

М.С. Варванович, П.А. Мельниченко, Е.А. Понуровская

УСТРАНЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ДЕФОРМАЦИИ

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

В данной статье приводится опыт устранения одного из самых распространенных видов челюстно-лицевой деформации — прогнатии нижней челюсти. Из оперативных методик, применяемых для устранения данной патологии, авторы отдают предпочтение Овальной плоскостной ретромолярной остеотомии, в основе которой лежит операция Dal Pont в модификации Сукачева и Гунько. Крепление костных фрагментов производят титановыми минипластинами. Операция по показаниям дополняется коррекцией подбородочного отгела. Уделяется большое внимание послеоперационному периоду. Подчеркивается необходимость лечения таких пациентов совместно с врачом-ортодонтом. Все это позволяет добиться хорошего эстетического результата и устранить функциональные нарушения.

Ключевые слова: челюстно-лицевая деформация

REMOVAL OF MAXILLOFACIAL DEFORMITY

M.S. Varvanovich, P.A. Melnichenko, E.A. Ponurovskaia

Chita State Medical Academy, Chita

The experience of removal of the most prevalence maxillofacial deformity — mandibular prognathism is produced in this article. According to authors, plane oval retromandibular osteotomy based on Dal Pont operation in Sukachiov and Gunko modification, is one of the most preferable method in surgical treatment of this pathology. Bone fragments are fixed by titanic plates. The operation may be completed by mental correction. Much attention is given to postoperative period. It's necessary to treat all these patients together with orthodontist. That allows to achieve good aesthetic and functional results.

Key words: maxillofacial deformity

Челюстно-лицевые деформации у пациентов, обращающихся в специализированные клиники, встречаются от 0,85 до 41,1 % случаев [3 — 5, 7], среди них деформация челюстных костей занимает от 51,3 до 67,2 % [3 — 5], что приводит не только к патологии прикуса, но и в зависимости от степени выраженности, ухудшает внешний вид человека. Патология прикуса приводит к нарушениям жевания, изменениям в работе и архитектонике височно-нижнечелюстного сустава и вызывает нарушения, протекающие с выраженным болевым симптомом, а в последствии трудно поддающиеся лечению. Кроме того, происходит сбой в работе всех звеньев процесса пищеварения, что способствует развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта [1]. Но не это в первую очередь заботит пациента. Его внешний вид, вот что кажется ему наиболее важным, что составляет его психологический статус и те комплексы, которые формируются под влиянием эстетической дисгармонии. И нельзя с уверенностью сказать, что же на самом деле важнее, функциональные или психологические нарушения, ведь они в свою очередь запускают цепь психосоматических реакций, и в последствии приводят к органическим нарушениям.

За последние годы, успехи в ортодонтии позволили добиться значительных результатов в устранении зубочелюстных деформаций. Но все же консервативное лечение не всегда позволяет корректировать и устранять выраженные эстетические на-

рушения пропорций лица и поэтому оперативные методы остаются по-прежнему необходимыми.

В настоящее время предложено много различных методик оперативного лечения, что ставит перед хирургом задачу выбора и применения наиболее совершенного и эффективного способа. План лечения основывается на проведенном комплексном обследовании пациента и диагностике. Клинические проявления часто кажутся внешне схожими, но могут значительно отличаться по морфологическим и функциональным проявлениям. Это требует индивидуального выбора метода операции [1, 6, 7].

Одна из наиболее тяжелых челюстных деформаций и аномалий прикуса — прогнатия нижней челюсти составляет от 1,5 до 4,5 % [1, 4].

МЕТОДИКА

Обследование пациентов с челюстно-лицевыми деформациями проводилось по схеме: анализ пропорций лица, основывающийся на антропометрических показателях с использованием фотометрических данных, рентгенологическое исследование в различных проекциях, измерение моделей и определение окклюзии. На основе этого составлялся план лечения, выбор оперативного метода.

Операция устранения подобной деформации должна выполнить следующие задачи: уменьшить высоту нижней зоны лица и провести диспозицию тела нижней челюсти, не изменяя при этом поло-

жение суставных головок. Для этого следует провести остеотомию и частичную резекцию костной ткани. Использование при этом внутриротового доступа позволяет избежать видимых рубцов, но не устраняет выраженную деформацию челюсти. Не всегда с помощью одной операции можно полностью устранить имеющиеся нарушения, и иногда необходимы дополнительные корректирующие операции, в области подбородка, языка и др.

На наш взгляд более всего для решения этих задач подходит метод оперативного лечения Dal Pont в модификации Сукачева и Гунько [2, 4]. Это овальная плоскостная ретромолярная остеотомия. Операция в первом ее варианте позволяет при сохранении сосудисто-нервного пучка нижней челюсти создать большие плоскости соприкосновения костных ран, а в модификации этой операции костные края формируются овальными, это делает возможным ротацию костных фрагментов для моделирования правильного угла нижней челюсти. Остеосинтез осуществляется титановыми минипластинами, при этом достигается хорошая компрессия и фиксация. Считаем важным во время операции отсекал сухожилия жевательной и медиальной крыловидной мышц с тем, чтобы после ушивания вектор их тяги изменил направление и не препятствовал новому положению челюсти. В противном случае мышечная тяга будет усложнять консолидацию и может привести к рецидиву.

Серьезным этапом лечения является послеоперационный период. Необходимо подготовить

больного к ношению ретенционных аппаратов, шин, фиксации внимания к правильному положению языка. Все это является залогом успешного достижения цели лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведено обследование 60 пациентов, обратившихся в отделение по поводу челюстно-лицевой деформации, 19 из них (32 %) — с прогнатией нижней челюсти, остальные 41 (68 %) — с другими патологиями прикуса.

Среди пациентов с прогнатией нижней челюсти у 5 достаточно было ортодонтического лечения, а 14 — выполнена остеотомия по показаниям.

Для иллюстрации приводим клинические примеры.

1. Больной Б. 21 год. Диагноз: нижняя прогнатия в сочетании с верхней микрогенией открытым прикусом. У больного помимо значительного удлинения и выстояния кпереди нижней трети лица, «скорбное» выражение лица за счет свисания носогубных складок. Скученность зубов верхней челюсти во фронтальном отделе, отсутствие контакта между зубами, сагиттальная щель 1,8 см.

Под эндотрахеальным наркозом больному выполнена овальная плоскостная ретромолярная остеотомия с обеих сторон. Остеосинтез титановыми минипластинами (рис. 1). Дополнительно проведена резекция края челюсти в области подбородка.

Двухчелюстная шина на 2 недели, а через месяц начато ортодонтическое лечение с целью рас-

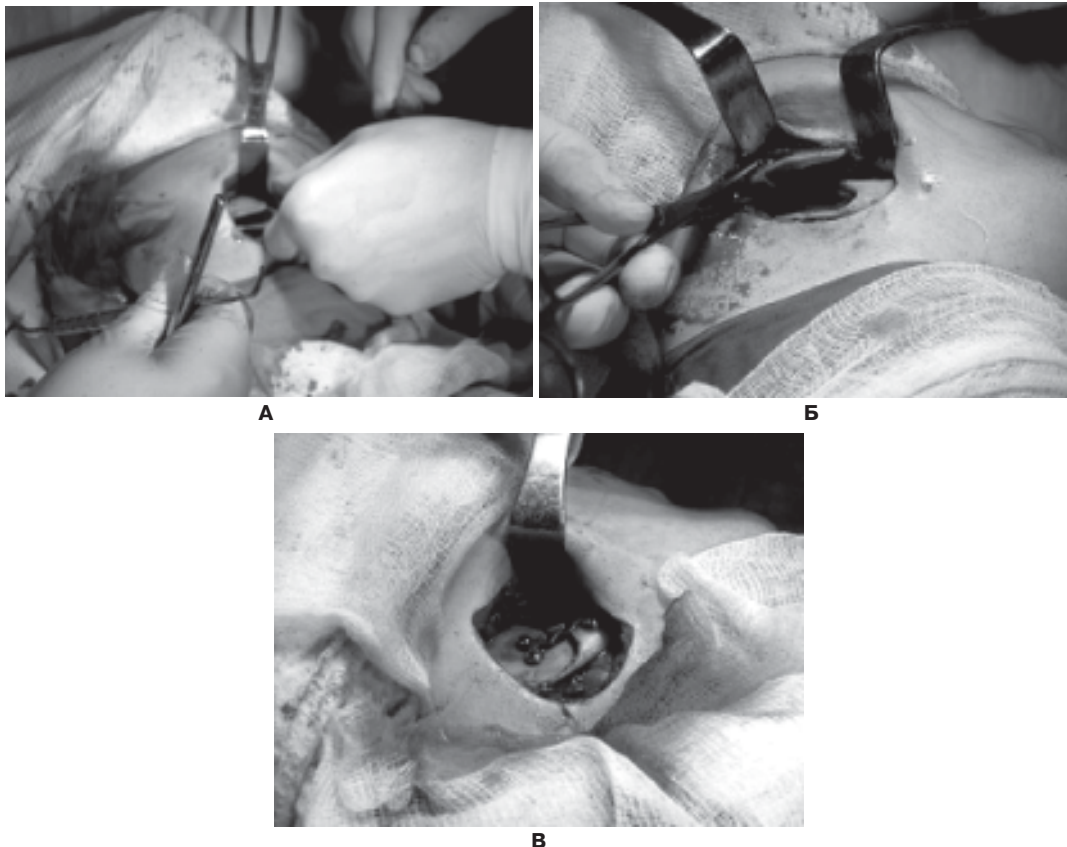


Рис. 1. Овальная плоскостная ретромолярная остеотомия.



А



Б

Рис. 2. Больной Б.(профиль) до операции (а), через 10 дней после операции (б).



А

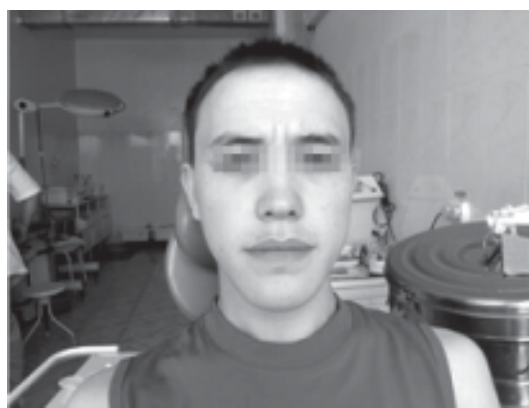


Б

Рис. 3. Больной Б., прикус до операции (а), после операции (б), сагиттальная щель устранена.



А



Б



В



Г

Рис. 4. Больной Б., прикус до операции (а, б), после операции (в, г), сагиттальная щель устранена.



Рис. 5. Больной Д. (прикус), (а) до операции, (б) после операции.

ширения фронтального отдела верхней челюсти и устранения скученности зубов (рис. 2, 3).

2. Больной Д., 20 лет. Госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии для устранения челюстно-лицевой деформации. Диагноз: прогнатия нижней челюсти. У больного выражены «лицевые признаки»: удлиненная и выступающая вперед нижняя треть лица. При смыкании зубов контакт между фронтальными зубами и премолярами отсутствует, сагиттальная щель 1 см. Больному проведена аналогичная операция, но с меньшим участком резекции костных фрагментов (рис. 4, 5).

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведенных операций осложнений не было. Наблюдался хороший косметический и лечебный эффект, 8 пациентам в послеоперационном периоде проводилось ортодонтическое лечение для устранения неправильного положения зубов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенной работы позволяют оптимизировать обследование для индивидуального подхода к лечению каждого пациента с челюстно-лицевой деформацией, взяв за основу оперативного лечения овальную плоскостную ретромолярную остеотомию. Совместное лечение больных с врачом-ортодонтом позволяет добиться хороших

эстетических результатов и устранения функциональных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. — М.: Медицинская литература, 1999. — С. 335–355.
2. Гунько В.И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей: Дис. ... докп. мед. наук. — М., 1986. — 525 с.
3. Гунько В.И. Эстетические аспекты костно-реконструктивных операций на лицевом черепе / В.И. Гунько // Эстетическая медицина. — 2004. — Т. 3, № 2. — С. 147–153.
4. Сукачев В.А. Атлас реконструктивных операций на челюстях / В.А. Сукачев. — М.: Медицина, 1984. — 118 с.
5. Bell W.H. Surgical correction of dento-facial deformities / W.H. Bell, W.R. Proffitt, R.P. White. — Philadelphia – London – Toronto WB: Saunders Company. — 1985. — N 3. — P. 783.
6. Laser-scanbased navigation in cranio-maxillo-facial surgery / R. Marmulla, S. Hassfeld, T. Luth, J. Muhling // J. Cranio-maxillofacial Surg. — 2003. — Vol. 31(5). — P. 267–277.
7. Marmulla R. Surgical planning of computer-assisted repositioning osteotomies / R. Marmulla, H. Niederdellmann // Plast. Reconstr. Surg. — 1999. — N 4. — P. 938–944.