

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНОЙ ФОРМОЙ НАРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИИ

Внешность – главная забота людей, обращающихся за ортодонтической помощью. Лицо – та часть тела, которая производит самое большое впечатление с точки зрения физической привлекательности. Люди с челюстно-лицевыми аномалиями менее уверены в себе, у них снижается уровень самооценки, они особенно часто подвергаются негативной реакции со стороны окружающих [3]. Неправильный прикус отражается не только на эстетике лица, но и на функциях зубо-челюстной системы; у этих пациентов снижается уровень гигиены полости рта, нарушается функция дыхания, жевания и даже речи. Все это объясняет увеличивающееся число взрослых пациентов на приеме у врача-ортодонта.

На сегодняшний день существует три вида доступного лечения при нарушении роста и развития челюстных костей [6] – это модификация роста верхней и нижней челюсти у детей и подростков, но насколько это можно изменить – остается спорным вопросом. Зубо-альвеолярный камуфляж или компенсация скелетной деформации на уровне зубных дуг может поставить под сомнение стабильность ортодонтического лечения. К другим недостаткам зубо-альвеолярного камуфляжа можно отнести возможное ухудшение профиля лица, ухудшение состояния тканей пародонта при больших перемещениях зубов, а также крайне сложно достичь хорошей функциональности окклюзии. Третий метод коррекции – это комбинированное ортодonto-хирургическое лечение, которое на сегодняшний день считается лучшим методом лечения челюстно-лицевого дисбаланса у взрослых пациентов.

Комбинированное ортодonto-хирургическое лечение предполагает три основных этапа лечения: ортодонтическая подготовка к операции, ортогнатическая операция на одной или двух челюстях и завершающее ортодонтическое лечение [4].

Ортодонтическая подготовка – это самый длительный этап лечения, который занимает от 12 до 20 месяцев. Во время этого этапа выравниваются зубы и зубные ряды. Точное выравнивание



Мягкова Н.В.

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург, kdvo@inbox.ru



Стяжкин Н.В.

врач-ординатор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург, kdvo@inbox.ru

Резюме

Неправильный прикус отражается на эстетике лица и на функциях зубо-челюстной системы. Сочетание хирургического и ортодонтического лечения позволяет достичь отличного результата у пациентов с тяжелыми челюстно-лицевыми аномалиями и деформациями. Ортогнатическая хирургия создает новые возможности в лечении взрослых пациентов.

Ключевые слова: скелетные аномалии окклюзии, комбинированное ортодonto-хирургическое лечение.

MODERN TREATMENT OPTIONS FOR ADULT PATIENTS WITH SKELETAL FORM OF MALOCCLUSION

Magkova N.V., Stagkin N.V.

The summary

Malocclusion affects the aesthetics of the face and on the functions of the tooth-jaw system. The combination of surgical and orthodontic treatment achieves excellent results in patients with severe maxillofacial anomalies and deformities. Orthognathic surgery creates new possibilities in the treatment of adult patients.

Keywords: skeletal malocclusion, combined orthodontist and surgical treatment.

позволяет сопоставить зубные ряды в идеальный прикус во время операции. Этот этап проводится на полной несъемной ортодонтической технике.

Ортогнатическая хирургия (orthos – прямой, gnathos – челюсть) – это хирургическое вмешательство на челюстях, во время которого одна или обе челюсти перемещаются в новое положение, которое позволяет достичь ортогнатического прикуса [5]. Ортогнатическая операция проводится под общей анестезией. Длительность вмешательства от 1,5 до 2 часов, если операция проводится на одной челюсти, и от 4 до 6 часов, если операция проводится на двух челюстях. При этом используется внутриротовой доступ, поэтому на лице не остается шрамов. На нижней челюсти проводится двусторонняя сагиттальная остеотомия, на верхней челюсти проводится остеотомия по линии LeFort I и фиксация титановыми пластинами [1].

Третий этап – завершающее ортодонтическое лечение, посвященное детализации окклюзионных контактов. Длительность этого этапа около 6 месяцев после операции. После достижения идеальной окклюзии ортодонтическое лечение заканчивается.

В ортодонтическом отделении кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии многопрофильной стоматологической поликлиники УГМА совместно с НППЦ «Бонум» (челюстно-лицевой хирург, к.м.н. А.Г.Леонов) за период с 2009 по 2011 год было проведено комбинированное ортодonto-хирургическое лечение 23 пациентам с различными аномалиями и деформациями окклюзии в возрасте от 18 до 50 лет, из них 18 пациентов с мезиальным прикусом и 5 – с дистальной окклюзией и недоразвитием нижней челюсти.

Далее описаны клинические случаи ортодonto-хирургического лечения.

Клинический случай 1

Пациентка М., 33 года.

Жалобы: на неудовлетворительную эстетику лица и улыбки, нарушение функций жевания и откусывания.

Результаты обследования:

Внешний осмотр (рис. 1):

При осмотре лица определяется:

- дефицит поддержки тканей околоносовой области;
- увеличение экспозиции красной каймы нижней губы;
- выраженные носогубные складки;
- вогнутый профиль;
- недостаток поддержки верхней губы;
- дефицит средней зоны лица;
- избыток роста нижней челюсти по вертикали и сагиттали;
- увеличение расстояния между верхней и нижней губой.

Осмотр полости рта (рис. 2):



Рис. 1. Профиль до лечения



Рис. 2. Окклюзия до лечения

Таблица 1

Параметры ТРГ до и после лечения пациентки М.

Показатель	До лечения	После лечения	Норма	Показатель	До лечения	После лечения	Норма
Угол SNA	77°	83°	82±2°	Угол NSL\NL	4°	13°	7±2°
Угол SNB	86°	83°	80±2°	Угол NSL\ML	34°	31°	25±3°
Угол ANB	-9°	0°	2±2°	Базальный угол	30°	18°	32±5°
A-Co	88 мм	90 мм		Угол ILs\NL	119°	124°	115±5°
Gn-Co	133 мм	131 мм		Угол ILi\ML	80°	75°	95±5°
Sp-Me	78 мм	72 мм		Угол ILs\ILi	133°	143°	125±5°
Носогубный угол	100°	95°	112±2	Угол выпуклости лица	-6°	7°	12±2°

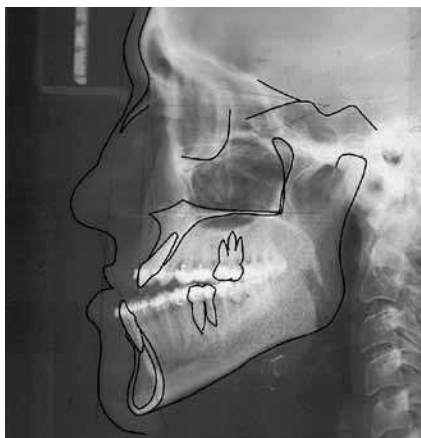


Рис. 3. Боковая телерентгенограмма перед операцией



Рис. 4. Оклюзия перед операцией



Рис. 5. Регистрация положения верхней челюсти в пространстве черепа при помощи лицевой дуги



Рис. 6. Проведение двухэтапной модельной хирургии с изготовлением двух операционных шплинтов

- аномалия окклюзии класса III (мезиальный прикус)
- вертикальная дизокклюзия во фронтальном отделе
- обратная сагиттальная щель 10 мм
- лингвальный наклон нижних резцов
- сужение верхнего зубного ряда
- адентия в области 2.5.

Анализ ортопантограммы:

Ретенированные 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, адентия 2.5.

Анализ телерентгенограммы в боковой проекции:

Цефалометрические характеристики пациентки до лечения представлены в табл. 1.

На основании осмотра и дополнительных методов исследования поставлен **диагноз**:

Скелетально: аномалия класса III, дефицит роста верхней челюсти по сагиттали (ретрогнатия), избыток роста нижней челюсти (макрогнатия), несоответствие размеров челюстей на 24 мм. Лингвальный наклон нижних резцов (ретрузия), скелетная гипердивергенция, увеличение высоты нижней трети лица.

Дентально: мезиальная окклюзия, обратная резцовая дизокклюзия, сужение и укорочение верхнего зубного ряда, ретрузия резцов нижней челюсти.

План лечения: учитывая жалобы пациентки на неудовлетворенность эстетикой лица, а также выраженность несоответствия размеров челюстей, был предложен комбинированный ортодонтосurgical метод лечения, который включал в себя несколько этапов:

- этап ортодонтической подготовки к операции (продолжительность 17 месяцев), во время которого проводилось нивелирование и выравнивание зубных рядов, достижение соответствия верхнего и нижнего зубных рядов, коррекция (декомпенсация) лингвального наклона резцов нижней челюсти, удаление третьих моляров (рис. 3, 4).
- этап модельной хирургии в артикуляторе с регистрацией положения верхней челюсти в пространстве черепа при помощи лицевой дуги и изготовление операционных шплинтов (рис. 5, 6) [2].
- этап ортогнатической хирургии: остеотомия верхней челюсти по линии LeFort I и перемещение вперед на 6 миллиметров и двусторонняя остеотомия нижней челюсти с перемещением назад на 10 миллиметров, авторотация нижней челюсти.
- постхирургическая ортодонтическая коррекция включала в себя детализацию окклюзии и составила 8 месяцев

Общая продолжительность лечения составила 24 месяца.

При анализе внешнего вида пациентки после лечения (рис. 7) отмечается значительное улучшение профиля мягких тканей лица, уменьшение нижней высоты лица, улучшение положения губ.



Рис. 7. Профиль пациентки после операции

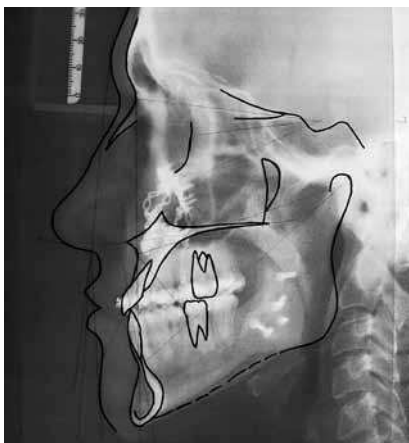


Рис. 8. Боковая телерентгенограмма после лечения



Рис. 9. Оклюзия пациентки после лечения

В полости рта наблюдается соотношение зубных рядов по I классу Энгля, нормальное резцовое перекрытие, правильные фиссурно-бугровые контакты (рис. 9). Цефалометрические характеристики размеров и положения челюстей после лечения (рис. 8) соответствуют норме и представлены в табл. 1.

Клинический случай 2

Пациент Р., 48 лет.

Жалобы: на неровное положение зубов верхней и нижней челюсти, невозможность проведения протезирования в области отсутствующих зубов.

Результаты обследования:

Внешний осмотр (рис. 10):

При осмотре лица анфас и профиль определяется: вывернутая нижняя губа, уменьшение нижней трети лица, чрезмерно выпуклый профиль, за счет ретроположения нижней челюсти и подбородка, глубокая подбородочная складка.



Рис. 10. Фото пациента в профиль перед лечением



Рис. 11. Оклюзия перед лечением

Таблица 2

Параметры ТРГ до и после лечения пациента Р.

Показатель	До лечения	После лечения	Норма	Показатель	До лечения	После лечения	Норма
Угол SNA	92°	92°	82±2°	Угол NSL\ML	17°	31°	25±3°
Угол SNB	84°	86°	80±2°	Базальный угол	12°	25°	32±5°
Угол ANB	8°	6°	2±2°	Угол ILS\NL	120°	113°	115±5°
A-Co	98 мм	99 мм		Угол Ili\ML	109°	100°	95±5°
Gn-Co	114 мм	124 мм		Угол ILS\Ili	110°	123°	125±5°
Sp-Me	57 мм	68 мм		Носогубный угол	92°	95°	112±2°
Угол NSL\NL	5°	6°	7±2°	Угол выпуклости лица	24°	15°	12±2°

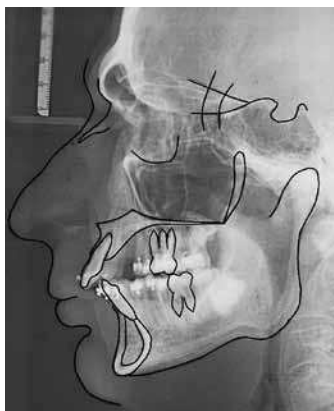


Рис. 12.

Боковая телерентгенограмма
пациента перед операцией

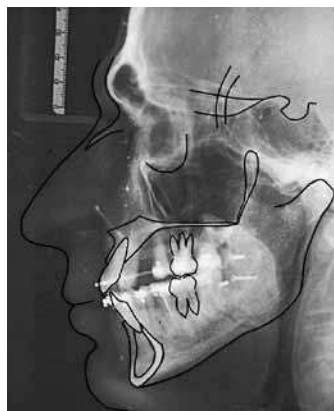


Рис. 13.

Фото пациента в профиль
после лечения



Рис. 14. Оклюзия пациента перед операцией



Рис. 15. Боковая телерентгенограмма головы
после хирургического этапа лечения

Осмотр полости рта (рис. 11) аномалия класса II, дистальный прикус, подкласс 1, сагиттальная щель 10 мм, протрузия резцов верхней челюсти, сужение верхнего зубного ряда, глубокий травмирующий прикус.

Анализ ортопантомограммы: ретенция 2.8, 3.8, 4.8, адентия 1.4, 2.4.

Анализ телерентгенограммы в боковой проекции: цефалометрические характеристики пациента до лечения представлены в табл. 2.

На основании осмотра и дополнительных методов обследования был поставлен **диагноз**:

Скелетально: класс II, микро- и ретрогнатия нижней челюсти, скелетная гиподивергенция, уменьшение нижней высоты лица.

Дентально: дистальный глубокий травмирующий прикус, протрузия резцов верхней челюсти, адентия 1.4., 2.4.

План лечения:

Предхирургическая ортодонтическая подготовка (продолжительность 8 месяцев): удаление ретенированных третьих моляров, расширение верхнего зубного ряда, нивелирование и выравнивание зубных рядов, устранение протрузии нижних и верхних резцов (рис. 12, 14).

- этап модельной хирургии и изготовление операционного шпльнта
- этап ортогнатической хирургии: операция – билатеральная сагиттальная остеотомия нижней челюсти с выдвижением вперед на 8 мм
- постхирургическая ортодонтическая коррекция (продолжительность 7 месяцев) включала в себя детализацию окклюзионных контактов.

Общая продолжительность лечения составила 16 месяцев.

При анализе внешнего вида пациента после лечения (рис. 13) отмечается улучшение профиля мягких тканей лица, увеличение нижней высоты лица, улучшение положения губ, нормализация глубины подбородочной складки. Цефалометрические характеристики после лечения (рис. 15) представлены в табл. 2. Оклюзия пациента отражена на рис. 16.

Таким образом: сочетание хирургического и ортодонтического лечения позволяет достичь отличного результата при лечении пациентов с тяжелыми челюстно-лицевыми аномалиями и деформациями с точки зрения эстетики и функций зубо-челюстной системы. Ортогнатическая хирургия создает новые возможности в лечении взрослых пациентов.



Рис. 16. Оклюзия
после лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Arnett G. W. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1993.
2. Arnett G. W., R. P. McLaughlin «Facial and dental planning for orthodontists and oral surgeon». Mosby, 2004.
3. Macgregor F. C. Social and psychological implications of dentofacial disfigurement. Mosby, 1979.
4. Johan P. Reyneke. Essential of orthognatic surgery. Quintessence books, 2003.
5. Proffit W. R. Contemporary orthodontics. Mosby, 2000.
6. Персин Л.С. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. Медицина, 2004.