55. [Nikolaev AV, Andreishchev AR, Kutukova SI. Comparative biomechanical study of surgically assisted rapid palatal expansion with tooth-borne and bone-borne expanders. Stomatologiya (Mosk). 2017;96(5):48-55. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/stomat201796548-55>.
3. Безруков В.М. Методика оперативного лечения верхней микрогнатии. // Стоматология. – 1976. – Т. 55. - №6. – С. 29-32.
4. Бурвиков Н.М., Илюхин С.Д. Аппарат для расширения зубных дуг. // Стоматология. – 1973. – Т. 52. – №5. – С. 92-93.