

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов С. Д., Верткин А. Л., Плескановская Н. В. и др. // Стоматология. – 2008. – № 2. – С. 61–65.
2. Барер Г. М., Верткин А. Л., Наумов А. В. // Cathedra – стоматолог. образов. – 1999. – № 2. – С. 30–33.
3. Белоусов Н. Н. // Пародонтология. – 2008. – № 3. – С. 3–6.
4. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология. – М., 2004.
5. Верткин А. Л., Барер Г. М., Наумов А. В. // Cathedra – стоматолог. образов. – 2007. – № 2. – С. 30–33.
6. Воложин А. И., Субботин Ю. К. Учение о болезни (нозологическая). – М., 1994.
7. Воскресенский О. Н., Ткаченко Е. К. // Стоматология. – 1991. – № 4. – С. 5–10.
8. Грудянов А. И., Овчинникова В. В. // Стоматология. – 2009. – № 3. – С. 34–37.
9. Козлов В. А., Артюшенко Н. К., Шалак О. В. и др. Ультразвуковая доплерография сосудов макро- и микроциркуляторного русла тканей полости рта, лица и шеи. – СПб., 2000.
10. Кречина Е. К., Козлов В. И., Маслова В. В. Микроциркуляция в тканях десны пародонта. – М., 2008.
11. Кречина Е. К., Маслова В. В., Рахимова Э. Н., Шидова А. В. // Новая медицинская технология. – М., 2008.
12. Николаева Е. Н. Маркеры риска генерализованного пародонтита. Молекулярно-генетические аспекты. – 2011.
13. Новикова Е. Н. Применение современных форм хлоргексидин-содержащих препаратов в комплексном лечении пародонтита: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
14. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. – 3-е изд. – М., 2006.
15. Соловьева А. М., Афанасьева У. В. // Пародонтология. – 1999. – № 2. – С. 44–47.
16. Сухова Т. В. Особенности свободнорадикального окисления, антиоксидантной защиты и состояния нервной системы у больных хроническим генерализованным пародонтитом: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. – М., 2000.
17. Царев В. Н., Николаева Е. Н. // Стоматология. – 2007. – № 5. – С. 82–87.
18. Царев В. Н., Николаева Е. Н., Саркисян Н. А. // Рос. стоматол. журн. – 2009. – № 2. – С. 32–34.
19. Царев В. Н., Николаева Е. Н., Плескановская В. Н. и др. // Рос. стоматол. журн. – 2011. – № 2. – С. 23–29.
20. Ценов Л. М. Заболевания пародонта. – 2008.
21. Янушевич О. О. // Пародонтология. – 2002. – № 3. – С. 23–28.
22. Behl Y., Siquiera M., Ortiz J. et al. // J. Immunol. – 2008. – Vol. 181, N 12. – P. 8711–8718.
23. Borrell L. N., Jacobs D. R., Williams D. R. et al. // Am. J. Epidemiol. – 2007. – Vol. 166. – P. 1068–1079.
24. Burns E., Bachrach G., Shapira L., Nussbaum G. // J. Immunol. – 2006. – Vol. 177. – P. 8296–8300.
25. Develioğlu H., Kesim B., Tuncel A. // Braz. Dent. J. – 2006. – Vol. 17, N 3. – P. 219–222.
26. Flemmig T. F., Beikler T. // Periodontology. – 2000–2011. – Vol. 55, N 1. – P. 9–15.
27. Kinane D. F., Preshaw P. M., Loos B. G. // J. Clin. Periodontol. – 2011. – Vol. 38, Suppl. 11. – P. 44–48.
28. Kornman K. S., Duff G. W. // Ann. Periodontol. – 2001. – Vol. 6. – P. 48–57.
29. Loesche W., Grossman N. S. // J. Clin. Microb. Rev. – 2007. – Vol. 1. – P. 727–752.
30. Mahanonda R., Pichyangkul S. // Periodontology. – 2000. – 2007. – Vol. 43. – P. 41–55.
31. Morozumi T., Kubota T., Sato T. et al. // J. Clin. Periodontol. – 2004. – Vol. 31. – P. 267–272.
32. Persson G. R., Berglund J., Persson R. E., Renvert S. // Bone. – 2011. – Vol. 48, N 3. – P. 552–556.
33. Renz A. N., Newton J. T. // Periodontology. – 2000–2009. – Vol. 51. – P. 252–268.
34. Rescala B., Rosalem W. Jr., Teles R. P. et al. // J. Periodontol. – 2010. – Vol. 81, N 9. – P. 1308–1316.
35. Sanz M., Winkelhoff A. J. van. // J. Clin. Periodontol. – 2011. – Vol. 38, Suppl. 11. – P. 3–6.
36. Sultan N., Rao J. // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2011. – Vol. 16, N 3. – P. 440–447.

Поступила 10.04.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314-007.1-089:616.716.1-089.87

Ф. Х. Набиев, А. Н. Сеньюк, Р. Н. Аскеров, Г. Ю. Чикуров

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИСЕГМЕНТНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ОРТОДОНТИЧЕСКО-ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИЕЙ

Отделение реконструктивной челюстно-лицевой хирургии ФГУ Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий

В статье представлены результаты комплексного лечения пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией с применением мультисегментной остеотомии верхней челюсти на уровне Le Fort I.

Ключевые слова: вертикальная резцовая дизокклюзия, скелетная аномалия окклюзии II, III классов Энгля, несоответствие форм и размеров зубных рядов, двухчелюстная хирургия, фрагментарная остеотомия верхней челюсти на уровне Le Fort I.

THE USE OF MULTISEGMENTAL OSTEOTOMY OF THE UPPER JAW AT THE COMPLEX ORTHODONTIC-SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VERTICAL PREMAXILLARY DESOCCLUSION

F. Kh. Nabiyev, A.N. Senyuk, R.N. Askerov, G.Yu. Chikurov

The article presents the results of complex treatment of patients with vertical premaxillary desocclusion with the use of multi-segment osteotomy of the upper jaw at the level of Le Fort I.

Key words: vertical premaxillary desocclusion, skeletal anomaly occlusion II, III grades Engl, incompatibility of the shapes and sizes of dental rows, two of the jaw surgery, a fragmented osteotomy the top at the level of I Le Fort

Введение

Современная ортогнатическая хирургия развивается и совершенствуется по мере увеличения обращаемости пациентов, возникновению новых исследований и хирургических методов. При устранении зубочелюстных аномалий у пациентов предпочтительно применение двухчелюстной хирургии в объеме остеотомии верхней челюсти (ВЧ) на уровне Le Fort I и двусторонней сагиттальной остеотомии нижней челюсти (НЧ). При наличии показаний к проведению остеотомии ВЧ на уровне Le Fort I применяется фрагментация ВЧ с целью улучшения интраоперационного сопоставления верхнего и нижнего зубных рядов. Методика фрагментарной остеотомии ВЧ приобрела особую важность при хирургическом лечении пациентов со скелетными аномалиями окклюзии II, III классов Энгля, сопровождающихся перекрестным и открытым прикусами. Применению фрагментации при остеотомии ВЧ на уровне Le Fort I посвящены многочисленные работы [3–7]. Современные данные литературы свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности данного оперативного вмешательства в сочетании со стабильностью достигнутых результатов [3, 4].

Кривизна и ширина верхней зубной дуги могут быть изменены ортодонтически, но, согласно данным современных наблюдений и литературы [1], вероятность рецидива в последующем крайне высока. Может наблюдаться вертикальный рецидив фронтальных зубов при их экстрезии, например в случаях попытки устранения открытого прикуса, что очень часто встречается при ортодонтическом лечении с применением эластических тяг.

При несоответствии форм и размеров зубных дуг показано применение методики мультисегментной остеотомии ВЧ на уровне Le Fort I [2]. Особенности ортодонтической предоперационной подготовки не соотносятся с принципами общей ортодонтии. При этом важно соблюдение принципа минимально инвазивной ортодонтии.

Материал и методы

В ходе проведенного исследования были обследованы, подготовлены к операции и прооперированы 11 пациентов, имеющих вертикальную резцовую дизокклюзию (рис. 1).

Этапы лечения:

1. Диагностика и предварительное планирование комплексного лечения хирургом и ортодонтом.
2. Предоперационная ортодонтическая подготовка.
3. Планирование и лабораторное моделирование ортогнатической операции.
4. Двусторонняя сагиттальная остеотомия НЧ, фрагментарная остеотомия ВЧ на уровне Le Fort I.
5. Послеоперационное ортодонтическое лечение.
6. Наблюдение в ретенционном периоде.

1. *Диагностика и предварительное планирование комплексного лечения хирургом и ортодонтом включали:*

Уточнение жалоб пациента и анамнез заболевания. Оценка общего и местного статуса. Изготовление гипсовых диагностических моделей верхней и нижней челюсти пациента, с установкой в артикулятор SAM 3 в положении центрального соотношения челюстей. Фотографирование пациента (анфас, профиль, ракурс 3/4, улыбка). Рентгенологическое обследование: телерентгенография черепа в прямой и боковой проекциях, ортопантомография, компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов.

2. *Предоперационная ортодонтическая подготовка*

Ортодонтическая подготовка проводилась с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры для нормализации положения зубов и формы зубных рядов с целью правильного сопоставления зубных рядов в ходе операции.

В ходе предоперационной ортодонтической подготовки верхнего зубного ряда к остеотомии ВЧ на уровне Le Fort I с одномоментной фрагментацией проводилось:

- устранение ротаций зубов;
- выравнивание режущих краев коронок резцов либо выравнивание уровня шеек десневого контура (при поврежденном режущем крае);
- устранение тесного положения зубов без изменений кривой Spee;
- создание инклинации верхнечелюстных резцов в пределах 57–59° к окклюзионной плоскости верхнего зубного ряда (Arnett G. W., 2004).

Особенностью ортодонтической подготовки являлось получение необходимой длины зубного ряда в области передних зубов. Хирургическую сегментацию зубной дуги выполняли между первыми резцами, клыками и премолярами. Для этого создавались промежутки в 1–2 мм между центральными резцами, клыками и первыми премолярами, что упрощало фрагментацию в данном межзубном промежутке и позволяло увеличить длину фронтального участка зубного ряда. Мобилизация фронтального зубосодержащего сегмента 13–23 в результате хирургической фрагментации ВЧ позволяло в ходе операции изменять положение резцов и клыков в 3 плоскостях и контролировать глубину и степень перекрытия. Благодаря этому в ходе операции достигались оптимальное резцовое перекрытие в пределах 3–4 мм и установка клыков ВЧ по I классу. Также при фрагментации ВЧ проводили необходимое трансверзальное расширение верхнего зубного ряда хирургическими расширителями по линиям фрагментации. В послеоперационном периоде стабильность трансверзальных размеров верхнего зубного ряда поддерживалась благодаря использованию перекрестных эластичных тяг от небной поверхности 15, 16, 17, 25, 26, 27 к вестибулярным поверхностям 35, 36, 37, 45, 46, 47 изнутри наружу. Для этого перед операцией фиксировали небные крючки или кнопки к верхним молярам и премолярам.

Предоперационная ортодонтическая подготовка нижнего зубного ряда.

Ортодонтическая подготовка проводилась с использованием несъемной ортодонтической техники и состояла из следующих этапов:

- устранение ротаций и наклонов зубов,
- устранение тесного положения зубов, выравнивание окклюзионной кривой Spee,
- создание инклинации нижнечелюстных резцов в пределах 62–64° к окклюзионной плоскости нижнего зубного ряда, что определяет эстетику нижней губы и подбородка при планировании лечения (Arnett G. W., 2004).

3. *Лабораторное планирование и 3D-моделирование операции.*

При планировании оперативного вмешательства проводили контурное планирование с использованием боковой телерентгенограммы головы и профильных фотоснимков с целью прогнозирования изменений контуров средней и нижней зоны лица в результате перемещения фрагментов верхней и нижней челюсти. Данные проведенного перемещения использовали на заключительном этапе планирования – лабораторном 3D-моделировании. Модели зубных рядов гипсовали в артикулятор SAM 3 в центральном соотношении. Проводили перемещение нижнечелюстной и верхнечелюстной моделей в трехмерном пространстве в планируемое положение и изготавливали пластмассовый хирургический шаблон. Вторую пару диагностических моделей использовали для имитации фрагментации ВЧ (рис. 3).

4. *Двустороннюю сагиттальную остеотомию НЧ, остеотомию ВЧ на уровне Le Fort I с одномоментной фрагментацией* выполняли в хирургическом стационаре под эндотрахеальным наркозом. Фрагментация ВЧ позволяла создать хорошее резцовое перекрытие и множественные окклюзионные контакты между зубными рядами. Пациентов в удовлетворительном состоянии выписывали на 2-е сутки после операции под амбулаторное наблюдение лечащего хирурга.

5. Послеоперационное ортодонтическое лечение

Непосредственно после операции фиксировались скелетные эластичные тяги, которые удерживали зубные ряды между собой, не позволяя им сместиться. Скелетная тяга обеспечивала правильное резцовое перекрытие, не допуская экстрюзии зубов.

Скелетные эластичные тяги использовались постоянно в течение 8 нед после операции. В течение 2 мес 2 раза в неделю пациента осматривал хирург. Затем необходимости в постоянном ношении скелетных эластичных тяг не было, и пациент самостоятельно пользовался ими только ночью. В послеоперационный период при необходимости ставили асимметричные эластичные тяги, которые устраняли нежелательную тягу жевательных мышц и мягких тканей.

Использование скелетных эластичных тяг продолжалось до 12–16 нед после операции, затем проводилась стандартная последовательность смены ортодонтических дуг.

Несъемную ортодонтическую технику использовали в течение 4–6 мес после операции. Это обеспечивало консолидацию фрагментов ВЧ, их иммобилизацию и заживление.

6. Ретенция

В период от 6 до 12 мес после операции завершали ортодонтическую коррекцию и изготавливали ретейнер, ношение которого продолжалось в течение 1 года после операции.

Основной целью ношения ретейнера являлось поддержание множественного контакта между зубами верхней и нижней челюсти, что осуществлялось при использовании пластинок с вестибулярными дугами и кламперами Адамса.

Результаты и обсуждение

Отдаленные результаты комплексного ортодонтико-хирургического лечения 11 пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией прослежены нами в сроки от 6 мес до 3 лет после выполненных операций (см. рис. 1–3, рис. 4).

При оценке окклюзии после операции у 11 (100%) пациентов отмечали совпадение средней линии нижнего и верхнего зубных рядов до 1 мм, адекватное резцовое перекрытие (более 2 мм) и достижение окклюзионных взаимоотношений в области клыков по I классу Энгля с множественными фиссурно-бугорковыми контактами на молярах.

Заключение

Правильная ортодонтическая подготовка и применение методики мультисегментной остеотомии ВЧ на уровне Le Fort I лежат в основе успеха комплексного ортодонтического и хирургического лечения пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией.

При тесном взаимодействии ортодонта и хирурга на всех этапах комплексного лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями достигается стабильная и функциональная окклюзия, что определяет успех проведенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проффит У. Р. Современная ортодонтия. – 2006.
2. Arnett G. W. Facial and Dental Planning for Orthodontists and Oral Surgeons. – 2006. – P. 150–184.
3. Arpornmaeklong P., Heggie A. A. // J. Craniofac. Surg. – 2003. – Vol. 14, N 1. – P. 3–9.
4. Bailey L. J., White R. P. Jr., Proffit W. R., Turvey T. A. // J. Oral Maxillofac. Surg. – 1997. – Vol. 55, N 7. – P. 728–731.
5. Bianchi A., Amadori S., Pironi M., Marchetti C. // Progr. Orthodont. – 2009. – Vol. 10, N 2. – P. 26–37.
6. Hoppenreijts T. J., van der Linden F. P., Freihofer H. P., Stoelinga P. J. // J. Adult Orthodont. Orthognath. Surg. – 1998. – Vol. 13, N 1. – P. 7–22.
7. Reyneke J. P. Essentials of Orthognathic Surgery. – Johannesburg, 2003. – P. 83–85, 127–132, 176–188, 214–225.

Поступила 10.03.12

© А. Н. СИДОРЕНКО, 2012

УДК 616.724-008+616.716.4-001.6]-08

А. Н. Сидоренко

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ В СОЧЕТАНИИ С ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ГБОУ высшего профессионального образования Кубанский государственный медицинский университет (г. Краснодар, ул. Федина, д. 4) Минздравсоцразвития Российской Федерации

Разработан и предложен усовершенствованный метод комплексного лечения больных с вывихом мениска височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с привычным вывихом нижней челюсти без применения лекарственных препаратов, который показал высокую клиническую эффективность.

Ключевые слова: лечение, дисфункции, височно-нижнечелюстной сустав

THE COMPLEX TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS DYSFUNCTION COMBINED WITH CUSTOMARY DISLOCATION OF LOWER JAW

A.N. Sidorenko

The improved method of complex treating patients having the dislocation of meniscus of temporomandibular joint (TMJ) combined with customary dislocation of lower jaw without employing medicines has been developed and offered. The method has shown high clinical efficiency.

Key words: treatment, dysfunction, temporomandibular joint

Сидоренко Александр Николаевич – канд. мед. наук, ассистент каф. ортопедической стоматологии, тел. 8(918)393-07-35, e-mail: sergeyxxx89@bk.ru

Лечение больных с дисфункциональными синдромами височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) до настоящего времени является актуальной проблемой в стоматологии