

УДК:

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



**Дусмухамедов Д.М.,¹
Chunui Lee²**

¹Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

²Dept. of OMFS, Yonsei Univ.

Wonju Severance Christian Hospital, South Korean

Несмотря на прогресс медицины, ортогнатическая патология остается одной из актуальных проблем современной стоматологии. Решение задач оказания помощи населению при данной патологии определяется и диктуется пациентами, которые на сегодняшний день желают иметь эстетичные зубы, красивую улыбку и пропорциональное, гармоничное, привлекательное лицо.

Искажение роста одной или обеих челюстей, асимметрия челюстей, несоответствие форм и положения челюстей неизбежно сопровождаются скелетной аномалией прикуса. Скелетные аномалии как верхней, так и нижней челюсти могут быть приобретенными и врожденными. К врожденным относится недоразвитие верхней или нижней челюсти, а также увеличение челюсти (обычно нижней). Приобретенные скелетные аномалии наблюдаются как следствие заболеваний (рахит, остеомиелит, анкилозы, неправильное срастание перелома, потеря зубов и др.) [1,2,3].

Ортогнатическое лечение состоит из трех основных этапов: ортодонтической подготовки, операции на одной или обеих челюстях. Ортогнатическая хирургия (греч. «orthos» — прямой, «gnathos» — челюсть) — это хирургическое вмешательство на телах челюстей, во время которого одна или обе челюсти перемещаются в новые положения, и соотношение и завершающий этап ортодонтического лечения (которое позволяет достичь ортогнатического прикуса). Ортогнатические операции проводятся с возраста 18 лет, когда останавливается рост челюстей. Выраженные аномалии можно устранять

и в возрасте 16 лет из-за психологических проблем, хотя ранее вмешательство может привести к рецидиву. Возрастных противопоказаний нет, кроме общих медицинских противопоказаний и частичной адентии, которую желательно устранить до операции.[2,3]

Материалы и методы исследования

В отделении детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского Государственного стоматологического института, в 2016 году были проведены 3 ортогнатические операции на нижней челюсти внутриворотным способом, которые осуществляются по принципу Obwegeser-Dal Pont.

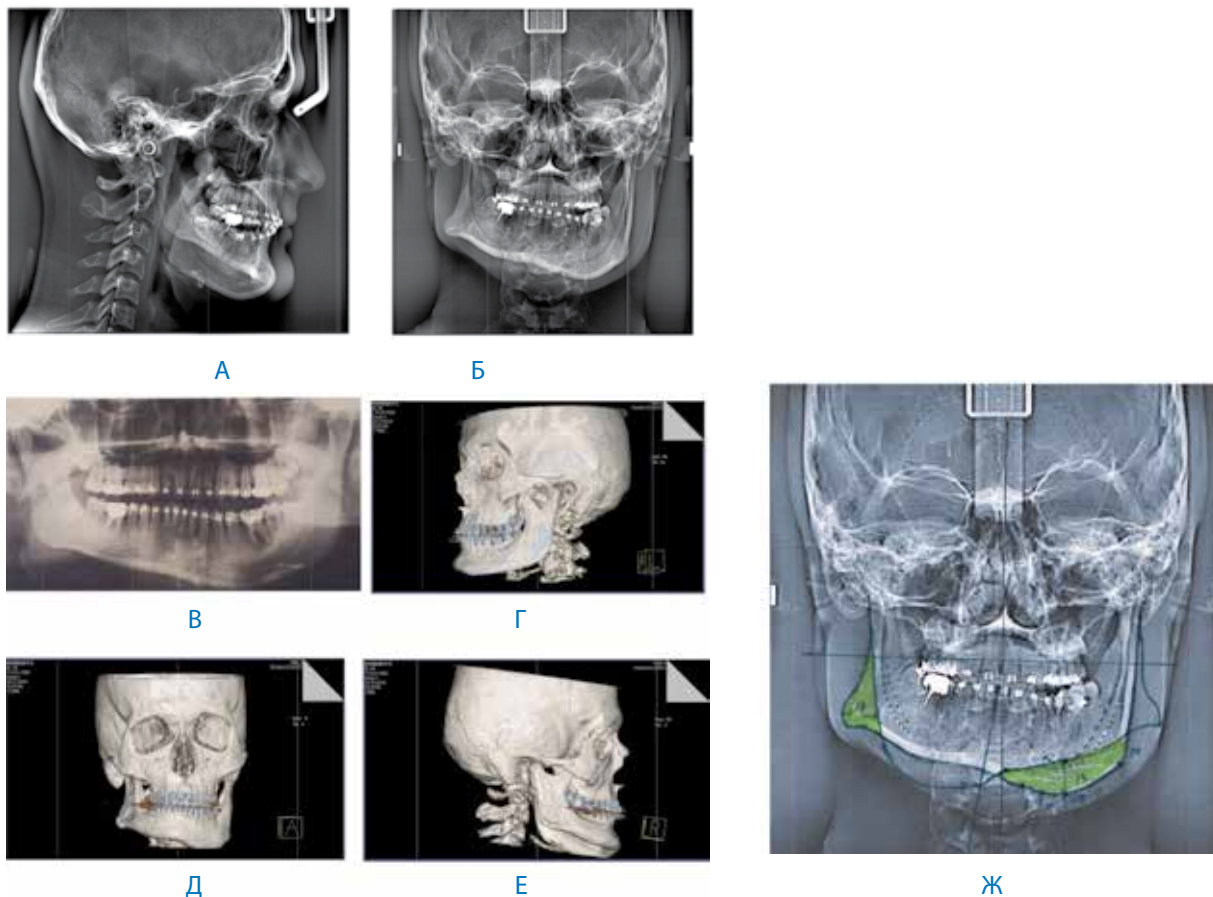


Рис.1 Линия сагиттальной ретромолярной остеотомии



Рис.2. Фотография больного.

Сущность метода заключается в следующем. Разрез проходит по слизистой оболочке и надкостнице вдоль



	Pt. value	Mean	S.D.		Pt. value	Mean	S.D.		Pt. value	Mean	S.D.
1.CRANIUM			3.MAX-MAN Relationship					6.DENTURE			
SN-FH (°)	8.1)	9	2.2	ANB (°)	2.5	2	1.8	IA (°)	144	130	9.3
Saddle A (°)	123	124	5.5	AB-FH (°)	86	83	-	UL-FH (°)	112.5	114	4.6
2.DIVERGENCY			APDI (°)	83.5	81	3.1	UI exposure (mm)	2	4	2	
Articular A (°)	140	142	6.1	AO-BO (°)	-3	-1(0)		MPA (°)	92	90	7
Gonial A (°)	113	130	5.4	4. MAXILLA			LI-A Pog (°)	19.5	25	4.9	
SUM (Sad.+Ar.+Go)	376	396	5.1	SNA (°)	83.5	82	3.1	LI-A Pog (mm)	4	4	3.8
PFH/AFH (%)	76	65	0	N perp.-pt. A(°)	2.5	1	2.9	7. SOFT TISSUE			
PP-FH (°)	-2.5	1	2.7	EMxL(Co-pt.A) (°)	89	92	6	Nasolabial A (°)	118	99	8
OP-FH (°)	8.5	9	4.1	Convexity (°)	-3	0	5.09	Z angle (°)	94	79	3
MP-FH (°)	12	27	5.3	5.MANDIBLE			E-line-LL (mm)	-10	-2	2	
Y-axis (°)	55	63	2.9	SNB (°)	81	80	2.7	Upper pharynx (mm)	15.5	17	4.3
LAFH (°)	64.5	71.6(67.2)	4.9(4.7)	N perp-Pog (mm) (°)	7.5	-2	5.6	Lower pharynx (mm)	10.5	13	4.3
OD1 (°)	81.5	72	5.8	EMnL (Co-Pog) (°)	120.5	120	6.8				
				Facial A (°)	93	88	2.5				

Ё

Рис.3. Дополнительные исследования больного: А) Телерентгенография головы боковой проекции; Б) Телерентгенография головы прямой проекции; В) Ортопантомограмма; Г) МСКТ ЧЛО слева; Д) МСКТ ЧЛО прямой; Е) МСКТ ЧЛО справа; Ё) Данные исследования телерентгенографии;Ж) Схема хирургического плана лечения



Рис.4. Доступ к челюсти



Рис.5. Фиксация костных отломков титановыми минипластинами

наружной косой линии, сохраняя сосудисто-нервный пучок и надкостницу с внутренней поверхности ветви нижней челюсти. Далее автор использовал опыт V.H. Kazanjian (1951), K.S. Chuchardt (1954) и H. Obwegeser (1955), проводивших остеотомию ветвей нижней челюсти в сагиттальной плоскости. Проводится распил кости в сагиттальном направлении, при этом плоскость распила находится книзу от наружной косой линии в губчатом веществе между компактными пластинками и достигает нижнего края угла нижней челюсти (рис. 1).

При этом методе жевательная мышца остается на малом фрагменте; несколько изменяется положение медиальной крыловидной мышцы и ее фасции. По внутрен-

ней поверхности ветви в горизонтальном направлении вплоть до ее заднего края, бором проводится остеотомия компактного слоя кости выше язычка у входа сосудисто-нервного пучка. На вестибулярном слое компактного вещества челюсти проводится остеотомия на уровне 2-го моляра вплоть до нижнего края челюсти. Расчленение компактных пластинок осуществляется при помощи долота, которым совершают вращающие движения. При нижней прогнатии после того, как завершен расщеп челюсти, и большой фрагмент установлен в состояние ортогнатического прикуса, излишняя часть его удаляется. Костные фрагменты фиксируются одним проволоочным швом в ретромолярной области. [3]

А



Б

Рис.6. А) Фотография и Б) МСКТ больного спустя 6 месяцев после операции

Клинический случай:

Больной Н., 1996 г.р., обратился с жалобами на изменения формы и эстетики лица, неправильное смыкание зубов, затруднение при жевании пищи. Из анамнеза больной в возрасте 4-5 лет перенес одонтогенный воспалительный процесс на нижней челюсти. В возрасте 6-7 лет родители начали замечать смещение нижней челюсти: ассиметрию лица и деформацию нижней челюсти (Рис.2).

В течении последних трех лет проводилось ортодонтическое лечение и в 2015 году, с целью вколочения альвеолярного отростка была проведена операция компактостеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Перед госпитализацией проведены антропометрические исследования по фотографиям лица, телерентгенографии, ортопантограмме, МСКТ челюстно-лицевой области, гипсовой модели.

В декабре 2016 года больной, после осмотра ортодонтом, челюстно-лицевым хирургом, анестезиологом, терапевтом был госпитализирован в отделении детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института для проведения ортогнатической хирургии. Выставлен следующий диагноз: «Энгл II класс. Перекрестный прикус. Асимметрия челюстно-лицевой области». Составлен план хирургического и дальнейшего ортодонтического лечения. План лечения и коррекция изменений лица по детально доведены до сведения пациента и его родных (Рис.3.)

Больному под тотальной внутривенной анестезией с управляемой искусственной вентиляцией легких, произведен разрез слизистой оболочки и надкостницы вдоль наружной кривой линии и по переходной складке с левой стороны, сохраняя сосудисто-нервный пучок и надкостницу с внутренней поверхности ветви нижней челюсти (рис.4). При этом жевательная мышца оставалась на малом фрагменте; несколько изменилась положение медиальной крыловидной мышцы и ее фасции.

Далее проведена остеотомия компактного слоя кости выше язычка, у входа сосудисто-нервного пучка по внутренней поверхности ветви в горизонтальном направлении до ее заднего края. На вестибулярном слое компактного вещества челюсти проведено остеотомия на уровне 2-го моляра вплоть до нижнего края челюсти. Расчленение компактных пластинок осуществлено при помощи долота. После расщепления челюсти, большой фрагмент установлен в состояние ортогнатического прикуса, удалена излишняя часть. Костные фрагменты зафиксировали титановыми минипластинами в области

кривой линии нижней челюсти. Контур тела отшлифован при помощи бора. С правой стороны произведен разрез по слизистой оболочке и надкостнице вдоль наружной кривой линии, оголив угол нижней челюсти, отшлифовано его выступающая часть. В области фронтальных зубов нижней челюсти по переходной складке произведен разрез. Далее Проведена пластика подбородка при помощи ортогнатического дрела и пилы. Подбородок был смещен вправо и к переду. В правильном положении костные отломки были зафиксированы при помощи минипластин (рис.5).

Раны дренированы активными дренажами и послыно ушиты. При помощи резиновых колец произведено иммобилизация челюстей. На 7 сутки сняты швы и больной выписан из стационара. С помощью эластических колец в течении 2-х месяцев удерживается нижняя челюсть в правильном положении.

Последний этап лечения – завершающее ортодонтическое лечение – начато через 6 месяцев после операции и проводится до настоящего времени (Рис.6.).

Ортодонтическое лечение заканчивается, когда достигается идеальная окклюзия, и пациент сам может сопоставить челюсти в правильном положении.

Таким образом, при устранении челюстно-лицевых деформаций внутриротовым доступом решаются проблемы окклюзии и жевания, и, вместе с этим, не нарушается эстетика и косметика лица.

Литература

1. Симонас Грибаускас, Дайнюс Разукевичус. ОРТОГНАТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ...// СУЧАСНА ОРТОДОНТИЯ, 2010, №03(25-34).
2. И.С. Варванович, П.А. Мельниченко, Е.А. Понуrowsкая. УСТРАНЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ДЕФОРМАЦИИ.// БЮЛЛЕТЕНЬ ВСНЦ СО РАМН, 2006, № 6 (52)
3. Jeffrey C. Posnick. PRINCIPLES AND PRACTICE OF ORTHOGNATHIC SURGERY.// Published by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

Приводится опыт хирургического лечения челюстно-лицевой деформации внутриротовым доступом. Предпочтение отдается ретромолярной остеотомии, в основе которой лежит, операция Dal Pont, крепление костных фрагментов осуществляется титановыми минипластинами. Лечение таких пациентов проводится совместно с врачом-ортодонтом.

The experience of surgical treatment of maxillofacial deformation with intraoral access is given. Preference is given to the retromolar osteotomy, which is based on the Dal Pont operation, the bone fragments are strengthened by titanium miniplates. Patient treatment is conducted in conjunction with an orthodontist.