



**ОРТОГНАТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ
АНОМАЛИЯХ ВЕЛИЧИНЫ И
РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ**

Выполнила: Исатай Айжан

Группа: ст – 13 – 006 – 2

ВВЕДЕНИЕ

- Ортогнатическая хирургия – это хирургические методы лечения зубочелюстных аномалий, направленные на устранение дисгармонии лица и нормализацию окклюзии. Лечение ЗЧЛА предполагает комплексный подход, поэтому проводится хирургами, ортодонтами и ортопедами совместно. Хирургические методы показаны при скелетных аномалиях, при которых неэффективны консервативные методы лечения. Это, к примеру, патологии горизонтальной плоскости (недоразвитие верхней челюсти и чрезмерное развитие нижней), резко выраженная дизокклюзия и патологический глубокий прикус, а также сочетанные аномалии.



- С помощью хирургического метода можно устранить резко выраженную вторичную вертикальную деформацию зубного ряда, если смещенные зубы имеют патологию пародонта и невозможно переместить их ортодонтическими методами. Удаление зубов с альвеолотомией, последующим синуслифтингом (если зубы на верхней челюсти) и дентальной имплантацией сопряжено с длительным лечением, большой стоимостью. Наиболее целесообразно применение в данном случае хирургического устранения зубоальвеолярного удлинения путем дистальной фрагментарной остеотомии с уменьшением вертикальных размеров дистальной части верхней челюсти. После достижения планируемого результата с целью последующего восстановления зубных рядов на нижней челюсти могут быть использованы дентальные имплантаты. Следует различать асимметрию лица при скелетных аномалиях и при «привычной окклюзии», связанной с окклюзионными нарушениями в центральной, боковых и передней окклюзиях, если последние привели к значительному смещению нижней челюсти в сагиттальном, вертикальном и трансверсальном направлениях.



Важно учитывать при диагностике не только состояние костных тканей, но и толщину мягких тканей лица. Для характеристики скелетных аномалий нужно описывать положение и развитие частей лица по горизонтали, вертикали и трансверсали.

Общепринятая классификация зубочелюстных аномалий Энгля не пригодна для этого, так как при каждой разновидности указанных аномалий возможно существование разнообразных скелетных аномалий. Для каждого больного должен быть составлен индивидуальный план лечения на основе результатов клинических, рентгенологических, антропометрических, телерентгенографических и других исследований. В последнее время разрабатываются компьютерные программы, которые позволяют оценить возможные перемещения твердых и мягких тканей, составить план лечения. Возрастные показания к проведению ортогнатической хирургии следующие. При тяжелых деформациях лица после травм челюстно-лицевой области у детей, нарушениях роста челюстей лечение нужно начинать сразу после обнаружения деформации.



- Недоразвитие ВНЧС нужно устранять в раннем детском возрасте, иначе развивается резко выраженная деформация лица. При необходимости повторное оперативное вмешательство можно провести после или ближе к завершению роста челюстей. При чрезмерном росте нижней челюсти хирургическое лечение лучше проводить после окончания роста челюсти, так как после операции может быть нежелательный рост нижней челюсти. При недоразвитии нижней челюсти предпочтительнее раннее оперативное вмешательство, если применение функциональных ортодонтических аппаратов неэффективно. При лечении взрослых целью оперативного вмешательства является достижение оптимальной эстетики. При планировании и проведении лечения желательно сотрудничество хирурга, ортодонта и ортопеда. Перед хирургической операцией устанавливают ортодонтические аппараты, изготавливают имедиатпротезы, изучают модели челюстей в артикуляторе. При необходимости проводят удаление зубов, пластику альвеолярного отростка



- На модели челюсти можно выполнить предполагаемую операцию перемещения зубов вместе с альвеолярным отростком и оценить характер окклюзионных контактов. Например, для устранения прогнатического глубокого прикуса следует произвести на модели верхней челюсти перемещение зубов вместе с сегментом альвеолярного отростка верхней челюсти назад и вверх. Для успешной окклюзионной коррекции необходимы точный диагноз, поставленный на основе клинического мышления врача и современных методов исследования, составление плана лечения с участием хирурга, ортопеда, ортодонта, зубного техника.

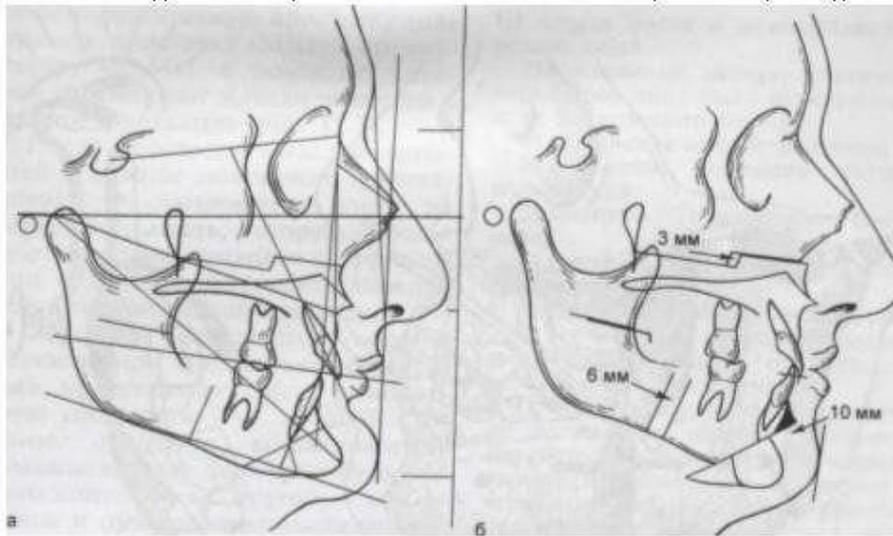


При подготовке пациента к операции сначала проводят ортодонтическое исправление формы и размеров зубных рядов, затем определяют центральное соотношение челюстей, контролируют положение суставных головок посредством томограмм ВНЧС. Если центральное соотношение значительно отличается от привычного прикуса, нужно сделать окклюзионную шину и установить нижнюю челюсть в правильное положение с точки зрения топографии элементов сустава. Затем проводят изучение эстетических параметров лица анфас и в профиль, а также анализ телерентгенограмм.

На основании проведенных исследований выполняют контурное планирование, результатом которого является нахождение точных данных по перемещению костных структур (рис. 15.1). Полученные величины необходимых перемещений костных структур используют на этапе лабораторного планирования. Изготавливают модели челюстей, устанавливают их в артикулятор с помощью лицевой дуги.



Рис. 15.1. Контурное планирование на основе анализа телерентгенограмм для по-



лучения данных по перемещению костных структур.
а — исходная телерентгенограмма, б — телерентгенограмма с величинами необходимых перемещений костных структур при остеотомии.



Рис. 15.2. Хирургическая приставка MRI к артикулятору «SAM 3» для перемещения моделей челюстей в положение, найденное при компьютерном моделировании.



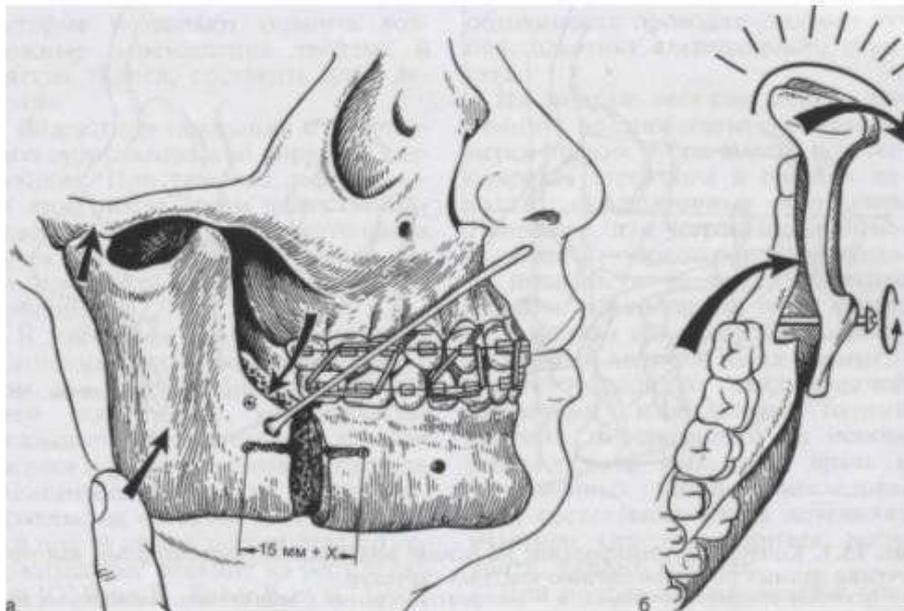
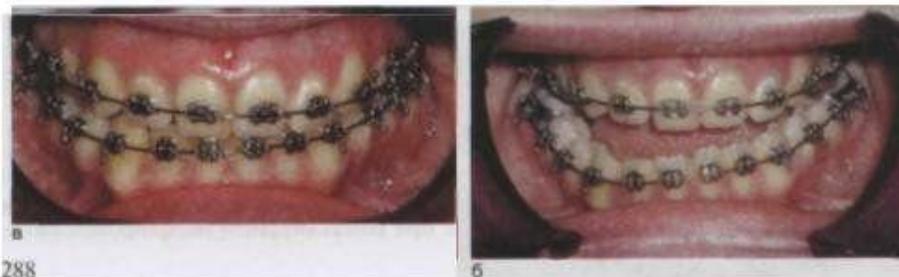


Рис. 15.3. Фиксация фрагментов нижней челюсти после сагиттальной остеотомии с целью установления их в правильном положении [Сенюк А.Н., 2003].

а — фиксация переднего фрагмента нижней челюсти и мануальный прием для правильного позиционирования задних фрагментов челюсти; б — использование позиционного винта для фиксации задних фрагментов нижней челюсти, чтобы не произошло смещения суставных головок наружу и вниз.



288

Рис. 15.4. Скелетная аномалия прикуса, подлежащая лечению с использованием методов ортогнатической хирургии. Дислокация передних зубов, аномалия прикуса III класса Энгля [Сенюк А.Н., 2003].

а — до лечения; б — после фиксации ортодонтических аппаратов; в — прикус после оперативного лечения.



- Затем между рамами артикулятора монтируют хирургическую приставку (например, приставку «MRI» к артикулятору «SAM»), с помощью которой перемещают модели челюстей в нужное положение (рис. 15.2). После установки моделей челюстей в нужное положение изготавливают окклюзионную шину на верхнюю челюсть, которую используют во время операции для фиксации переднего фрагмента нижней челюсти в желаемом положении. Фиксация фрагментов нижней челюсти при проведении остеотомии представляет собой наибольшую сложность. Так, с одной стороны, требуется восстановление максимального фиссурно-бугоркового контакта, а с другой — стабильное и правильное положение головок нижней челюсти в суставных впадинах. Для достижения первой цели необходимо сопоставление зубных рядов в строго планируемом положении, что возможно лишь после правильной ортодонтической подготовки и использования окклюзионной шины. Для достижения второй цели необходимо оптимальное положение головок ВНЧС в суставных ямках. Установка костных фрагментов челюстей в нужное положение показано на рис. 15.3.



Приведем пример лечения пациентки Б., 22 лет, с аномалией прикуса III класса Энгля и дизокклюзией передних зубов. На основании анализа эстетических параметров лица были определены задачи оперативного лечения:

- 1) устранение асимметрии лица;
- 2) изменение проекции скульных возвышений;
- 3) контроль положения кончика носа;
- 4) увеличение ширины в области крыльев носа;
- 5) увеличение объема верхней губы;
- 6) достижение пропорциональности нижней трети лица в сагиттальной и вертикальной плоскостях.



- После ортодонтической подготовки по результатам анализа эстетических параметров лица и телерентгенограммы выполнено контурное планирование, определившее степень необходимого перемещения зубных рядов в миллиметрах. Затем изготовлена окклюзионная шина и сформулирован план хирургического лечения.



Верхняя челюсть:

- 1) перемещение вперед на 3 мм;
- 2) перемещение переднего отдела вниз на 1 мм;
- 3) перемещение заднего отдела вниз на 1 мм.

Нижняя челюсть:

- 1) перемещение назад на 7 мм.

Выполнение эстетических задач.

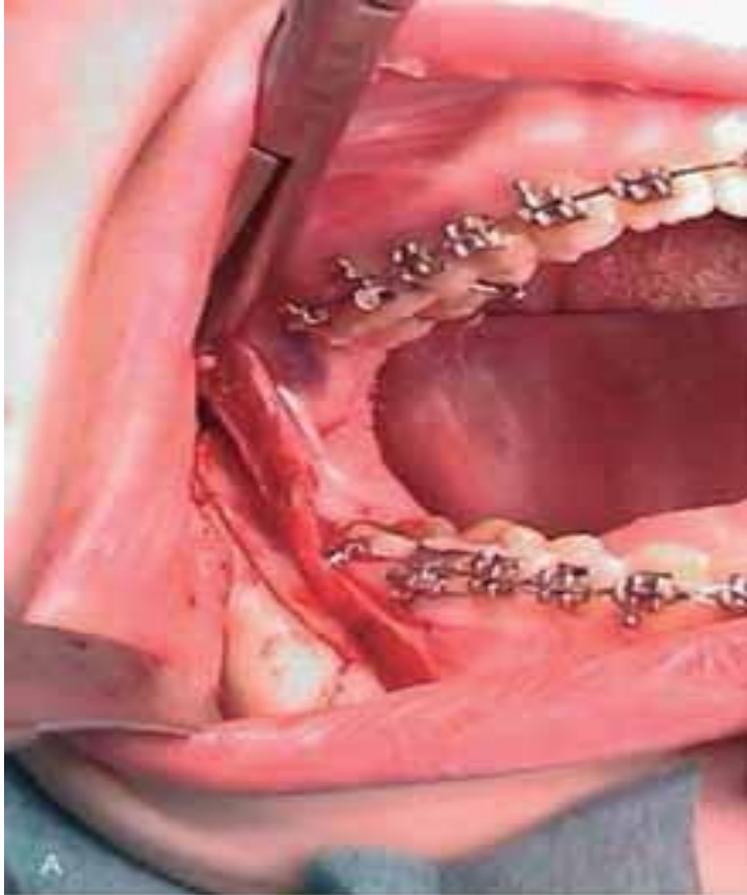
После операции были достигнуты: запланированное улучшение эстетики лица и нормальные окклюзионные взаимоотношения челюстей (рис. 15.4)



ОРТОГНАТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

Операция проводится под общей анестезией. Длительность вмешательства — 1,5 часа (если операция проводится на одной челюсти) или 4-6 часов (если операция проводится на двух челюстях). Используется внутриротовой доступ, поэтому на лице не остается шрамов. Во время операции на нижней челюсти проводится двусторонняя саггитальная остеотомия и остеосинтез при помощи акриловой каппы, используя титановые пластины. На верхней челюсти проводится остеотомия по линии ЛеФор I (моноблок или сегментная) и фиксация титановыми пластинами





*ОРТОГНАТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ:
А) НА ПРАВОЙ ВЕТВИ И ТЕЛЕ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВЕДЕНА
КОРТИКОТОМИЯ, ПО КОТОРОЙ
БЫЛА РАСЩЕПЛЕНА ПРАВАЯ
ВЕТВЬ, (Б) ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ
ПОЛНОСТЬЮ МОБИЛИЗИ-
РОВАНА И СЕГМЕНТИРОВАНА*



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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. Самых лучших результатов можно достичь, если возраст пациента до 40 лет. Более взрослых пациентов оперировать можно, но необходимо оценить индивидуальные адаптационные свойства, статус зубов и пародонта, которые могут быть препятствием для ортодонтической подготовки.

