

Методы оперативного лечения аномалии лицевого черепа и зубочелюстной системы.

Подготовил: Хамидолла А.
Группа: 508

Введение

Врожденные аномалии и деформации зубочелюстной системы – проявление нарушений развития лицевого и мозгового черепа. Форма и размеры челюстей в значительной степени зависят от индивидуальных особенностей формы и размеров черепа. Нарушение роста или развития челюстей приводит к развитию деформации или аномалии, причем это может наблюдаться как в процессе эмбриогенеза, так и после рождения в период формирования временного или постоянного прикуса. В связи с этим становится понятным, какое многообразие аномалий или деформаций может наблюдаться, причем тяжесть их проявления находится в прямой зависимости от сроков возникновения.

Этиология зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций чрезвычайно разнообразна. Органо- и морфогенез челюстей лицевого черепа может быть нарушен в результате наследственного воздействия на эмбрион перенесенных родителями заболеваний (эндокринные и обменные нарушения в организме матери, инфекционные болезни), радиоактивного облучения, а также физиологических и анатомических изменений половых органов матери и неправильного положения плода.

Основная часть

Внедрение в клиническую практику новых, более современных методов исследования, особенно телерентгенографии, позволило реально оценить морфологические нарушения у больного с аномалией или деформацией лицевого черепа. Следует отметить, что одни и те же нарушения прикуса могут быть вызваны различными морфологическими изменениями в зубочелюстной системе и лицевом черепе. Точная регистрация их может иметь решающее значение при разработке рационального плана лечения. Предлагаемые различными авторами классификационные схемы аномалий лицевого черепа и деформаций челюстей основаны на эмбриологических, патогенетических, морфологических и других признаках.



В основу хирургического лечения больных с верхней прогнатией или макрогнатией положен метод сегментарной остеотомии фронтального отдела верхней челюсти, позволяющий устранить эстетический недостаток и добиться множественного контакта между зубами-антагонистами. Операция сегментарной остеотомии фронтального отдела верхней челюсти состоит в следующем.

Под эндотрахеальным наркозом проводят Г-образные разрезы слизистой оболочки и надкостницы с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне 5|5 до верхнего свода преддверия полости рта. Слизисто-надкостничные лоскуты с обеих сторон отслаивают до уровня 3|3 зубов и свободные их концы берут на держалки. Удаляют 4|4 зубы и через лунки удаленных зубов проводят остеотомию и остэктомию на планируемую величину, начиная от гребня альвеолярного отростка вертикально вверх до уровня, располагающегося на 5 мм выше проекции вершук корней фронтальных зубов.

Усовершенствованная методика сегментарной остеотомии фронтального отдела верхней челюсти обеспечивает:

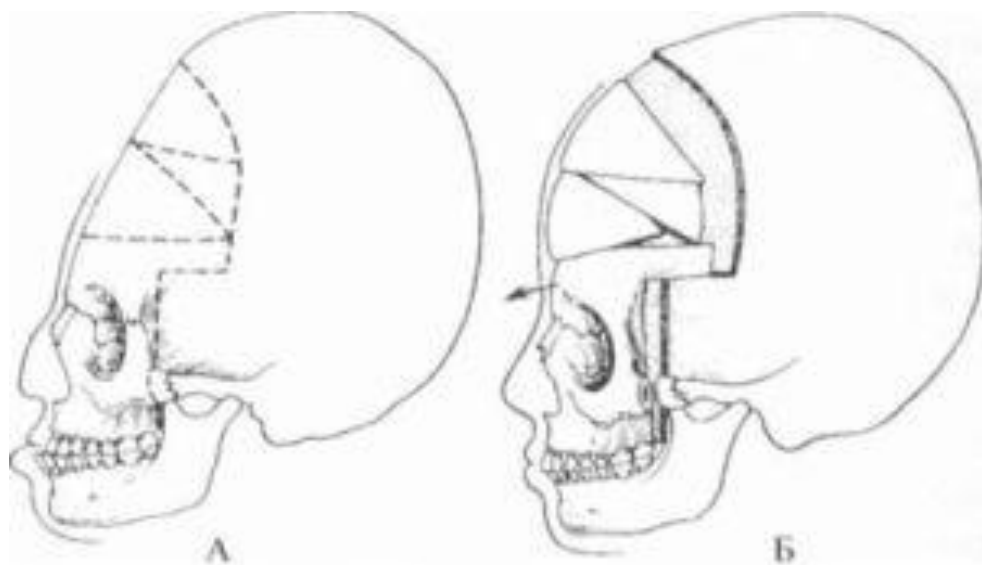
- хорошее кровоснабжение остеотомированного сегмента и жизнеспособность зубов за счет мягкотканых питающих лоскутов с вестибулярной стороны и со стороны твердого неба;
- проведение остеотомии и остэктомии под визуальным контролем на удалении от вершук зубов, чем объясняются их высокая жизнеспособность и устойчивое положение;
- условия для значительного перемещения остеотомированного сегмента (вверх, вниз, кзади);
- хороший операционный доступ и обзор операционного поля, что позволяет избежать повреждения корней зубов и питающих сосудов;
- оптимальные условия для течения процессов репаративной регенерации за счет создания плотного контакта костных фрагментов и их надежной фиксации.



Чаще всего плоскостную остеотомию нижней челюсти в области ветвей проводят внутриротовым (по Обвегезеру) и наружным (по Митрофанову и Рудько) доступами.

При внутриротовом доступе методика хирургического лечения состоит в следующем. Под эндотрахеальным наркозом проводят разрез слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке с переходом на наружную поверхность тела нижней челюсти до уровня нижнего свода преддверия полости рта. Затем рассекают надкостницу по переднему краю ветви нижней челюсти. Распатором скелетируют наружную поверхность ветви нижней челюсти до заднего края, который также скелетируют изогнутым распатором. В рану вводят специальный крючок, который, будучи фиксирован за задний край ветви, позволяет отвести в сторону мягкие ткани щеки, что обеспечивает хороший обзор операционного поля.

С внутренней стороны ветви нижней челюсти выше проекции сосудисто-нервного пучка нижней челюсти поднадкостнично отслаивают мягкие ткани в виде туннеля до заднего края ветви нижней челюсти. В образовавшийся туннель вводят другой специальный крючок, который также фиксируют за задний край ветви нижней челюсти выше первого. Затем при помощи бора пропиливают внутреннюю компактную пластинку ветви нижней челюсти выше места вхождения сосудисто-нервного пучка по проекции внутреннего крючка. Линию остеотомии



Плоскостную остеотомию нижней челюсти в области ветвей наружным доступом по Митрофанову и Рудько осуществляют следующим образом.

Под эндотрахеальным наркозом в подчелюстной области проводят разрез кожи длиной 6–7 см, окаймляющий угол нижней челюсти. Послойно рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку и подкожную мышцу шеи. Скальпелем рассекают надкостницу на протяжении 3 см, начиная от угла нижней челюсти по ее нижнему краю. Распатором скелетируют наружную поверхность ветви нижней челюсти до полулунной вырезки. Затем обнажают передний и задний края ветви нижней челюсти. Отступя книзу 0,5–0,7 см от полулунной вырезки по переднему и заднему краям ветви нижней челюсти, бором выпиливают насечки, на уровне которых иглой Дешана отслаивают надкостницу с внутренней стороны ветви выше сосудисто-нервного пучка нижней челюсти. Затем, начиная с насечки по переднему краю ветви нижней челюсти, бором производят параболической формы пропилов кости до губчатого вещества с переходом на наружную поверхность тела челюсти, нижний край и заднюю поверхность ветви до насечки.



Рис. 20-2. Окончание: 1, 2 — вид больного; 3 — прикус; 4 — телерентгенограмма.

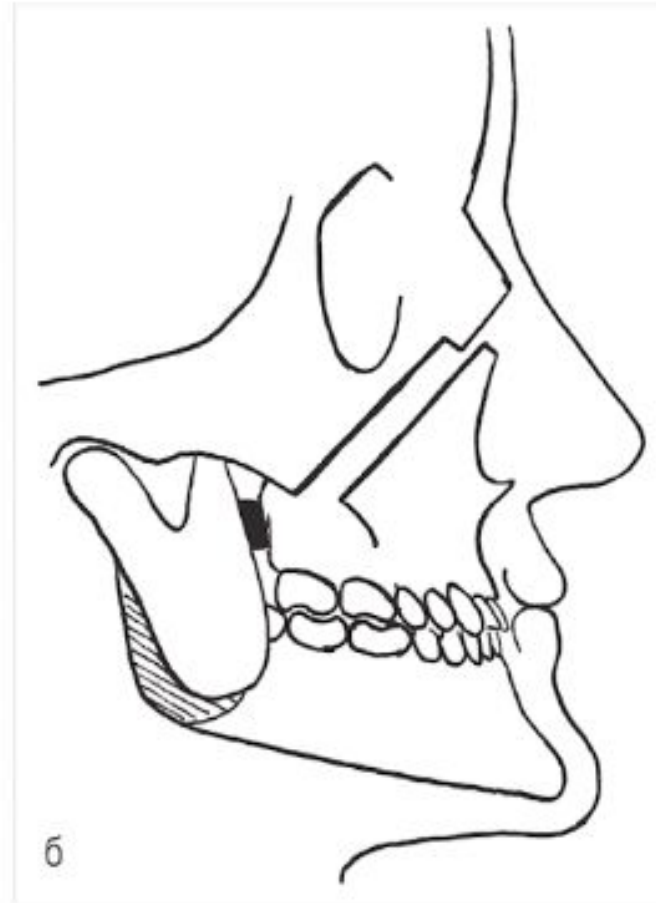
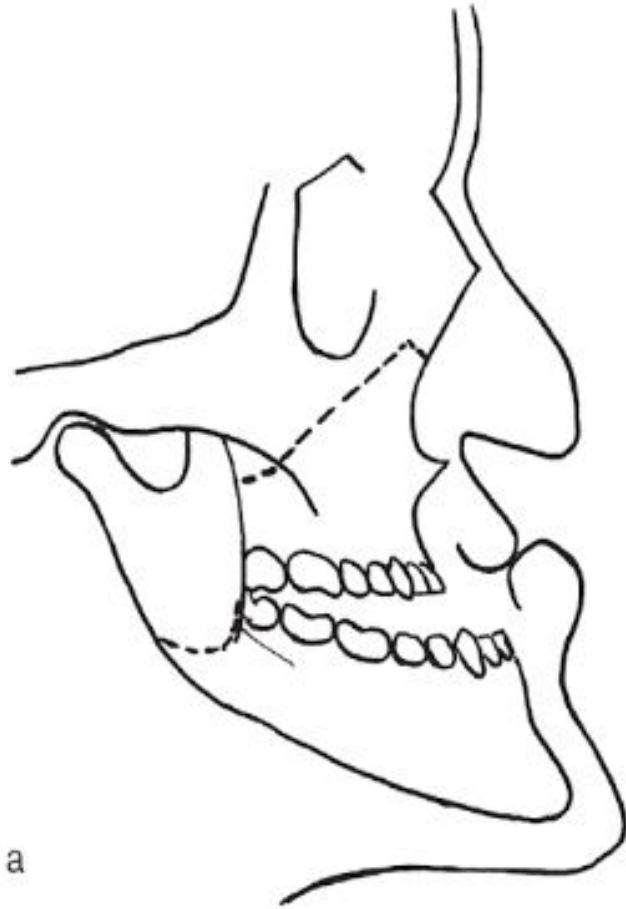


Рис. 20-5. Схемы остеотомии верхней и нижней челюстей с верхней ретро- или микрогнатией и нижней про- или макрогнатией при плоскостной остеотомии ветвей нижней челюсти: а — до операции; б — после перемещения и фиксации костных фрагментов.

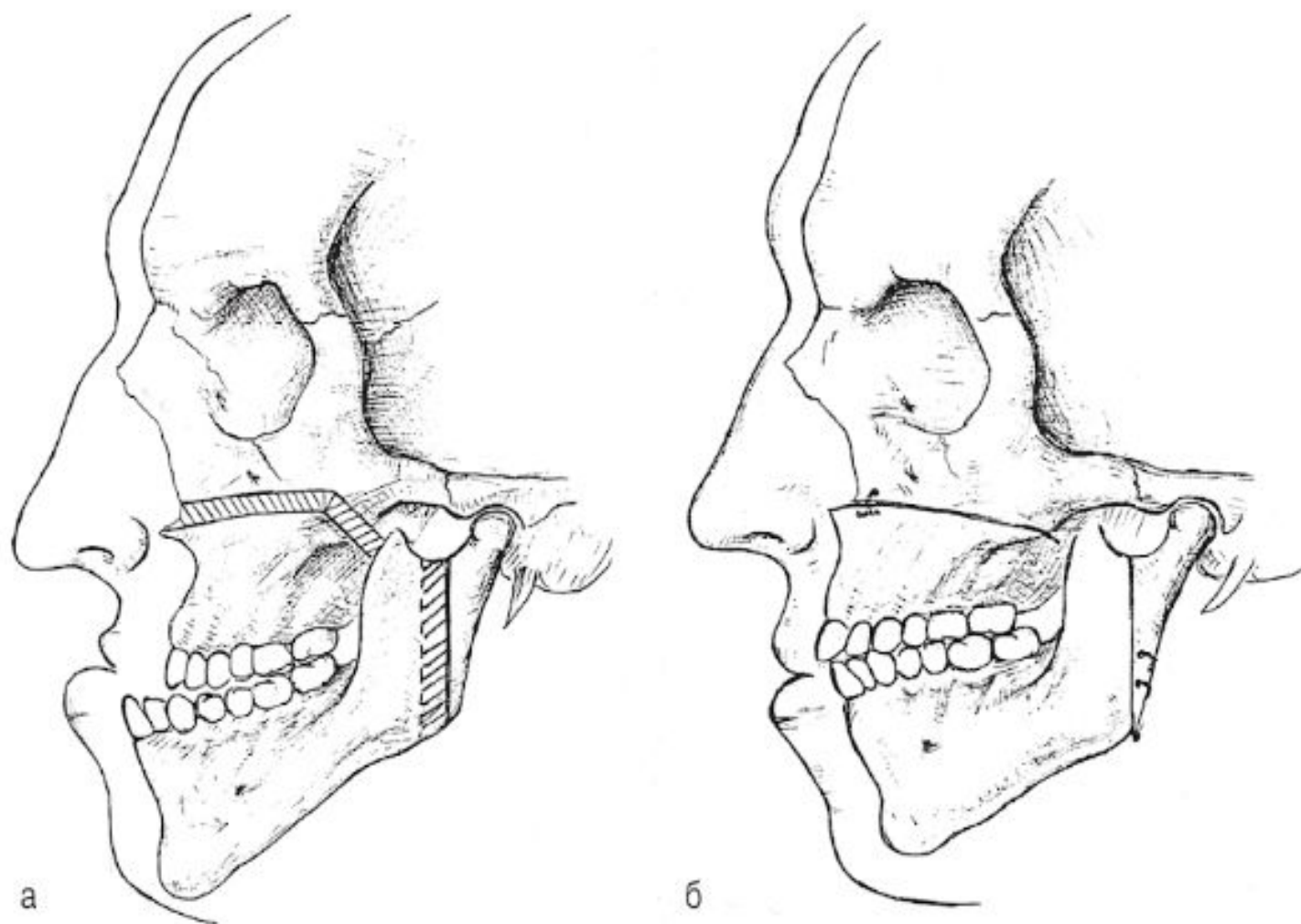


Рис. 20-7. Схемы остеотомии верхней и нижней челюстей с верхней ретро- или микрогнатией и нижней про- или макрогнатией при вертикальной субкондилярной остеотомии ветвей нижней челюсти: а — до операции; б — после перемещения и фиксации костных фрагментов.

При лечении больных с тяжелыми несимметричными деформациями лицевого черепа, вызванными гемифациальной микросомией II и III степени, необходимо большое количество костно-пластического материала. При использовании с этой целью аутотрансплантатов костной ткани время и тяжесть операции значительно увеличиваются. С учетом описанных выше недостатков существующих методов хирургического лечения больных с гемифациальной микросомией разработан новый способ оперативного лечения, основанный на использовании ортотопических аллотрансплантатов.

Под эндотрахеальным наркозом в подчелюстной области на стороне поражения, отступя от края нижней челюсти, проводят разрез кожи, учитывая диапазон перемещения нижней челюсти вниз. Скелетируют наружную поверхность тела и ветви нижней челюсти. Часть рудимента ветви нижней челюсти удаляют. На наружной поверхности тела и ветви нижней челюсти и на нижней поверхности височной кости создают воспринимающее ложе для ортотопического аллотрансплантата.

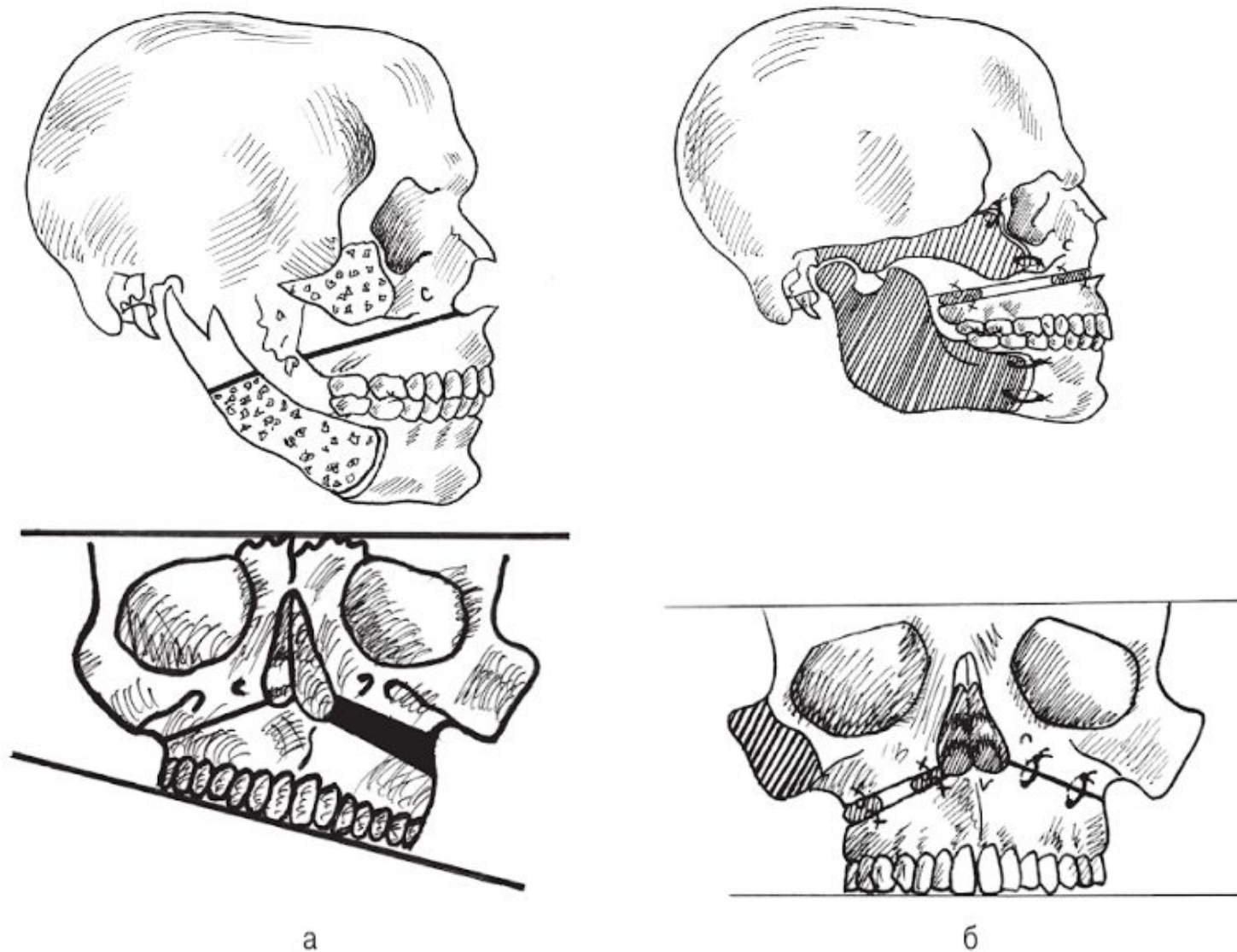


Рис. 20-15. Схемы остеотомии верхней и нижней челюстей при гемифациальной микросомии: а — до операции; б — после перемещения и фиксации костных фрагментов.

Заключение

В раннем детском возрасте развитие зубочелюстной системы может быть нарушено под влиянием эндогенных факторов (наследственность, эндокринные нарушения, различные инфекционные болезни, нарушения обмена веществ) и экзогенных причин (воспаление в зонах роста челюстей, травма, в том числе родовая, лучевое поражение, механическое давление, вредные привычки, дисфункция жевательного аппарата, нарушение акта глотания, носового дыхания и др.).

Большинство деформаций в детском и юношеском возрасте — следствие заболеваний в период развития лицевого черепа (остеомиелит, рахит, артрит ВНЧС), травмы, нарушения прикуса в связи с потерей зубов, ранних и травматичных операций по поводу расщелин губы и неба, удаления аденоидов, неправильного и некачественного ортодонтического лечения.

Деформация одной челюсти в процессе роста и развития организма более или менее резко отражается на строении всего лицевого черепа. О деформации одной или обеих челюстей речь может идти лишь при резком отклонении их параметров от условных средних величин, наиболее соответствующих остальным отделам лицевого и мозгового черепа данного индивидуума. Вторым критерий наличия деформации челюсти — нарушение функции жевания или речи.

Литература

- Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство Под ред. А. А. Кулакова. Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева стр 661