



С.В. Новгородский, В.А. Иванова, Н.В. Новосядлая, С.А. Кононенко

ОПЫТ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОЛНЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра стоматологии ФПК и ППС*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: sergei-novgorodskii@mail.ru

Цель: определение тактики ортодонтического лечения больных с врожденными расщелинами лица с учетом их возраста, вида расщелины, роста и развития отдельных участков верхней и нижней челюсти.

Материалы и методы: выделены две группы больных: 7 человек с полной двусторонней и 22 человека с полной односторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. Установлены наиболее распространенные вторичные деформации при обоих видах расщелин.

Результаты: анализ результатов клинического и рентгенологического обследования лицевого черепа подтвердил, что активный рост лицевого скелета происходит в период сменного прикуса.

Заключение: эффективность ортодонтического лечения определяется сроками обращения пациентов и этапностью лечебных мероприятий. Наиболее успешным ортодонтическое лечение у детей с врожденными расщелинами лица было в случаях его начала в 5-и – 7-и летнем возрасте и диспансерном наблюдении до 18 лет.

Ключевые слова: врожденные расщелины лица, ортодонтическое лечение.

S.V. Novgorodskiy, V.A. Ivanova, N.V. Novosyadlaya, S.A. Kononenko

THE EXPERIENCE OF ORTHODONTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH TOTAL CONGENITAL FACE CLEFTS

Rostov State Medical University,

Stomatology Department of Professional and Training Development Department

29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: sergei-novgorodskii@mail.ru

Purpose: Tactics of orthodontic treatment of patients with congenital face clefts with accounting for their age, cleft kind, growth and development of upper and lower jaw.

Materials and Methods: Two groups of patients were segregated: 7 people with total bilateral and 22 people with total unilateral cleft of labrum, alveolar bone, hard and soft palate. Most common secondary deformations with both cleft kinds present were determined.

Results: Analysis of clinical and radiographical examination of viscerocranium confirmed that active growth of facial skeleton occurs during interchangeable occlusion period.

Summary: Orthodontic treatment effectiveness was shown to depend on the time of admission and medical activity order. Orthodontic treatment of children with congenital face clefts was most effective in the cases when treatment began at 5-7 years and outpatient observation till 18 years.

Keywords: congenital face clefts, orthodontic treatment.

Введение

Расщелина верхней губы и неба является самым распространенным врожденным пороком развития челюстно-лицевой области. Имеется тенденция к увеличению частоты рождаемости детей с данной патологией [1]. Аномалии развития анатомических структур в эмбриональном периоде, образующиеся вторичные деформации твердых и мягких тканей после хирургических мероприятий формируют тяжелые анатомо-физиологические нарушения, что приводит к нарушению множества функций, поэтому в реабилитации таких детей участвует большое количество специалистов: челюстно-лицевой хирург, ортодонт, педиатр, логопед, ЛОР-специалист, психолог. Современные хирургические способы лечения позволяют восстановить целостность анатомических образований и уменьшить эстетический дефект, однако без ортодонтического лечения невозмож-

но полностью устранить анатомические и функциональные нарушения и добиться высоких эстетических результатов [2, 3].

Цель работы – определение тактики ортодонтического лечения больных с врожденными расщелинами лица с учетом их возраста, вида расщелины, роста и развития отдельных участков верхней и нижней челюсти.

Материалы и методы

Под наблюдением врачей ортодонт в ГУЗ «Стоматологической поликлинике» РО с 2003 г. по 2008 г. находились 29 детей с врожденными расщелинами лица (ВРЛ), из них 11 мальчиков и 18 девочек. Возраст пациентов колебался от 6 до 18 лет. Первичное обращение к ортодонту происходило в возрасте 5-и – 7-и лет у 24 человек, 10-и – 12-и лет у 5 пациентов. Полная двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба была у 7 больных, полная односторонняя – у 22 больных. Все дети



были оперированы: хейлопластика проведена в возрасте от 1 месяца до 1 года, уранопластика в возрасте от 3-х до 5 лет. У 25 пациентов после уранопластики имелись сквозные дефекты преддверия полости рта по месту расщелины (17 человек), сквозные дефекты твердого неба (5 человек), сочетанные сквозные дефекты преддверия рта и твердого неба (3 человека). Эти дефекты в разные сроки были устранены челюстно-лицевыми хирургами.

Выявлено, что при двусторонней полной сквозной расщелине после первичной хейлопластики у 5 пациентов из 7 развивались тяжелые деформации преддверия полости рта, приращение вестибулярной поверхности верхней губы к альвеолярному отростку верхней челюсти. В этих случаях рубцово-измененная ткань верхней губы оказывала избыточное давление на альвеолярный отросток, сдерживала рост переднего отдела верхней челюсти и сформировалось обратное резцовое перекрытие в области передних зубов. В 7–9 лет соотношение зубных рядов ухудшалось, формировался двусторонний буккальный перекрестный прикус, обусловленный смещением боковых сегментов верхней челюсти и сужением верхнего зубного ряда. В некоторых случаях создавался мезиальный прикус, обусловленный нижней прогнатией. В период с 7 до 9 лет у больных с врожденными двусторонними полными сквозными расщелинами мы старались создать условия для оптимизации роста верхней челюсти по трансверзали и сагиттали с помощью пружинного несъемного аппарата *quad helix*. Он устранял симметричное сужение верхнего зубного ряда и одновременно осуществлял коррекцию положения передних верхних резцов, что важно для нормализации положения резцовой кости.

Во втором периоде сменного прикуса, начиная с 10 лет, активный рост верхней челюсти приостанавливается. Продольный рост нижней челюсти продолжается. В этот период происходило усугубление вторичных деформаций и ухудшение соотношения челюстей по сагиттали. Для решения основных направлений лечения нами использовалась как традиционная съемная ортодонтическая аппаратура, так и несъемная эджуайз-техника. При этом приоритет в выборе лечебных аппаратов в последнее время за несъемными ортодонтическими конструкциями, так как несъемная эджуайз-техника способна осуществлять перемещение одновременно в трех направлениях.

У пациентов с односторонними полными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба вторичные деформации также резко усугублялись в сменном прикусе. План ортодонтического лечения этой группы больных в возрасте 7–9 лет включал стимуляцию роста верхнего зубного ряда в трансверзальном и сагиттальном направлениях в первой половине периода смены зубов и нормализацию положения постоянных зубов на верхнем и нижнем зубном ряду. В первой половине сменного прикуса хорошие результаты по нормализации ретроположения верхней челюсти относительно основания черепа и стимуляции ее сагиттального роста дает использование маски Диляра. С ее помощью осуществлялось выдвигание верхней челюсти вперед, смещение всего верхнего зубного ряда мезиально относительно верхней челюсти, дистальное перемещение нижней челюсти по типу подбородочной пращи. Целесообразность

применения маски Диляра в период 8-и – 9-и летнего возраста, когда происходят выраженные скелетные изменения и перестройка на зубоальвеолярном уровне подтверждалась анализом телерентгенологических показателей.

Лицевую маску мы сочетали со съемными ортодонтическими аппаратами с капповой фиксацией и несъемной аппаратурой (аппаратом быстрого небного расширения, брекет-системой).

Сложность лечения пациентов с ВРЛ в 10–12 лет была связана с усиливающейся несоответственностью роста и развития челюстных костей. На верхней челюсти целью лечения в этом периоде была дальнейшая нормализация положения зубов. Учитывая активный прирост длины тела нижней челюсти в позднем сменном прикусе, мы акцентировали внимание на контроле за интенсивностью роста и изменением положения нижней челюсти.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов проведенного нами клинического и рентгенологического обследования лицевого черепа подтверждает, что именно в период сменного прикуса происходит скачок всех показателей роста краниальной и гнатической части лицевого скелета. Причем пик роста верхней челюсти и носоорбитального комплекса приходится на первую половину периода (7-9 лет), а активный рост нижней челюсти – на вторую (10-12 лет). Все деформации лицевого черепа при врожденных полных одно- и двусторонних сквозных расщелинах, выявленные у детей в возрасте 6 лет, в сменном прикусе приобретают более выраженный клинический характер.

В первой половине периода смены зубов (7-9 лет) развиваются вторичные деформации зубных рядов под действием рубцовой ткани верхней губы и неба после хейло- и уранопластики. Зубоальвеолярные взаимоотношения ухудшаются, формируются аномалии смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии. Разнообразие клинических форм этих нарушений определяется характером и видом врожденной патологии.

Таким образом, у пациентов 7–9 лет мы стремились нормализовать форму и размеры верхнего зубного ряда и положение верхней челюсти (в течение 1,5-2 лет), а в 10–12 лет – размеры и положение нижней челюсти (за 2 года). Вследствие большого объема задач лечения и ограниченных временных рамок считаем целесообразным применение несъемной ортодонтической техники, позволяющей проводить контролируемое лечение на зубоальвеолярном уровне в короткие сроки.

Выводы

Отмечено, что в периоде активного роста у детей с врожденной патологией лица развитие лицевого отдела черепа идет параллельно с усугублением вторичных деформаций, поэтому эффективность ортодонтического лечения определяется сроками обращения пациентов и последовательностью, этапностью лечебных мероприятий. Наиболее успешным ортодонтическое лечение у детей с ВРЛ было в случаях его начала в 5-и – 7-и летнем возрасте и диспансерном наблюдении до 18 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Короленкова М. В. Оптимизация алгоритма реабилитации детей с расщелиной губы и неба с использованием компьютерных методов автоматизации и учета: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Москва, 2008. – 27 с.
2. Персин Л.С. Ортодонтия. – М.: Медицина, 2004. – 357 с.
3. Чапала В.М. Хирургические мероприятия при зубочелюстных аномалиях // Логопед. - 2008. - № 2.