

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ОШИБКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ



Абдукадыров А.А., Мухамедиева Ф.Ш., Абдукадыров Д.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

По данным многих авторов [3,10,12], хирургическое лечение верхней микрогнатии в 6,1-40% случаев сопровождается различными осложнениями, которые делятся на предоперационные ошибки, интраоперационные и послеоперационные осложнения. Меньше всего клиницисты уделяют внимание ошибкам подготовительного периода пациентов к операциям, которые могут отрицательно повлиять на результаты лечения.

Цель исследования

Анализ научной литературы, посвященной предоперационным ошибкам хирургического лечения верхней ретро-микрогнатии, а также оценка собственного клинического опыта.

Материал и методы

Проведен анализ доступной научной литературы, опубликованной в последние 30 лет, посвященной предоперационным ошибкам и связанным с ними различным осложнениям хирургического лечения пациентов с верхней микрогнатией. Приведены также итоги лечения 152 пациентов (99 женщин, 53 мужчины в возрасте от 17 до 58 лет), лечившихся в клинике челюстно-лицевой хирургии в последнее 30 лет с диагнозом верхняя микрогнатия в сочетании с нижней макрогнатией.

Результаты исследования

Анализ доступной литературы показал, что ошибки предоперационного подготовительного периода включают в себя отсутствие оценки мотивации обращения пациента и рационального ортодонтического лечения с междисциплинарным участием. Предоперационная оценка мотивации обращения пациента и работа психолога в команде позволяют адекватно воспринимать пациенту эстетические изменения лица и перенести процесс восстановления функции челюстно-лицевой области. Проведение ортодонтического лечения с санацией полости рта и дыхательных путей с участием орального хирурга, отоларинголога приводит к нормализации носового дыхания, исправлению зубных дуг челюстей и правильному росту лицевого скелета [7,9,11]. Наш опыт хирургического лечения 12 пациентов этой категории показал, что

такие позитивные изменения верхнечелюстного комплекса, наряду с уменьшением степени деформации верхней челюсти, приводят к уменьшению объема ортогнатической операции.

Предоперационные ошибки возникают также в результате неиспользования унифицированной терминологии и классификации деформаций челюстей и комплексных методов обследования [1,4]. Часто сочетание верхней микрогнатии с нижней макрогнатией диагностируется как нижняя макрогнатия, и остеотомия проводится только на одной нижней челюсти. Перемещение одной нижней челюсти кзади приводит к сужению полости рта, глотки и нарушению привычного нейромышечного баланса челюстно-лицевой области и рецидиву деформации [1,8].

Для подтверждения этого мнения приводим клинический пример.

Пациентка Н., 26 лет, обратилась в нашу клинику в 2006 году с жалобами на эстетические и функциональные недостатки лица, обусловленные выступанием подбородка вперед, несмыканием губ в покое и открытый прикус (рис. 1а). Из анамнеза четыре года назад пациентке была проведена остеотомия нижней челюсти по поводу диагноза прогения. Операция проведена без выяснения мотивации обращения и комплексного обследования и подготовки с участием смежных специалистов. После снятия шин ортодонтическое лечение не проводилось, произошло выдвижение нижней челюсти вперед и появление открытого прикуса. Мотивом обращения пациентки является исправление эстетического недостатка лица. Нарушение прикуса и пережевывания пищи является второстепенной проблемой. При комплексном обследовании челюстно-лицевой области у пациентки с сочетанной деформацией челюстей (верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия) выявлены открытый прикус, сужение верхней зубной дуги в области премоляров и дефект венечного и вывих правого суставного отростка (рис. 1а, 2а, 3а, б). На основании результатов комплексного обследования составлен план лечения с участием ортодон

та. На первом этапе проведена компактостеотомия оральным хирургом и ортодонтическое расширение верхней челюсти до конструктивного прикуса (рис. 2а). После создания конструктивного прикуса в течение года пациентке под эндотрахеальным наркозом проведена комбинированная остеотомия челюстей. На верхней челюсти – сегментарная остеотомия дистальных отделов с остэктомией и перемещением фрагментов вверх до 5 мм. На нижней челюсти – вертикальная остеотомия левой ветви и остеотомия в области правой ветви с реплантацией вывихнутого суставного отростка. В результате произошло улучшение эстетических параметров лица, прикус установлен по ортогнатическому типу (рис. 1б, 2б, 3в).

По нашему мнению, причиной такой неудачи явилось игнорирование мотивации обращения пациентки, отсутствие комплексного обследования, подготовки и планирования лечения с междисциплинарным участием, неиспользование международной классификации, что привело к диагности-

ческой ошибке и выбору неадекватного способа остеотомии.

До сегодняшнего дня при ортогнатическом лечении верхней микрогнатии нерешенной остается задача дооперационного прогнозирования эстетических изменений формы носа и выбор способа их коррекции. Для профилактики деформации наружного носа после перемещения верхнечелюстного комплекса кпереди предложены различные способы ринопластики; серпообразная резекция хряща перегородки, удаление передней носовой ости верхней челюсти, ринопластика с использованием ауто-аллотрансплантатов или имплантатов, пластика перегородки и фиксации крыльев швами, которые удерживают их в нужном положении. Использование предложенных способов не всегда приводит к оптимальным эстетическим и функциональным результатам, что говорит о том, что при выборе способа остеотомии верхней челюсти необходимо учитывать типовую принадлежность лица, форму и функции носа [2,5,13-16].

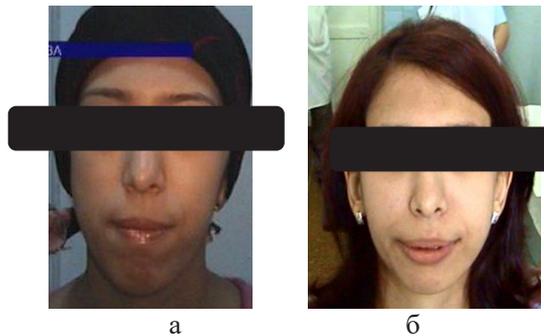


Рис. 1. Пациентка Н., 26 лет: фас до (а) и после (б) операции.



Рис. 2. Прикус пациентки Н., 26 лет: до (а) и после (б) расширения верхней челюсти и бимаксиллярной остеотомии.

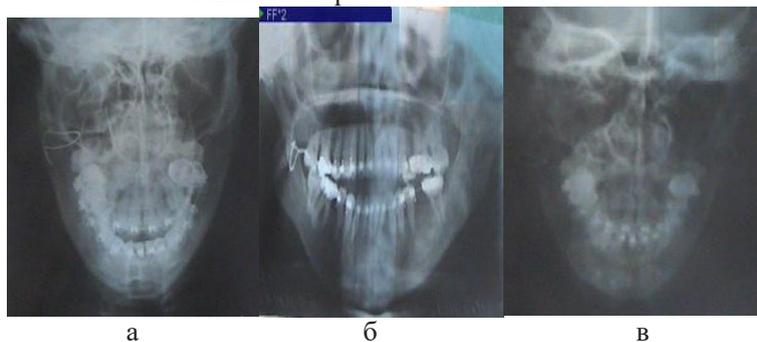


Рис. 3. Рентгенограммы пациентки Н., 26 лет: до и после операций (а, б, в).

Нами были обследованы 152 пациента с верхней микрогнатией и нижней макрогнатией и удлиненно-вогнутым типом лица. У 98 из них имела место узкая высокая форма носа, сужение костной полости, чрезмерное увеличение передней носовой ости, гиперплазия нижних носовых раковин, куполообразное вздутие дна и резкое затруднение носового дыхания. Предоперационное прогнозирование эстетического и функционального результата с использованием 3Д-технологии показало, что у этих пациентов проведение типичных вариантов остеотомий верхней челюсти с остэктомией и репозицией верхнечелюстного комплекса кпереди и кверху приводит к большему сужению полости носа. Кроме того, латеральные края грушевидного отверстия, гиперплазированная передняя носовая ость упираются в мягкие ткани носа, что приводит к расширению его крыльев и деформации кончика.

Для исправления недостатков предложенных способов остеотомий нами разработан новый способ остеотомии верхнечелюстного комплекса с расширением костной полости носа (А/С №1572557 1990;). Предложенный способ позволяет сохранить эстетику наружного носа, улучшить форму скуловых областей у пациентов с удлиненно-вогнутыми типами лица.

Для подтверждения сказанного приводим кли-

нический пример комплексного лечения пациента Т., 21 год.

Пациент обратился с жалобами на эстетический недостаток лица, нарушение прикуса и затрудненное носовое дыхание. После комплексного обследования установлен диагноз: Сочетанная деформация челюстей – верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия, удлиненно-вогнутая форма лица (4а, 5а, 6а). Со стороны ЛОР-органов – затруднение носового дыхания, сужение костной полости носа, гиперплазия нижних носовых раковин и увеличение передней носовой ости.

Для хирургического лечения предложенный способ остеотомии верхней челюсти планировали сочетать с обратной L-osteотомией ветвей нижней челюсти. В результате верхнюю челюсть перемещали кпереди и кверху на 6 и 8 мм, нижнюю челюсть – кзади на 6 мм. В результате проведенных операций достигнут приемлемый эстетический баланс лица и прикуса. Носовое дыхание восстановлено, достигнуто незначительное расширение крыльев носа (по 1,0 мм с обеих сторон), что было на 8% (ширина носа до операции 25 мм, после операции 27 мм) больше исходной величины ширины носа, что не нарушает его эстетику. Также отмечалось улучшение эстетических параметров параназальных и скуловых областей и нижней зоны лица (рис. 4 б, 5 б, в, 6б).



Рис. 4. Результат лечения пациента Т.: профиль до (а) и после (б) операций. Достигнуто улучшение эстетического профиля и формы носа.

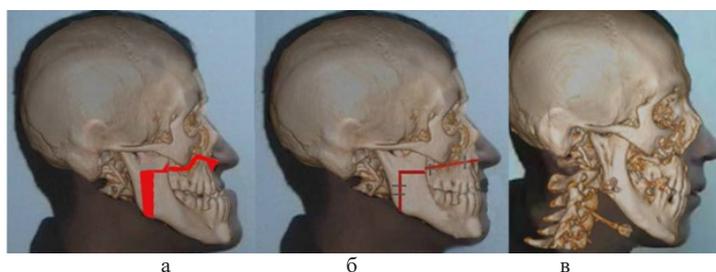


Рис. 5. Моделирование оптимального баланса лица и прикуса и результат лечения пациента Т.



Рис. 6. Прикус пациента до (а) и после (б) операции и протезирования.

Отдаленные результаты остеотомии верхней челюсти с расширением полости носа по разработанному способу прослежены в сроки от 6 месяцев до 27 лет. Во всех случаях отмечалась сохранность достигнутых эстетических и функциональных результатов средней зоны лица, в том числе носового дыхания, что подтверждает перспективность использования предложенного нами способа в стационарах клиницистами.

Таким образом, анализ доступной научной литературы и клинический опыт показали, что причинами предоперационных ошибок при ортогнатическом лечении верхней микрогнатии являются:

а) игнорирование мотивации пациентов при обращении и недостаточная разработанность предоперационной амбулаторной подготовки к ортогнатическим операциям с участием смежных специалистов;

б) не использование единой терминологии и классификации деформаций челюстей и отсутствие четких показаний к различным вариантам остеотомий верхней челюсти с учетом эстетических и морфофункциональных показателей средней зоны лица.

Литература

1. Абдукадыров А. Усовершенствование реконструктивных операций у взрослых больных с сочетанными деформациями челюстей: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2007. – 236 с.
2. Абдукадыров А., Мухамедиева Ф.Ш., Курбанов Ф.Р. Алгоритм амбулаторной подготовка взрослых пациентов к ортогнатическим операциям // *Stomatologiya*. – 2019. – №1-2. – С. 46-51.
3. Андрищев А.Р., Карпищенко С.А., Байндурашвили А.А., Шахназаров А.Э. Эндоскопическая оценка состояния полости носа после реконструктивных операций на верхней челюсти // *Рос. оториноларингол.* – 2009. – №2 (45). – С. 12-16.
4. Безруков В.М. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций лицевого скелета: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1981. – 329 с.
5. Гунько В.И., Занделов В.А., Предупреждение послеоперационных деформаций носа после костно-реконструктивных операций на верхней челюсти // *Стоматология*. – 2000. – №2. – С. 25-28.
6. Каламкарров Х.А., Рабухина Н.А., Безруков В.М. Деформации лицевого черепа. – М.: Медицина, 1981.
7. Махсудов С.Н. Ринофарингоген тиш-жағ аномалияларининг клиник, рентгенологик ва биометрик кўрсаткичлари, уларнинг комплекс ортодонтик даволаш: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тошкент, 2002. – 202 б.
8. Сукачев В.А., Гунько В.И., Абдукадыров А. Новый способ вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти // *Реконструктивно-восстановительные и новые методы лечения в клинике*. – М., 1989. – С. 138-139.
9. Хасанов С.А., Бабаханов Г.К., Махсудов С.Н. Интеграционная тактика специалистов при комплексном лечении детей с искривлением перегородки носа, сочетанном аномалиями развития верхней челюсти: Метод. рекомендация. – Ташкент, 2019. – 20 с.
10. Jędrzejewski M., Smektała T., Sporniak-Tutak K., Olszewski R. Preoperative, intraoperative, and postoperative complications in orthognathic surgery: a systematic review // *Clin. Oral Invest.* – 2015. – Vol. 19. – P. 969-977.
11. Kim J.H., Kim S.G., Oh J.S. Complications related to orthognathic surgery // *J. Korean Assoc. Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg.* – 2010. – Vol. 32. – P. 416-421.
12. Kim Y.-K. Complications associated with orthognathicsurgery // *J. Korean Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* – 2017. – Vol. 43, №1. – P. 3-1.
13. Monnazzi M.S., Mannarino F.S., Gabrielli M.F.R. Extraoral alar base cinch. A modification for the technique // *J. Oral Maxillofac. Surg. Med. Pathol.* – 2014. – Vol. 26. – P. 142-144.
14. Shams M.G., Motamedi M.H. A more effective alar cinch technique // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2002. – Vol. 60. – P. 712-715.
15. Shin Y.M., Lee S.T., Kwon T.G. Surgical correction of septal deviation after Le Fort I osteotomy // *Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg.* – 2016. – Vol. 38. – P. 21.
16. Yen C.Y., Kuo C.L., Liu I.H. et al. Modified alar base cinch suture fixation at the bilateral lower border of the piriform rim after a maxillary Le Fort I osteotomy // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2016. – Vol. 45. – P. 1459-1463.

Цель: анализ научной литературы, посвященной предоперационным ошибкам хирургического лечения верхней ретро-микрогнатии, а также оценка собственного клинического опыта. Материал и методы: проведен анализ доступной научной литературы, опубликованной в последние 30 лет, посвященной предоперационным ошибкам и связанным с ними различным осложнениям хирургического лечения пациентов с верхней микрогнатией. Приведены также итоги лечения 152 пациентов (99 женщин, 53 мужчины в возрасте от 17 до 58 лет), лечившихся в клинике челюстно-лицевой хирургии в последнее 30 лет с диагнозом верхняя микрогнатия в сочетании с нижней макрогнатией. Результаты: после остеотомии верхней челюсти с расширением полости носа по разработанному способу прослежены в сроки от 6 месяцев до 27 лет во всех случаях отмечалась сохранность достигнутых эстетических и функциональных результатов средней зоны лица, в том числе носового дыхания. Выводы: предложенный нами способ ортогнатического лечения верхней микрогнатии может с успехом применяться клини-

цистами. **Ключевые слова:** верхняя микрогнатия в сочетании с нижней макрогнатией, ортогнатическое лечение, средняя зона лица, эстетические и морфофункциональные показатели.

Purpose: To analyze the scientific literature on preoperative errors in the surgical treatment of upper retro-micrognathia, as well as to evaluate our own clinical experience. **Material and methods:** An analysis of the available scientific literature, published in the last 30 years, devoted to preoperative errors and associated various complications of surgical treatment of patients with upper micrognathia, was carried out. The results of the treatment of 152 patients (99 women, 53 men aged 17 to 58 years) treated in the clinic of maxillofacial surgery in the last 30 years with

a diagnosis of upper micrognathia in combination with lower macrognathia are also presented. **Results:** After osteotomy of the upper jaw with enlargement of the nasal cavity according to the developed method, they were traced from 6 months to 27 years in all cases, the preservation of the achieved aesthetic and functional results of the midface zone, including nasal breathing, was noted. **Conclusions:** The proposed method of orthognathic treatment of upper micrognathia can be successfully used by clinicians.

Key words: upper micrognathia in combination with lower macrognathia, orthognathic treatment, middle zone of the face, aesthetic and morphofunctional indicators.

УДК: 616.314-089.74] -071.3-036

ПЛАНИРОВАНИЕ И ПРОВЕДЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ



²Нуритдинов У., ¹Ризаева С.М., ¹Рахманова О.А., ¹Ризаева О.Н.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Клиника «NAFISNURDENT»

В последнее десятилетие частичная и полная вторичная адентия становится одной из самых распространенных патологий зубочелюстной системы не только у пожилых и старых пациентов, но и у лиц молодого возраста. В связи с олее высоким уровнем жизни сегодня протезирование частично-съёмными и съёмными протезами не всегда удовлетворяет наших пациентов. Именно с этой позиции более перспективным является протезирование с опорой на дентальные имплантаты.

Основная масса пациентов обращаются за ортопедической помощью не сразу после потери зубов, а в том случае, когда на мостовидные протезы не осталось достаточно опор или после долгого привыкания к частично-съёмным с плохой или неполной адаптацией. В данных клинических ситуациях мы сталкиваемся со значительной атрофией альвеолярных отростков, а также со сложными анатомо-топографическими условиями, что приводит к проблематичному планированию и реализации операции по установлению дентальных имплантатов [1,2,4].

Сравнительно недавно появились данные о немедленной имплантации, немедленной функциональной нагрузке имплантатов у пациентов с полной адентией. Немедленная имплантация – это совмещение двух этапов в один: экстракция зуба и установление имплантатов. Данная методика предусматривает профилактику резорбции альве-

олярной кости. В данном случае большая вероятность расположения имплантатов в максимально близком к положению удаленного зуба и направлении, наиболее физиологичное для восприятия жевательной нагрузки на костную ткань [3,5].

Немедленная имплантация помогает стоматологам обойти негативное психологическое состояние после удаления зубов, особенно тогда, когда они последние в полости рта. Ещё один положительный момент: пациент имеет возможность фактически сразу начать пользоваться зубными конструкциями, а не через какой-то промежуток времени после удаления зубов и классической установки имплантатов. Благодаря этому уменьшается количество посещений стоматолога и снижаются финансовые затраты на лечение.

Нередко после атрофии альвеолярного отростка положение для установки имплантатов становится очень проблематичным из-за тонкого альвеолярного гребня или близко расположенных анатомических образований, а именно нижнего альвеолярного нерва. Нарушение функции нерва может возникнуть при непосредственной перфорации канала и травме во время формирования имплантационного ложа, а также из-за компрессии нерва послеоперационным отеком или дентальным имплантатом. Эти осложнения проявляются в виде отсутствия или продолжительного изменения чувствительности тканей в зоне иннервации, развития