

Комплексное ортодонтическое-хирургическое лечение дистального прикуса

- ▶ **Под дистальным прикусом понимают** заднее положение нижнего зубного ряда по отношению к верхнему, при котором соотношение первых постоянных моляров и всех боковых зубов в переднезаднем направлении нарушено. Е. Angel в предложенной им классификации зубочелюстных аномалий отнес такие нарушения ко II классу, то есть мезиальный щечный бугорок шестого верхнего зуба находится кпереди от бороздки между мезиальным и дистальным щечными бугорками одноименного нижнего. При различной степени выраженности аномалии передний щечный бугорок шестого верхнего зуба может смыкаться с одноименным нижним или ложиться в промежуток между вторым премоляром и первым моляром нижней челюсти.



1 подкласс



2 подкласс



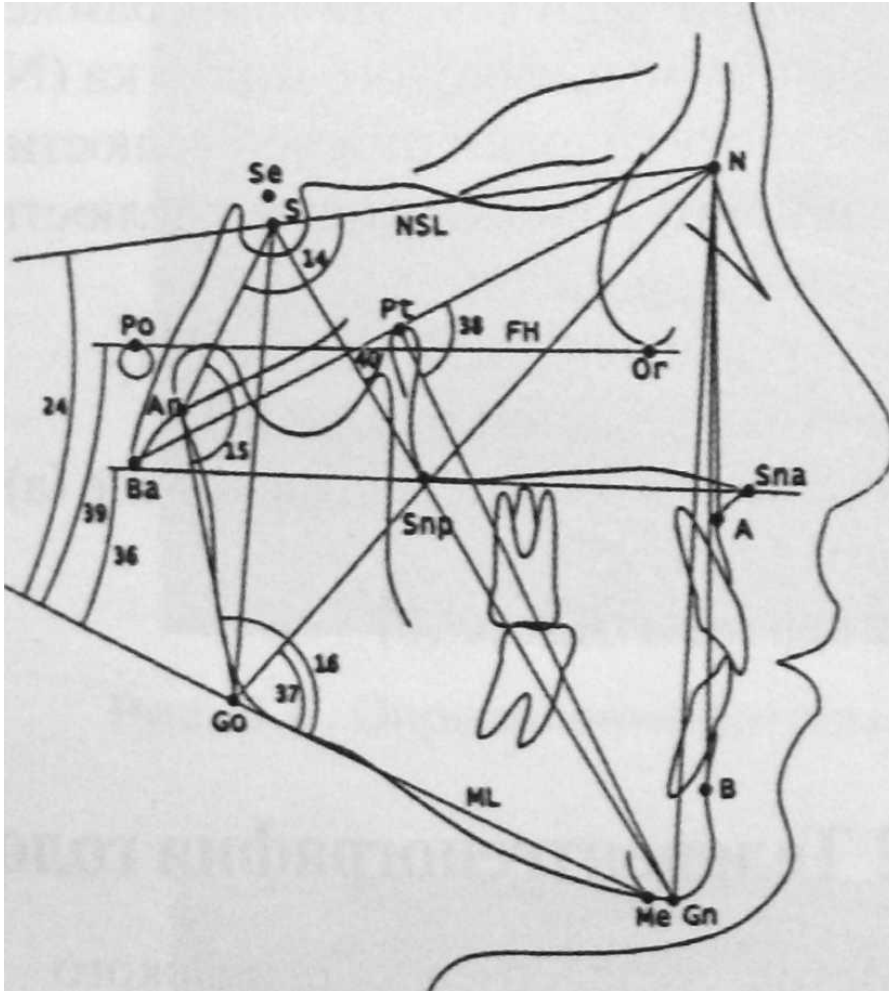
- ▶ По Ф.Я. Хорошилкиной существует три формы дистального прикуса:
 - ▶ зубоальвеолярная;
 - ▶ гнатическая;
 - ▶ сочетанная.
- ▶ По Эль-Нюфели выделяют две формы:
 - ▶ зубную. Формируется по причине мезиального положения верхних зубов, деформации верхнего ряда;
 - ▶ скелетную. Обусловлена нарушениями развития скелета.
- ▶ Классификация по Бетельману выделяет 4 группы нарушений прикуса:
 - ▶ нижняя микрогнатия в сочетании с нормальной верхней челюстью;
 - ▶ верхняя макрогнатия в сочетании с нормальной нижней челюстью;
 - ▶ верхняя макрогнатия в сочетании с нижней микрогнатией;
 - ▶ прогнатия со сжатием в боковых участках.

Диагностика дистального прикуса

Диагностируется дистальный прикус при помощи визуального осмотра полости рта ортодонтом, однако для установления точных причин, оценки состояния зубочелюстной системы, проведения необходимых замеров применяются и другие диагностические методы.

- ▶ Телерентгенография. Позволяет проанализировать рентгенцефалометрические показатели, определить, развитие какой из челюстных костей привело к дистальному прикусу, а также определить соотношение альвеолярных отростков и фронтальных зубов в отношении к отделам костной ткани.
- ▶ Томография. Требуется в случае необходимости определения положения суставной головки височно-нижнечелюстного сустава.
- ▶ Снятие слепков, изготовление моделей для детального изучения и проведения замеров.
- ▶ Электромиография, реография могут быть показаны при необходимости оценки тонуса жевательной мускулатуры.
- ▶ Исследование фотографии лица по Шварцу. Позволяет дифференцировать формы дистального прикуса.
- ▶ Проба Эшлера-Битнера. Также используется с целью дифференцирования форм дефекта.

ТРГ в боковой проекции



- ▶ Угол SNA увеличивается, апикальный базис тела верхней челюсти смещён вперед
- ▶ Угол SNB уменьшается, апикальный базис тела нижней челюсти смещён кзади
- ▶ Угол ANB больше 2-3 градусов

Хирургическое лечение показано

- ▶ Величина сагиттального несоответствия челюстей более 10 мм
- ▶ Угол SNA больше 85 градусов
- ▶ Выраженная протрузия нижних резцов, угол наклона меньше 70-80

N= 90-95

- ▶ Нижняя микрогнатия
- ▶ Верхняя макрогнатия

Предоперационная подготовка

- ▶ Для успешного лечения пациентов с ЗЧЛА очень важно обеспечить необходимые условия для проведения операции. Ортодонтическое лечение начинается за несколько месяцев до операции, для того чтобы устранить аномалии отдельных зубов и обеспечить нужную окклюзию после операции. Необходимо удалить нижние восьмые зубы, как прорезавшиеся, так и ретинированные за 3 месяца до операции сагиттальной остеотомии нижней челюсти.

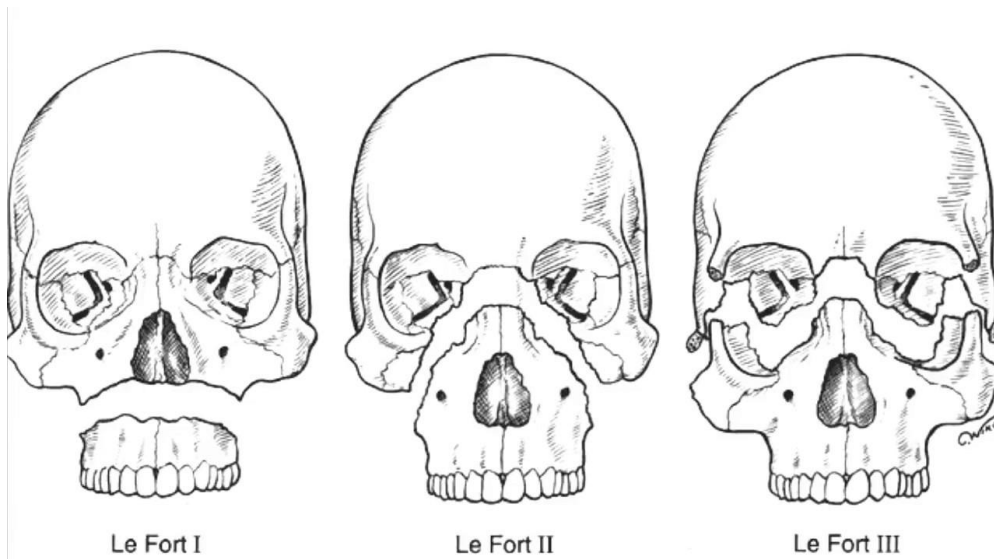


Хирургическое лечение зубочелюстных аномалий

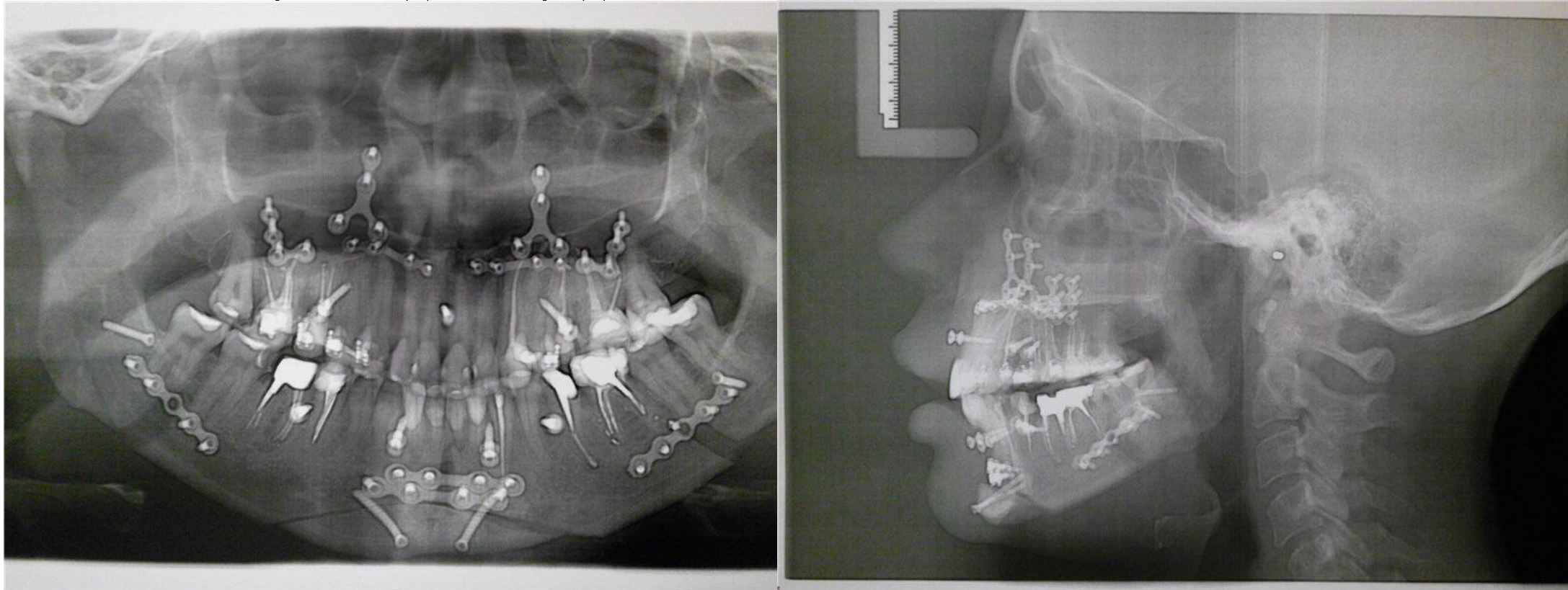
- ▶ Хирургическое лечение зубочелюстных аномалий состоит в перемещении верхней или нижней челюсти целиком или ее части с помощью тотальной или сегментарной остеотомии. Перемещение кости может сочетаться с костной пластикой образовавшихся при этом пустот.



- ▶ В современной практике наиболее часто на верхней челюсти применяют методику остеотомии по Ле Фор I, а на нижней челюсти – сагиттальную технику по Обвегезер - Даль Понт. Сегментарные остеотомии (перемещение только одного сектора зубной дуги) стали встречаться реже с развитием ортодонтии. Также сейчас часто остеотомию нижней челюсти сочетают с гениопластикой с целью восстановления баланса нижней части лица. Все остеотомии проводятся через внутриротовой доступ, за исключением отдельных случаев операций на ветви нижней челюсти. Разрез производится буккально, отступя от переходной складки, затем производится отслойка слизисто-надкостничного лоскута и обнажение кости челюсти. Кровоснабжение фрагментов кости после остеотомии осуществляется благодаря слизистой оболочке небной поверхности на верхней челюсти и язычной поверхности на нижней, к которым фрагменты остаются прикрепленными.



- ▶ Фиксация костных фрагментов осуществляется титановыми пластинками и винтами, которые закрепляются с тем расчетом, чтобы обеспечить полную стабильность фрагментов. Также после операции челюсти дополнительно фиксируют с помощью шинирования. Полная консолидация отломков происходит в среднем около 1,5-2 месяцев.



Остеотомия верхней челюсти

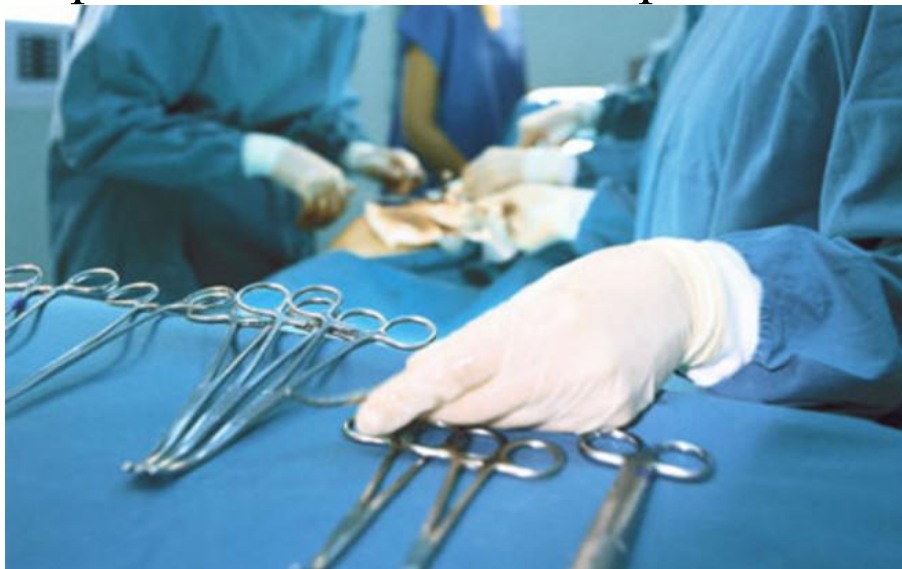
- ▶ Методика остеотомии верхней челюсти зависит от требуемого ее перемещения. Базовая горизонтальная остеотомия - основной метод, который выполняется чаще всего. Разрез проводится на уровне верхушек корней зубов верхней челюсти. Далее проводится отслойка слизисто-надкостничного лоскута, при этом отслаивается и слизистая основания
- ▶ грушевидного отверстия (дна носовой полости). Отслойка происходит аккуратно, строго вдоль мукогингивального соединения. Остеотомию начинают от скулового контрфорса. Продвигаются кпереди, проходя через основание грушевидного отверстия, при этом придерживая слизистую носовой полости, чтобы ее не повредить. Далее происходит сепарация носовой перегородки, и линия остеотомии продолжается так же по противоположной стороне челюсти. На последнем этапе происходит сепарация верхней челюсти от крыловидных пластинок.

Метод двусторонней сагиттальной остеотомии ветви нижней челюсти по Обвегезер.

- ▶ Разрез начинают на передней поверхности ветви, по центру окклюзионных поверхностей зубов, далее он продолжается через середину ретромолярной ямки до точки, находящейся примерно за 5 мм до второго (в некоторых случаях третьего) моляра. Затем линия разреза поворачивает латерально и идет до дистальной поверхности первого моляра. Далее проводится отслойка слизисто-надкостничного лоскута
- ▶ Остеотомия начинается горизонтальным распилом кости по медиальной поверхности ветви нижней челюсти, распил производится примерно на половину толщины ветви. Далее выполняется вертикальный распил, проходящий по щечной поверхности, дистально от 2 моляра и расширяется от нижней границы вверх к косой линии. При наличии узкого альвеолярного гребня необходимо учитывать расположение корней 2 моляра и проводить распил таким образом, чтобы их не повредить.
- ▶ Затем соединяют горизонтальный и вертикальный распилы. При проведении данного вида остеотомии рекомендуется заранее удалить 3 моляры, так как они могут усложнить ход операции и увеличить риск перелома буккальной или лингвальной кортикальной пластинки.

Послеоперационный уход

- ▶ Последствия операции индивидуальны для каждого пациента. Наиболее часто в послеоперационном периоде возникают отеки и кровоизлияния. Необходимо обеспечить постоянный контроль за состоянием пациента в период до 4 дней. В течение первых суток после операции проводится дренирование ран, также используются давящие марлевые повязки, холод. Системно назначается антибактериальная терапия в течении 5-7 дней. Через сутки после операции проводится туалет полости рта, также проводятся ирригации. Пациент начинает употреблять мягкую протертую пищу, как только может открывать рот на 2-3 см. Контроль за состоянием пациента продолжается и после выписки из стационара. В среднем, ортодонтическое лечение продолжается после операции около 3-4 недель.









alexglushko.ru