

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ АНОМАЛИЯМИ


Г.В. Степанов, И.М. Байриков, П.Ю. Столяренко, Л.Г. Ульянова

■ доктор медицинских наук, доцент кафедры¹, врач-ортодонт высшей категории



■ зав. кафедрой², доктор медицинских наук, профессор



■ доцент кафедры², канд. мед. наук



■ врач-интерн кафедры¹

¹Кафедра стоматологии детского возраста, ²кафедра ЧЛХ и стоматологии ГБОУ ВПО «СамГМУ Минздрава России», г. Самара

Междисциплинарный подход к устранению зубочелюстно-лицевых аномалий имеет большое значение для достижения положительного эффекта и стабильных результатов. Особую роль играет сотрудничество врачей ортодонтот и челюстно-лицевых хирургов. Сочетание ортодонтического лечения пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и ортогнатической хирургии позволяет добиться морфологического и функционального оптимума, что является необходимым условием для всей зубочелюстной системы и организма в целом.

Для постановки диагноза и составления плана лечения пациентам требуется провести целый ряд обследований, которые позволяют врачу принять правильное решение [2, 5]. Надо отметить необходимость междисциплинарного подхода при ведении таких пациентов [1, 3, 4, 6]. Полученные данные при телерентгенометрии являются основными, так как учитывается положение верхней и нижней челюстей в черепе, а также их размеры. Наиболее информативными параметрами при расшифровке телерентгенограмм головы, выполненных в боковой проекции, являются следующие: угол SNA; угол SNB; угол ANB; число Wits; длина переднего отдела основания черепа N-Se; длина верхней челюсти; длина нижней челюсти. Обязательными диагностическими процедурами являются фотометрия, антропометрическое изучение гипсовых моделей челюстей. Пациентам проводится компьютерная томография. При помощи неё выполняется детальный анализ имеющихся нарушений в каждом конкретном случае, что также позволяет получить полное представление о причинах, которые привели к аномалии окклюзии и принять правильное решение в составлении плана комплексного лечения.

Девять пациентов с аномалией окклюзии и положения зубов, находившихся на лечении, были в возрасте старше 18 лет. Из них лиц мужского пола – 4 человека, женского – 5. При изучении телерентгенограмм в боковой проекции у всех 9 пациентов была

диагностирована макрогнатия нижней челюсти. У одного пациента наряду с увеличением размера нижней челюсти выявлена микрогнатия верхней челюсти. Предоперационный ортодонтический этап в комплексном лечении длился в среднем 6 месяцев. У 7 пациентов была проведена плоскостная остеотомия ветвей нижней челюсти, у 2 пациентов – сегментарная остеотомия верхней челюсти.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Операционно-анестезиологический риск по ASA оценен как II класс. В состав внутривенной премедикации входили наркотический анальгетик промедол, бензодиазепин сибазон, холинолитик атропин. Все пациенты оперированы в условиях общей многокомпонентной анестезии на основе ингаляционного (закись азота) и внутривенного (фентанил, пропофол) анестетика. Вводная анестезия: последовательная индукция пропофолом (2 мг/кг), фентанилом (4-5 мкг/кг). Миоплегия перед интубацией обеспечивалась листеноном, во время операции – ардуаном. Назотрахеальная интубация трахеи трубкой Portex N 7 с раздувной манжетой, фаринготампонада. Искусственная вентиляция лёгких газонаркотической смесью закиси азота и кислорода в соотношении 6:3 на фоне инфузии пропофола 5-6 мг/кг/ч шприцевым насосом B/Braun (рис. 1) и болюсного введения фентанила (5-6 мкг/кг/ч). Управляемая гипотония ганглиоблокатором пентамином. Интраоперационный мониторинг аппаратом Nihon Kohden (рис. 2). В послеопераци-

онном периоде межчелюстную эластическую тягу накладывали на 2-3 сутки, у 3 больных для послеоперационного обезболивания использована пролонгированная регионарная анестезия в течение 2-х суток через катетеры, подведённые к овальным отверстиям.



Рис. 1. Дозированное введение пропофола инфузионным насосом B/Braun со скоростью 15 мл/ч



Рис. 2. Интраоперационный мониторинг АД, пульса, SpO₂ аппаратом Nihon Kohden

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП

У 7 пациентов операцию начинали с двусторонней сагиттальной остеотомии нижней челюсти внутриворотным доступом. Челюсть устанавливали в правильном положении по изготовленному ортодонтом сплунту, затем позиционировали ветви нижней челюсти в правильном положении сустава и проводили остеосинтез фрагментов. У двух пациентов выполняли остеотомию верхней челюсти по Ле Фор 1, выделяли и мобилизовали нервно-сосудистые пучки с обеих сторон, фрагментировали челюсть на 4 сегмента, устанавливали их в состоянии центральной окклюзии, затем проводили остеосинтез.

После стихания послеоперационных явлений и снятия швов проводили послеоперационный ортодонтический этап, который продолжался от 6 до 12 месяцев.

Приводим несколько клинических случаев комбинированного лечения пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями (рис. 3-11).

Клинический случай 1. Пациентка Татьяна М., 24 года. Диагноз: Мезиальная окклюзия. Обратная резцовая окклюзия. Двусторонняя палатоокклюзия. Вестибулярное положение зубов 13; 23; 32. Тесное положение резцов нижней челюсти.



Рис. 3. Пациентка 24 лет. Мезиальная окклюзия. Обратная резцовая окклюзия. Двусторонняя палатоокклюзия. Вестибулярное положение зубов 13; 23; 32. Тесное положение резцов нижней челюсти. Профиль лица – а) и смыкание зубных рядов – б) до начала комплексного лечения



Рис. 4. Телерентгенограммы головы в боковой проекции пациентки Татьяны М., а) до операции; б) после операции



Рис. 5. Пациентка Татьяна М., 24 лет. Состояние после комплексного лечения: а) профиль лица; б) смыкание зубных рядов

Клинический случай 2. Пациентка Татьяна П., 24 года. Диагноз: Мезиальная окклюзия. Правосторонняя палатоокклюзия.



Рис. 6. Пациентка Татьяна П., 24 года. Мезиальная окклюзия. Палатоокклюзия справа. Профиль лица – а) и смыкание зубных рядов – б) до начала комплексного лечения



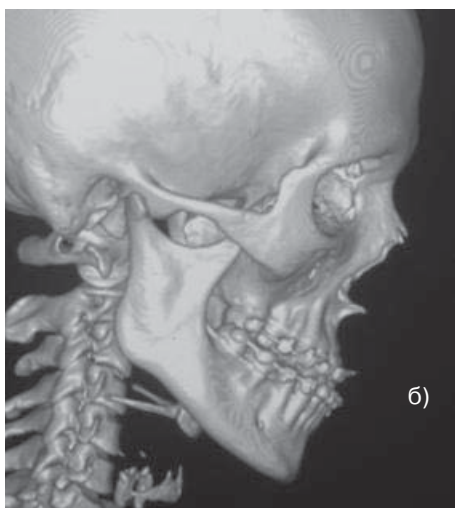


Рис. 7. Телерентгенограмма головы в боковой проекции пациентки Татьяны П., до операции – а); компьютерная томограмма той же пациентки на этапе ортодонтического лечения – б)



Рис. 8. Пациентка Татьяна П., 24 лет. Состояние после комплексного лечения; а) профиль лица; б) смыкание зубных рядов

Клинический случай 3. Пациент Юрий Ш., 19 лет. Диагноз: Мезиальная окклюзия. Вертикальная резцовая дизокклюзия. Палатоокклюзия в области зубов 14; 15; 24; 25; 26; 27. Тортоаномалия зубов 22; 32.



Рис. 9. Пациент Юрий Ш., 19 лет. Мезиальная окклюзия. Вертикальная резцовая дизокклюзия. Палатоокклюзия в области зубов 14; 15; 24; 25; 26; 27. Тортоаномалия зубов 22; 32. Профиль лица – а) и смыкание зубных рядов – б) до начала комплексного лечения



Рис. 10. Ортопантомограмма челюстей пациента Юрия Ш. после операции

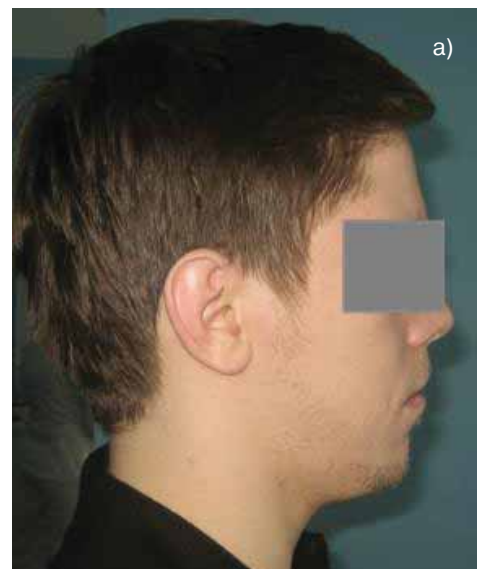


Рис. 11. Пациент Юрий Ш., 20 лет. Профиль лица – а); смыкание зубных рядов – б) после комбинированного лечения

Комбинированное лечение пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями является эффективным лишь в тех случаях, когда обеспечен междисциплинарный подход. Применение ортогнатической хирургии в лечении взрослых ортодонтических пациентов позволяет добиться хороших стабильных отдалённых результатов сроком до 7 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов, С.Н. Аппаратурно-хирургический метод лечения пациента с сочетанной зубочелюстно-лицевой аномалией / С.Н. Герасимов, А.Р. Андреищев // Ортодонтия. – 2006. – N 4 [36]. – С. 21-31.
2. Гроева, Ю.А. Мезиальная окклюзия зубных рядов / Ю.А. Гроева, Л.С. Персин. – М.: Медицина. – 2008. – 192 с.
3. Дробышев, А.Ю. Основы ортогнатической хирургии / А.Ю. Дробышев, Г. Анастасов – М.: Печатный город. – 2007. – 55 с.
4. Клипа, И.А. Хирургическое расширение верхней челюсти как этап комбинированного лечения пациентов с гнатическими формами аномалий окклюзии / И.А. Клипа, А.Ю. Дробышев, А.Б. Слабковская, Н.С. Дробышева, К.А. Куракин // Ортодонтия. – 2011. – N 4 [56]. – С. 38-45.
5. Персин, Л.С. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы / Л.С. Персин, Т.Ф. Косырева. – М.: Центр-Ортодонт, 1996. – 43 с.
6. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 592 с.