

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Микрогнатия. Этиология, клиника, тактика лечения.

Выполнила ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «ортодонтия»

Васильева Екатерина Игоревна
руководитель к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

Красноярск, 2019

- 
- Цель: изучить основные принципы лечения микрогнатии, этиологические факторы, наличие которых влияет на формирование микрогнатии и помогает в проведении ее дифференциальной диагностики и лечении.
 - Задачи: научиться диагностировать микрогнатию, планировать лечебные мероприятия по её устранению.

Введение

Нарушение роста челюсти нередко приводит к возникновению деформаций челюстно-лицевой области. Деформации челюстей кроме обезображивания лица, вызывают у больных развитие функциональных расстройств (нарушение акта жевания, дыхания и речи), что приводит к возникновению у этих лиц различных заболеваний (неврогенных, желудочно-кишечного тракта и т.д.). Микрогнатия- одна из сложнейших скелетных патологий, которая требует своевременного вмешательства врача-ортодонта.

Микрогнатия(синоним - верхняя ретрогнатия) — недоразвитие верхней челюсти. Клинически характеризуется тем, что верхняя губа западает, а нижняя губа перекрывает верхнюю. Подбородок нормально развитой нижней челюсти выступает вперед и при сомкнутых зубах нижняя челюсть значительно приближается к носу, т.е. сопровождается западением и снижением высоты среднего отдела лица. Микрогнатия наблюдается у больных с врожденными расщелинами неба. Прикус у этих больных нарушен, затруднен акт откусывания и разжевывания пищи. Лицо у этих людей имеет старческий вид.



Этиология

Задержке развития верхней челюсти могут способствовать различные внутренние и внешние факторы. К внутренним можно отнести отсутствие или гибель зачатков зубов на верхней челюсти, кариозное заболевание зубов и связанная с ним ранняя потеря молочных или постоянных зубов, задержка в смене молочных зубов, эндокринные нарушения, рахит и др. К внешним относят нарушения носового дыхания, вредные привычки (сосание верхней губы, языка), травмы фронтальных зубов верхней челюсти, воспалительные околозубные заболевания. К задержке развития верхней челюсти может привести нарушение стираемости вершин клыков молочного прикуса.

В детском, подростковом и во взрослом возрасте патология в развитии и деформации челюстей может произойти после тяжелой травмы лица, неправильном и грубом срастании рубцовой ткани. Также, как, осложнение после оперативного вмешательства по поводу остеомиелита, анкилоза. В послеоперационный период может произойти недостаточная регенерация кости или наоборот, резорбция и атрофия. Развитие дистрофии приведет к атрофии мягких тканей и скелета лица.



Клиника

Основным признаком является деформация зубного ряда верхней челюсти и наличие непрорезавшихся зубов или расположение части зубов вне зубного ряда при отсутствии места для них в зубном ряду. При аномалии развития верхней челюсти нижняя челюсть и ее зубной ряд развиты нормально или наблюдается незначительная компенсаторная перестройка. Недоразвитие верхней челюсти может быть малым или резко выраженным.

При малом отставании в росте верхней челюсти каких-либо нарушений в гармонии отделов лица не отмечается. При резко выраженном недоразвитии верхней челюсти лицо принимает типичный вид: верхняя губа западает, в связи с чем подчеркивается размер носа и выступание его вперед. Резко выступает вперед и подбородок, причем в случае недоразвития верхней челюсти в вертикальном направлении подбородок значительно приближается к носу при смыкании зубных рядов. Все это характерно и для чрезмерного развития нижней челюсти - прогении.



При недоразвитии верхней челюсти отмечается ложная прогения. Определение наличия ложной прогении важно, так как терапия должна быть направлена на стимулирование роста верхней челюсти, а не на задержку роста нижней челюсти, что проводится при истинной прогении. Функциональные нарушения: при резко выраженном недоразвитии верхней челюсти нарушаются акты откусывания и разжевывания. К ортодонтической помощи обращаются главным образом в связи с косметическими недостатками. Неправильно расположенные фронтальные зубы верхней челюсти и западение верхней губы уродуют лицо и обезображивают рот во время разговора и улыбки.

Признаки микрогнатия в полости рта

При микрогнатии участок верхней челюсти с резцами и клыками уплощен, все верхние резцы устанавливаются с небным наклоном, а нижние оказываются впереди верхних. Между ними обычно сохраняется контакт и поэтому на вестибулярной поверхности верхних резцов обнаруживаются фасетки стирания. Соотношение первых постоянных моляров соответствует ортогнатическому прикусу или макрогении. При осмотре лица больного отмечается западение верхней губы.

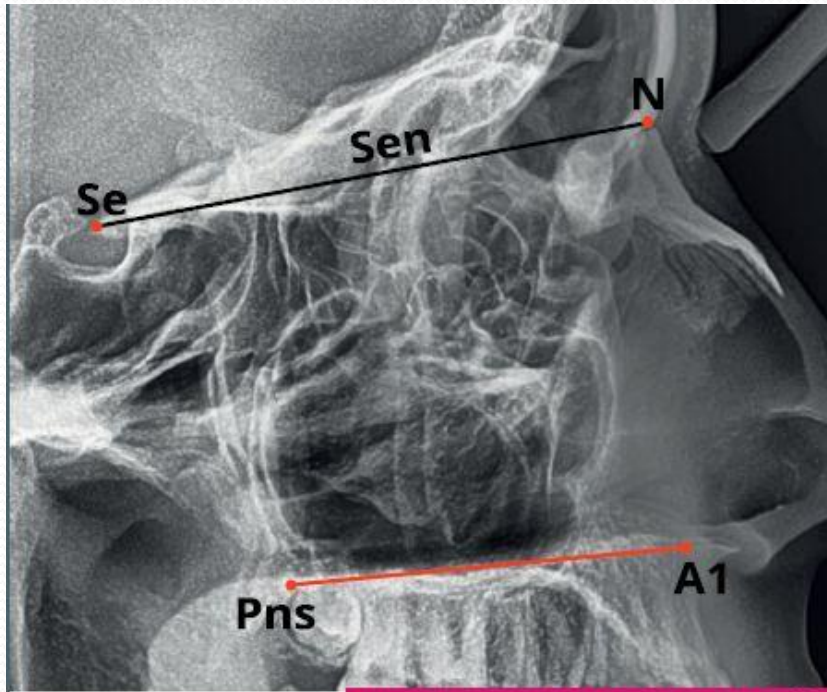
При микрогнатии вся верхняя зубная дуга может находиться в обратном соотношении с нижней. При этом между передними зубами может быть сохранен контакт или наблюдается большего или меньшего размера сагиттальное расхождение.

Эта аномалия может сочетаться со смещением нижней челюсти в сторону. У таких пациентов заметна асимметрия лица.

Диагностика

При постановке диагноза нужно произвести антропометрические исследования путем замера линейных и угловых измерений всего лица и его контуров по отдельности. Сделать фото, где лицо будет видно сбоку и прямо. Провести электромиографическое исследование, по результатам которых можно оценить работу мышц, что отвечают за мимику и процесс жевания, сделать рентгенографию костей черепа и лица - ТРГ и ОПТГ. Все эти исследования помогут установить точный диагноз и подобрать более эффективный метод оперативного вмешательства по исправлению аномалий и деформации челюстей.

Анализ ТРГ при микрогнатии



Измерение и анализ плоскостей

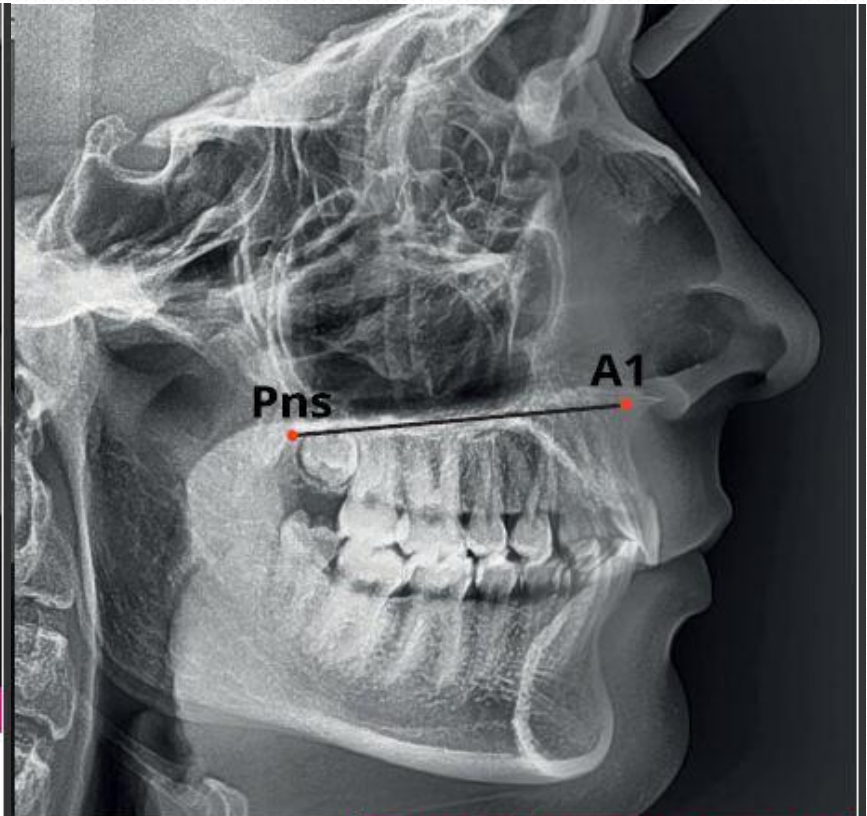
Нвч Норма размера верхней челюсти

Индивидуальная норма длины верхней челюсти зависит от длины основания черепа SeN и рассчитывается по формуле $N_{вч} = SeN * 0.7$.
Далее мы сравниваем длину верхней челюсти $A1Pns$ с полученной нормой $N_{вч}$.

$A1Pns < N_{вч}$
Микрогнатия

$A1Pns = N_{вч}$
Норма

$A1Pns > N_{вч}$
Макрогнатия



Измерение и анализ плоскостей

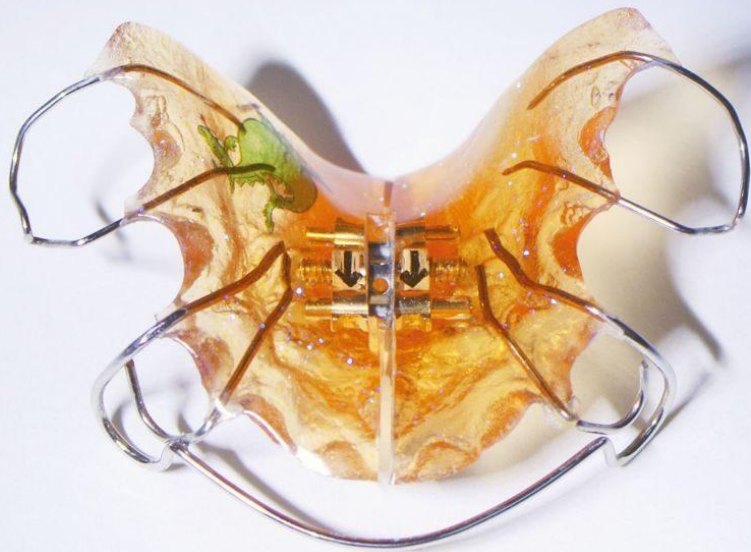
A1Pns Длина верхней челюсти

Измерить расстояние между точками Pns и A1

Лечение микрогнатии в период роста челюстей

Стимулирование роста верхней челюсти достигается различными приемами в разные периоды роста челюстей. Наибольший эффект отмечается при раннем вмешательстве. В период прикуса молочных зубов чаще всего наблюдается нёбное расположение резцов. При этом хорошие результаты дают расширяющие пластинки, опирающиеся на нёбо, альвеолярные отростки и молочные зубы. В период прикуса молочных и смены зубов возможно ускорение расширения челюсти за счет несформировавшихся костных швов твердого нёба. В период прикуса смены зубов - стимулирование роста межчелюстной кости достигается наложением аппарата Marco Rossa, Quad Helix, аппарата Гожгариана, каппы Шварца, двухчелюстных трейнеров. Отмечены положительные результаты при изготовлении съемной каппы Бынина из пластмассы.

Капа Бынина



доктор Французова





Аппарат quad helix несъёмный,
спаянный с кольцами

АППАРАТ
ГОЖГАРИАНА
АКТИВНЫЙ

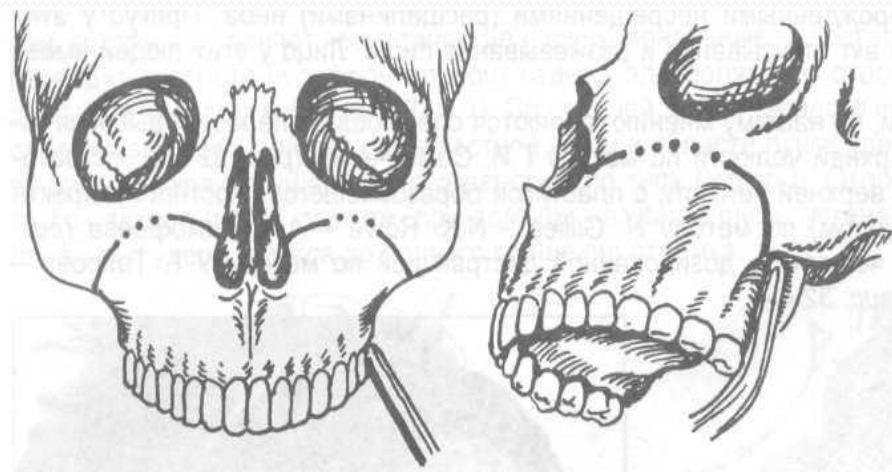
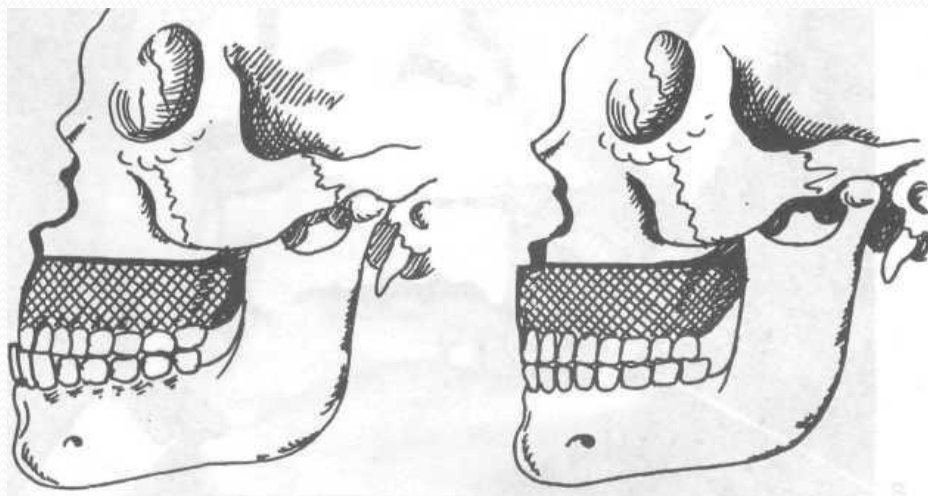


НЁБНЫЙ БЮГЕЛЬ

Хирургическое лечение микрогнатии (у нерастаущих пациентов)

В эндотрахеальном наркозе или двусторонней проводниковой анестезией делают горизонтальный разрез слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке на всем протяжении альвеолярного отростка справа и слева. Второй разрез слизистой оболочки и надкостницы проводят перпендикулярно первому по уздечке верхней губы вниз до горизонтального разреза. Распатором слизистую оболочку отделяют от лицевых поверхностей обеих верхнечелюстных костей спереди до уровня нижнего края орбиты и скуловой кости, а сзади - к крыло-небной ямке. Затем круглой дисковой пилой вскрывают кость верхней челюсти от нижнего края грушевидной отверстия горизонтально назад через скулоальвеолярный гребень под скуловую кость к верхнему краю холма верхней челюсти. Такую же операцию проводят на другой стороне.

Осторожными движениями без большого усилия отламывают нижний отдел верхней челюсти от крыловидных отростков основной кости. После этого подвижную часть верхней челюсти легко удастся выдвинуть вперед и поставить зубы в правильный прикус. В этом новом положении нижний отдел верхней челюсти надежно закрепляют с помощью внутриротовых шин и межчелюстной резиновой тяги. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место. Рану слизистой оболочки ушивают швами кетгута. Срок фиксации не менее 2 мес. В результате операции контуры лица приобретают нормальной формы, устраняется западение в среднем отделе лица и верхней губы, восстанавливается нормальное соотношение зубов верхней и нижней челюстей.



Вывод

Таким образом, при недоразвитии верхней челюсти в периоде активного роста необходимо максимально стимулировать рост верхней челюсти и произвести раскрытие небного шва, удлинить зубные ряды устраняя скученность, а при первичной и вторичной адентии произвести раскрытие места с последующим протезированием. При нормальной величине нижней челюсти консервативными методами лечения возможно достижение хороших результатов лечения мезиальной окклюзии.



Список использованной литературы:

1. Гюева Ю.А., Персин Л.С. Мезиальная окклюзия зубных рядов. — М.: Медицина, 2008. — 189 с
2. Жулев, Е. Н Атлас ортодонтических аппаратов для лечения аномалий зубочелюстной системы. — Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. — 136 с.
3. Митчелл, Л. Основы ортодонтии / Лаура Митчелл ; пер. с англ. под ред. Ю. М Малыгина. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – С. 20-74.
4. Ортодонтия / В. И. Куцевляк, А.В. Самсонов, С.А. Скляр // – 2013. – С. 140-159.
5. Персин Л. С Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 150-162.
6. Современная ортодонтия/ У.Р. Проффит; пер. с англ. ; под ред. Чл.-корр. РАН, проф. Л.С Персина. – 4-е изд. –2017. – С 160-280.
7. Токаревич, И. В. Общая ортодонтия / И. В. Токаревич, Л. В. Кипкаева, Н. В. Корхова – Минск, БГМУ, 2010. – С. 26-39.



Спасибо за
внимание!