



Косырева Т. Ф., Лопатин А. В., Мкртчян К. Е..

Российский университет дружбы народов, Москва

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

СКЕЛЕТНАЯ ФОРМА III КЛАССА ОККЛЮЗИИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА И БЕЗ.

Введение: Актуальность проблемы медицинской реабилитации больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) определяется частотой порока развития сложностью и продолжительностью его лечения, требующего участия в нем многих специалистов, прежде всего ортодонта, челюстно-лицевого хирурга, ортопеда и др. (Т.Ф. Косырева, 2000).

Пациенты с ВРГН обычно имеют скелетную форму III класса аномалии окклюзии зубных рядов, обусловленную верхней микрогнатией, верхней ретрогнатией и рубцовой деформацией верхней губы и неба. Ортодонтическое лечение больных в детском и подростковом возрасте часто заканчивается рецидивом. Пациентам с завершеным скелетным ростом может быть показана ортогнатическая хирургия. Однако хирургический подход отличается от обычных пациентов с III скелетным классом аномалии окклюзии без ВРГН из-за отличий в строении челюстно-лицевой области по данным цефалометрического анализа.

Взрослые пациенты с ВРГН имеют вогнутый лицевой профиль, короткий филтрум, перекрестную окклюзию в переднем и боковом отделе со смещением линии косметического центра, скученностью зубов верхнего и нижнего зубных рядов, аномалиями положения зубов. Кроме того ВРГН часто осложняется кариесом в области передних зубов, отсутствием верхнего бокового резца (резцов) в области расщелины, а из-за резкого сужения верхней челюсти и небного прорезывания премоляров, часто удаляются отдельные зубы, что еще больше в дальнейшем усугубляет диспропорцию размеров зубных рядов. Важно проводить дифференциальную диагностику при ортодонтическом и хирургическом лечении больных с ВРГН с пациентами, имеющими III класс аномалии без ВРГН. В связи с этим мы провели анализ морфологических нарушений у челюстно-лицевой области у данной категории пациентов.

Методы и материалы: выбраны две группы пациентов в возрасте 16-24 лет (средний возраст 18±2,3 лет): I-ая гр. с ВРГН и II-ая гр. без ВРГН, в каждой группе было по 16 пациентов. С каждым пациентом оформлялось информированное со-

гласие на ортодонтическое и хирургическое лечение. Всем пациентам изготавливались диагностические модели челюстей и проводилась ортопантомография и телерентгенограмма головы в боковой проекции.

Результаты исследования: Среди обследованных больных с ВРГН (I группа) встречались пациенты с тремя характерными формами морфологических скелетных нарушений в челюстно-лицевой области, которые соответствовали определенной степени выраженности нарушения аномалии зубных рядов. Из них в группе Ia(43,7%) - находились пациенты с верхней микрогнатией. В группе Ib(50%) - верхней микрогнатии сопутствовала верхняя ретрогнатия. В группе Iv(6,3%) - верхней микрогнатии и ретрогнатии сопутствовала нижняя макрогнатия и прогнатия. При данной сочетанной форме выраженность скелетных и зубо-челюстных аномалий наибольшая.

В соответствии с этим больным Ia группы показано ортодонтическое лечение без ортогнатической хирургии, часто камуфляжное. Больным Ib группы показана ортогнатическая хирургия на верхней челюсти. Больным Iv группы - показана ортогнатическая хирургия на обеих челюстях.

Для пациентов II группы (без ВРГН) характерны другие скелетные нарушения. В 30,2 % (группа IIa) - наблюдается изолированная верхняя микрогнатия, показано ортодонтическое лечение. В 25 % (группа IIб) - имеется изолированная нижняя макро- и прогнатия. Показано ортодонтическое камуфляжное лечение или ортогнатическая хирургия на нижней челюсти. В 43,8% (группа IIв) - сочетанные скелетные нарушения в виде верхней ретро- и микрогнатии и нижней макро- и прогнатии. Показана двучелюстная ортогнатическая хирургия.

Цель ортогнатической хирургии у пациентов обеих групп: достижение эстетического, функционального результата и гармонизации лица и зубо-челюстной системы. При этом важна подготовка, четко спланированная, на обусловивших аномалию окклюзии зубо-альвеолярных и скелетных факторах, которые могут различаться



в данных двух группах. У пациентов с ВРГН, как правило, имеется перекрестный прикус, выраженное укорочение и сужение верхнего зубного ряда, возможная адентия боковых резцов и премоляров, деформация верхнего зубного ряда, множественные аномалии положения отдельных зубов. Скелетные проблемы проявляются в виде верхней микрогнатии по 3-м плоскостям, верхней ретрогнатии в сагиттальной плоскости, в нарушении инклинации основания верхней челюсти по вертикали. Скелетные аномалии развития нижней челюсти, как правило, не выражены. Ранняя хейло и урнаопластики осложняются рубцовой деформацией кожно – хрящевого отдела носа, а также неба, что осложняет деформацию верхнего зубного ряда и ортодонтическое лечение. Имеет значение тип роста лицевого скелета, для пациентов с ВРГН в 75% случаев характерна вертикальная тенденция роста лицевого отдела черепа, что также не способствует продольному росту верхней челюсти. Рубцовые деформации верхней губы и неба влияют на сужение верхнего зубного ряда, на формирование межчелюстной кости, а также ретроположение и ретрузионный наклон верхних резцов, формирование перекрестного прикуса и обратного резцового смыкания, тортаномалии и др. дистопии. У пациентов I группы (с ВРГН) наблюдается небный наклон верхних моляров, в отличие от пациентов II группы (без ВРГН) – отвесное положение.

Ортодонтическое лечение у пациентов I и II группы включает предхирургическое нивелирование верхних и нижних зубных рядов, а их стабилизацию после ортогнатической хирургии, выравнивание скученности зубов, нормализацию формы верхнего и нижнего зубных рядов и наклона зубов.

У больных I группы (с ВРГН) предварительно проводится консультация с врачом ортопедом о необходимости создания места в верхнем зубном ряду для отсутствующих зубов, либо имплантации или перемещения задних зубов для закрытия пространства вызванного отсутствием резцов, либо величиной дефекта в области расщелины альвеолярного отростка. Решение принимается индивидуально после изучения set-up моделей и измерения размеров зубов, зубных рядов и дефицита места.

В типичном III скелетном классе пациентов в пред хирургическом ортодонтическом лечении, лингвально наклоненные верхние резцы обычно

перемещаются лабиально. У пациентов с ВРГН верхние резцы располагаются отвесно, без лабиального наклона. Нижние резцы у пациентов с ВРГН необходимо наклонить лабиально, также как и у пациентов с III скелетным классом, для зубной компенсации.

Большинство случаев требуют расширения сужения верхней челюсти и соответствия формы и размеров верхней и нижней зубной дуги. Для расширения верхнего зубного ряда используется аппарат Квадхеликс, съемные и несъемные аппараты с винтами. У подростков или детей ортодонтическое расширение для быстрого раскрытия небного шва дает лучшие результаты на несъемных аппаратах. Однако для пациентов с расщелиной лучший результат дает небный трансверзальный дистрактор. Кроме того при значительном продольном недоразвитии верхнего зубного ряда (укорочении), затем рекомендуется верхнечелюстной дистрактор в сагиттальном направлении с применением несъемной аппаратуры и минивинтов с небной стороны.

Проводится двух сегментарная остеотомия Лефор I совместно с костной аутопластикой альвеолярного отростка (в группах Ib, Iv), по показаниям с внутриротовой вертикальной остеотомией ветви нижней челюсти (в группах Ib, IIb, IIv). Перед операцией изготавливают модели с предполагаемыми результатами ТРГ анализа.

Сравнение сроков ортодонтического лечения в этих группах указывает на более продолжительное лечение у пациентов с расщелиной (в среднем на год).

Пост хирургическое ортодонтическое лечение проводится с целью достижения стабильности окклюзии. Для этого используется сплент и ортодонтическая аппаратура с межчелюстными легкими эластичными тягами. Необходимое ортопедическое лечение проводится после снятия брекет-дуга-системы. В случае с расщелиной применяется ретенционный аппарат длительного ношения или рекомендуется протезирование. Тенденция к рецидиву у пациентов I группы (с ВРГН) выше чем у пациентов II группы (без ВРГН).

Выводы: Результаты работы показали в обеих группах значительное улучшение наклона фильтрума и позиции верхней губы, перемещение верхней челюсти вперед, в группах Ib, Iv, IIv, улучшение эстетики профиля лица и нормализации окклюзии зубных рядов.