

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННЕЙ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ.

В.И. ГУНЬКО, М.К. НАСЕР, Н.Л. ЛЕЖАВА.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии РУДН. Москва.

117198, ул. Миклухо-Маклая. д.8.

Медицинский факультет

Проблема медицинской реабилитации больных с деформациями лицевого и мозгового черепа занимает одно из ведущих мест в научных исследованиях на современном этапе. При этом особое внимание уделяется изучению клинической картины несимметричных деформаций лицевого черепа, определению критериев оценки имеющихся нарушений, поиску информативных методов диагностики. На основании анализа клинко-рентгенологических данных установлены морфологические, функциональные и эстетические нарушения при односторонней верхней и нижней макрогнатии. Применение антропометрического и рентгенологического методов обследования больных позволяет всесторонне оценить имеющиеся нарушения, что способствует правильному планированию лечения.

Ключевые слова: клиника, диагностика, верхняя челюсть, нижняя челюсть, макрогнатия, деформация, антропометрия, телерентгенография.

Проблемы медицинской реабилитации больных с врожденными и приобретенными деформациями лицевого черепа остаются чрезвычайно актуальными, несмотря на значительное количество научных исследований, проведенных в мире до настоящего времени. Следует отметить, что в центре внимания таких исследований находятся больные с симметричными деформациями лицевого и мозгового черепа, которым и посвящено большое число научных публикаций [1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 15, 16]

В то же время анализ научных публикаций показывает, что проблеме медицинской реабилитации больных с врожденными несимметричными деформациями костного основания лица и, в частности, верхней и нижней односторонней макрогнатией посвящено лишь незначительное число научных исследований [3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Систематизированных исследований по медицинской реабилитации больных с сочетанными несимметричными деформациями лицевого черепа по типу верхней и нижней макрогнатии, основанных на достаточно большом числе клинических наблюдений, в доступной научной литературе нам выявить не удалось. В большинстве же публикаций, как правило, отражены лишь отдельные вопросы этиологии и патогенеза таких деформаций, обсуждаются принципы диагностики имеющихся нарушений и планирования лечения, описаны единичные клинические примеры хирургического лечения такой категории больных. При этом следует отметить, что во многих публикациях отражены все вышеперечисленные аспекты медицинской реабилитации при несимметричных поражениях одной из челюстных костей – верхней или нижней. Обобщающих научных исследований, основанных на анализе достаточного числа клинических наблюдений, позволяющих получить достоверные данные по медицинской реабилитации больных с односторонней верхней и нижней макрогнатией, в доступной литературе выявить не удалось, что еще раз подчеркивает важность и актуальность проведенного научного исследования.

В клинике челюстно-лицевой хирургии Центральной клинической больницы им. Н.А. Семашко МПС РФ проведен анализ результатов медицинской реабилитации 47 больных с сочетанными несимметричными деформациями челюстей, 12 мужчин и 35 женщин в возрасте от 16 до 40 лет. Основной контингент больных был представлен возрастной группой от 16 до 25 лет – 35 пациентов. По характеру эстетических и морфологических нарушений со стороны мягких тканей лица и его костного основания всех наблюдавшихся нами больных можно разделить на две группы: больные с преимущественными нарушениями пропорций лица в сагиттальной и трансверсальной плоскостях (15 человек) и пациенты с тяжелыми деформациями лицевого черепа в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверсальной) – 32 больных.

У первой группы больных ведущее место в формировании несимметричной односторонней деформации лицевого черепа занимали верхняя челюсть (6 пациентов) или нижняя челюсть (9 больных).

Вторая группа больных (32 пациента) характеризовалась наличием выраженных диспропорций в развитии лицевого черепа в области его средней и нижней зон, которые сопровождались тяжелыми эстетическими нарушениями, усиливающимися при движениях нижней челюсти. В данной группе больных преобладали и выраженные функциональные нарушения, связанные с невозможностью откусывания и пережевывания пищи из-за отсутствия полноценных контактов между зубами антагонистами, ограничение движений нижней челюсти, которые, нередко, сопровождались щелканьем и хрустом в области височно-нижнечелюстных суставов, наличием выраженного болевого синдрома в них.

Развитие деформации больные отмечали в сроки от 6 до 17-лет, причем наиболее значительные изменения происходили в периоды активного роста костей лицевого и мозгового черепа, т.е. в периоды сменного и формирования постоянного прикуса, что указывает на наличие прямой взаимосвязи с функцией зон роста лицевого и мозгового черепа.

У 18-и больных в течение длительного периода времени (до 10 лет) проводилось ортодонтическое лечение, которое, по мнению пациентов, как бы замедляло темпы развития деформации, но не оказывало существенного влияния на коррекцию имеющихся нарушений (эстетических и морфологических).

Анализ всей совокупности имеющихся эстетических, морфологических и функциональных нарушений при несимметричных деформациях создает ощущение в том, что в процессе роста и развития лицевого и мозгового черепа как бы произошло количественное одностороннее перераспределение мягкотканного и костного матрикса лица. Антропометрический анализ фотографий в фас и в профиль (рис.1), телерентгенограмм в прямой и боковой проекциях (рис. 2, 3, 4), диагностических моделей челюстей свидетельствует, что у большинства больных верхняя треть лица не изменена, симметрична и пропорциональна. Средняя треть лица развита неравномерно; увеличена одна из сторон за счет всех компонентов её составляющих – верхней челюсти, орбиты, скуловой кости и дуги и покрывающих эти образования мягких тканей. На противоположной стороне все вышеперечисленные анатомические структуры выглядят недоразвитыми. Нос имеет несимметричную форму, центральная его ось отклонена в противоположную от макрогнатии сторону.

Нижняя треть лица также деформирована. На стороне макрогнатии отмечается увеличение объема и размеров костных и их покрывающих мягкотканых структур, на противоположной стороне, наоборот, – их уменьшение. Ротовая щель располагается под углом к надглазничной плоскости, так же как и окклюзионная плоскость. При измерении линейных параметров на уровне наружного края орбит разница между надглазничной и окклюзионной плоскостями составляет от 0,5 до 2,2 см. Нижнечелюстная плоскость, проведенная через углы нижней челюсти, располагалась под еще большим углом к надглазничной плоскости, а разница между ними еще больше увеличивалась, достигая значений от 1,0 см до 3,8 см. Размеры ветви и тела нижней челюсти на стороне макрогнатии увеличены, подбородочный отдел нижней челюсти несимметричный, его центр смещен в сторону противоположную макрогнатии. Обращает на себя внимание положение головы больного – она наклонена в сторону противоположную макрогнатии с тем, чтобы уменьшить визуальные проявления несимметричной деформации лица.

При анализе лица в профиль определяется уплотнение и западание его средней трети и выступание вперед нижней трети. На стороне макрогнатии отмечается увеличение вертикальных размеров средней и, особенно, нижней зон лица. Прогеническое соотношение зубных рядов выявлено у 25 больных, нейтральное – у 22 больных. Величина саггитальной щели между центральными резцами верхней и нижней челюстей сос-

СОС

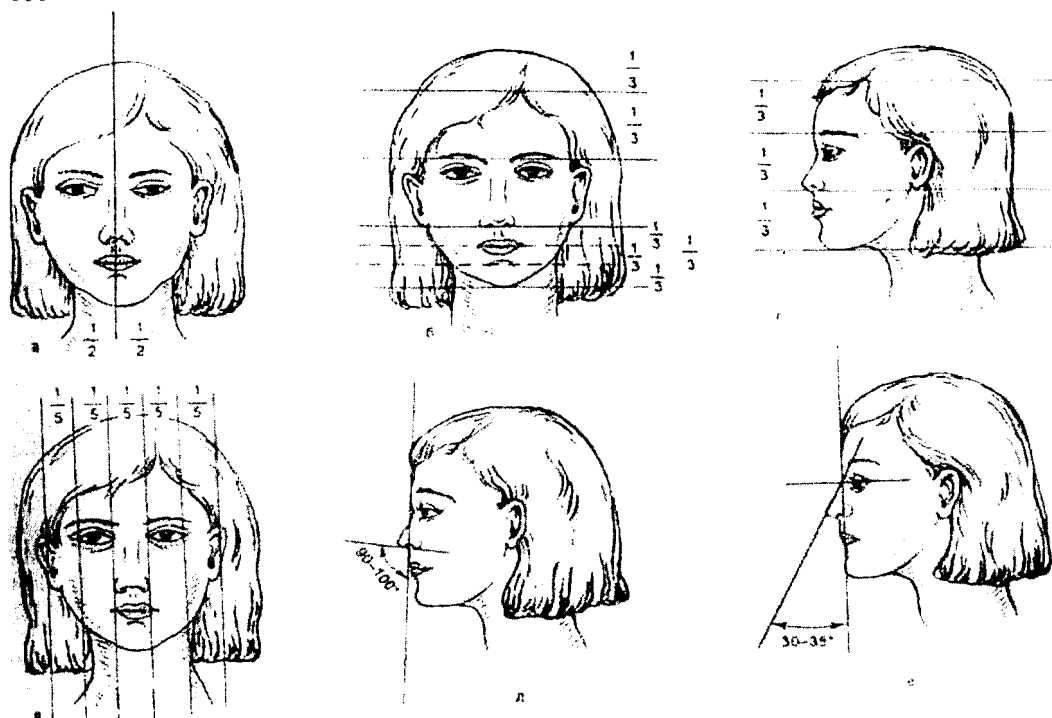


Рис. 1 Антропометрические показатели измерения пропорций лица.

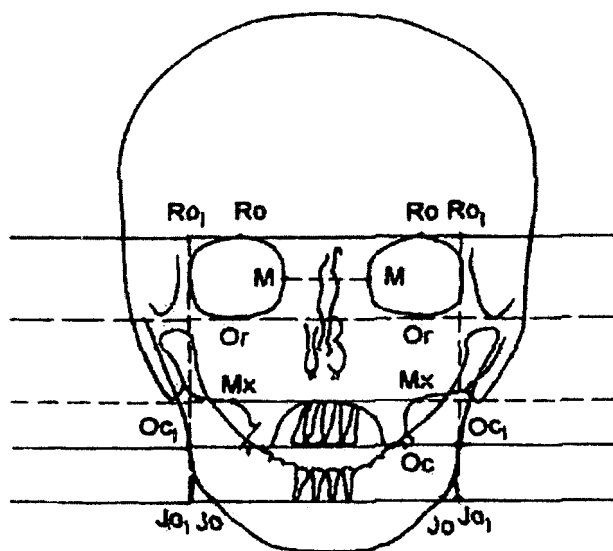


Рис. 2 Измерение параметров черепа при телерентгенографическом исследовании в прямой проекции.

ставляла от 0,2 до 1,5 см. Центральная линия нижней челюсти была смещена в здоровую сторону от центральной линии лица на уровне нижнего края подбородка на величину от 0,5 до 1,2 см. У 27 больных в боковых отделах наблюдали перекрестный прикус. При этом отмечено изменение угла наклона зубов верхней и нижней челюстей как на стороне макрогнатии, так и на противоположной стороне. Макродентия на стороне макрогнатии наблюдалась лишь у 7 больных.

Анализ данных телерентгенографического исследования лицевого и мозгового черепа в прямой и боковой проекциях показал, что в основе несимметричных деформаций лицевого черепа лежат нарушения роста и развития различных отделов черепа в целом. У половины больных выявлено укорочение основания черепа за счет, преимущественно, задней черепной ямы, что указывает на нарушение функции сфеноокципитального синдрома.

Увеличение нижней челюсти касалось тела, ветвей, мышечковых отростков обеих ее половин, но количественно было выражено больше на одной стороне.

Комплекс костей средней зоны лица у 22 больных был смещен кзади. Отмечено увеличение скуловой кости, верхней челюсти, нарушение размеров носовой полости за счет ее увеличения на стороне макрогнатии. Верхнечелюстные синусы также были различных размеров, больше на стороне макрогнатии. Носовая перегородка искривлена в сторону макрогнатии, вследствие чего носовые ходы на этой стороне были сужены, и носовое дыхание через них было затруднено.

Размеры и форма суставных головок отличались друг от друга. На стороне макрогнатии они были крупнее, а суставные впадины более широкие и мелкие. На противоположной стороне суставные головки были высокими и узкими, имели выраженный наклон по отношению к шейкам.

Все вышеуказанные рентгенологические находки свидетельствуют о нарушении функции ростковых зон мыщелковых отростков со вторичными компенсаторными изменениями половины черепа. Кроме того, определяется увеличение линейных параметров (длины ветви и тела нижней челюсти, ширины и толщины их либо на всем протяжении, либо в отдельных участках).

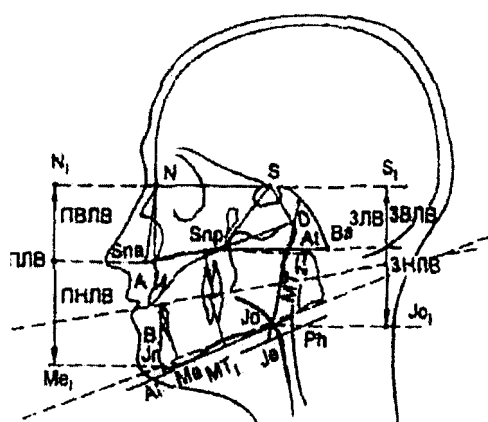


Рис.3. Измерение линейных параметров черепа при телерентгенографическом исследовании.

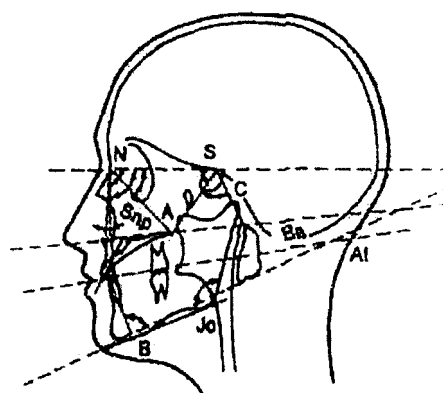


Рис.4. Измерение угловых параметров черепа при телерентгенографическом исследовании в боковой проекции.

Таким образом, телерентгенографическое исследование в прямой проекции у больных с несимметричными деформациями челюстей, сопровождающихся нарушением их размеров в трех взаимоперпендикулярных направлениях позволяет определить основные количественные характеристики деформации, которые наряду с антропометрическими данными играют важную роль в планировании хирургического лечения.

Литература

1. Арсенина О.И. Ранние ортодонтические и ортопедические мероприятия в комплексном лечении пациентов с дефектами и деформациями нижней челюсти. Автореф. дисс. канд. мед. наук. 34 с. М. 1998.
2. Безруков В.М. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций лицевого скелета. Дисс. д-ра мед. наук. М. 1981. 389 с.
3. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М. Медицина. 2000, т.2, 246-276 с.
4. Гунько В.И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей. Дисс. докт. мед. наук. М. 1986. - 525 с.
5. Неделько Н.А. Хирургическое лечение больных с деформациями верхней челюсти. Дисс. д-ра мед. наук. Краснодар. 1995. - 333 с.
6. Пономарев И.А., Гунько В.И. Особенности медицинской реабилитации больных с нижней несимметричной макрогнатией. Стоматология. 2001, т.80, №4. 47-51 с.
7. Рабухина Н.А., Жибицкая Э.И., Степанова Н.А. Стандартизированные схемы рентгенологического исследования при врожденных и приобретенных деформациях лицевого черепа. Тез. докл. VIII Всесоюзного съезда стоматологов. М. 1987. ч.1-2. 235-254 с.
8. Сукачев В.А. Атлас реконструктивных операций на челюстях. М. 1984. 118 с.
9. Bell W.H., Proffit W.P., White R.P. Surgical Correction Of Dentofacial Deformities. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto. 1980. v.I-II. 1785 p.
10. Bell W.H., Proffit W.P., White R.P. Surgical Correction Of Dentofacial Deformities. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto. 1985. v.III. 783 p.
11. Costa F., Roliary M., Politi M. Stability Of The Fort I Osteotomy In Maxillary Advancement: Review Of The Literature. Int. J. Adult Orthodon. Orthognath. Surg. 1999. v.14.N3. 207-213 p.
12. Landes K.A. et al. Introduction Of The Three Dimensional Anthropometry Of The Viscerocranium. Part II: Evaluation Osseous And Soft Tissues Changes Following Orthognathic Surgery. J. Cranio Maxillofac. Surg. 2002. v.30. N1. 25-34 p.
13. Mommaerts M.Y., Lippens F., Abeloos J.V.S., Neyt L.F. Nasal Profile Changes After Maxillary Impaction And Advancement Surgery. J. Oral Maxillofac. Surg. 2000. v.58. N4. 470-475 p.
14. Reyneke J.P. Surgical Manipulation Of The Occlusal Plane: New Concepts In Geometry. Int. J. Adult Orthodon. Orthognath. Surg. 1998. v. 13. N4. 307-316 p.
15. Tornes K. Osteotomy Length And Postoperative Stability In Vertical Subcondylar Ramus Osteotomy. Acta Odontol. Scand. 1989. v.47. N2. 81-88 p.
16. Zarvinkels H.M., Throckmorton J.S., Ellis E., Sinn D.P. Functional And Morphologic Changes After Combined Maxillary Intrusion And Mandibular Advancement Surgery. J. Oral Maxillofac. Surg. 1996. v.54. N7. 828-837 p.

CLINIC AND DIAGNOSTIC OF DISTURBANCES OF PATIENTS WITH A UNILATERAL UPPER AND LOWER JAWS MACROGNATHIA

V.I. GUNKO, M.K. NASER, N.L. LEGHAVA

Department of maxillo-facial surgery and surgical dentistry RPFU. Moscow. 117198. M-Maklaya st. 8. Medical faculty

The problem of a medical rehabilitation of patients with facial and cranial deformations takes one of leading places in scientific researches at the present stage. Thus the special attention is given to analysis of a clinical picture of asymmetrical deformations of a facial skull, definition of criterias of an estimation of available disturbance, research of informative methods of diagnostic. The analysis is based on clinical and roentgenological information and the morphological, functional and aesthetic disturbance are established at a unilateral maxillary and mandibular macrognathia. The application anthropometric and roentgenological of survey methods on patients allows comprehensive to evaluate available disturbance, that promotes exact planning of treatment.

Keywords: clinic, diagnostic, upper jaw, mandible, macrognathia, deformation, anthropometry, teleroentography.