

Красноярский Государственный Медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого



**Врожденные и приобретенные
дефекты и деформации
челюстно лицевой области.
Клиника, диагностика, методы
лечения**

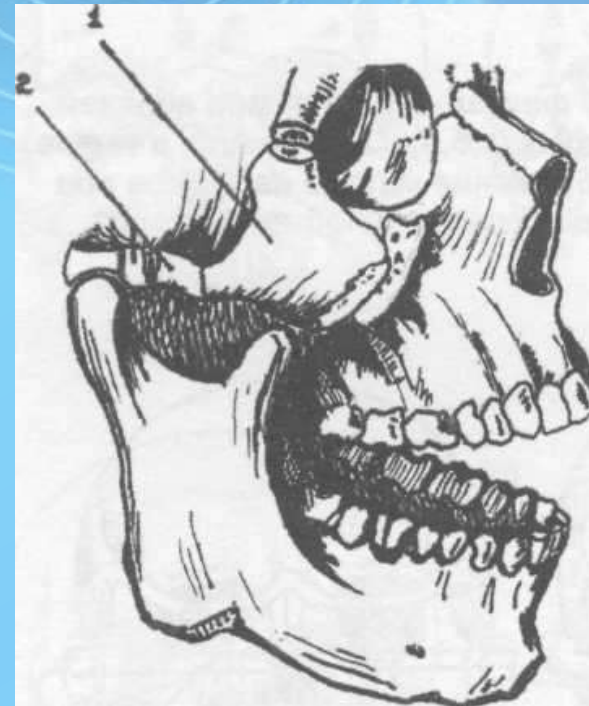
Черниковский Виктор
Ординатор 2 года

Этиология приобретенных дефектов и деформаций скуловой кости, дуги и носа

Переломы скуловой кости и дуги могут быть открытыми или закрытыми, линейными или оскольчатыми, без смещения отломков или со смещением отломков, огнестрельными и неогнестрельными. Типичные места при переломе скуловой кости: от подглазничного шва до скулоальвеолярного гребня (пальпируется снаружи и со стороны полости рта в виде "ступеньки"), в области лбно - скулового и скуло - височного шва. При ее повреждении тело скуловой кости смещается кнутри и кзади, что приводит к нарушению целостности наружной стенки глазницы, а при развороте отломка по оси - повреждению верхнечелюстной пазухи с разрывом слизистой оболочки и возникновением носового кровотечения.

Переломы скулового комплекса:

- 1-скуловой кости;**
- 2- скуловой дуги.**



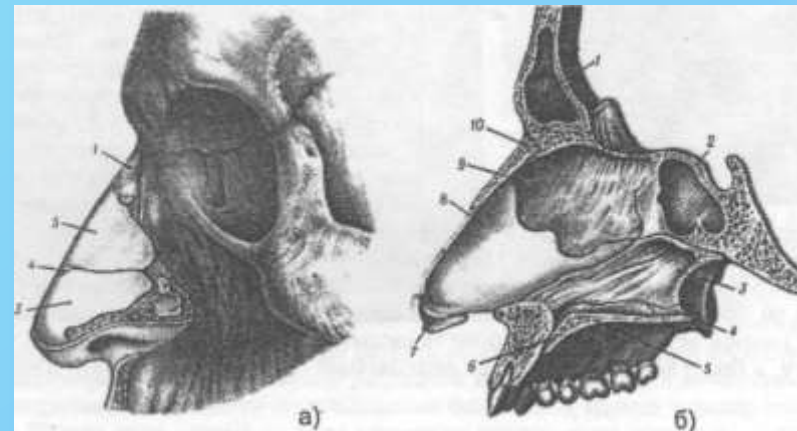


При **изолированном переломе скуловой дуги** имеется **западение мягких тканей за счет** смещения отломков кнутри и вниз. Западение мягких тканей маскируется за счет быстро возникающего отека. Отмечается, в той или иной степени выраженности, ограничение и болезненность при открывании рта, а также затруднение боковых движений нижней челюсти на поврежденной стороне. Эти симптомы связаны не только с ущемлением венечного отростка нижней челюсти, сместившимся отломком скуловой дуги, но и с травмой (повреждением) собственно жевательной и височной мышц. На рентгенограмме в аксиальной проекции имеется деформация скуловой дуги и нарушение ее непрерывности.

Повреждение костей носа чаще наблюдается у мужчин и у детей. В большинстве случаев при травмах повреждаются носовые кости и перегородка носа. При сильных ударах происходит перелом лобных отростков верхнечелюстных костей и стенок придаточных пазух носа. Кости носа ломаются как при боковом ударе, так и при нанесении травмы спереди назад в область его основания. Кости носа плоские и тонкие, поэтому их переломы чаще бывают многооскольчатыми. Костные отломки смещаются вовнутрь, кнаружи и кзади.

Классификация переломов костей носа Ю.Н. Волкова, предложенная в 1958 году. Согласно этой классификации все повреждения костей носа делятся на три группы:

- 1. Переломы костей носа без смещения отломков и без деформации наружного носа (открытые и закрытые);
- 2. Переломы костей носа со смещением отломков и деформацией наружного носа (открытые и закрытые);
- 3. Повреждения носовой перегородки.



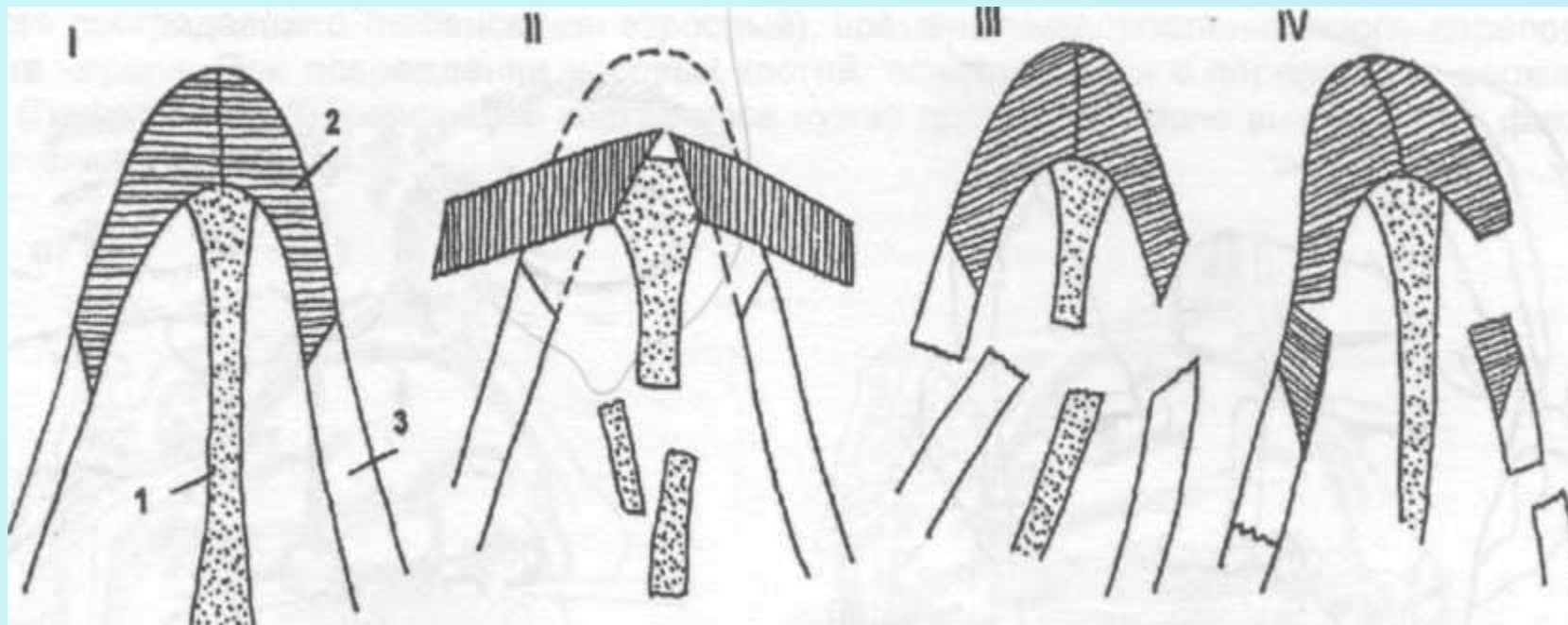


Схема перелома костей носа (фронтальный разрез):

I: 1- носовая перегородка; 2- носовые кости; 3- лобные кости;

II- перелом в виде уплощения носового свода вследствие разъединения швов между носовыми

костями, между лобными отростками и носовыми костями.

III- перелом носа с разъединением шва между носовой костью и лобным отростком на стороне

удара и перелом лобного отростка на противоположной стороне;

VI- перелом с боковым смещением спинки носа и западением отломков носового ската внутрь.

Врождённые деформации носа, в зависимости от их выраженности, разделены на 3 степени:

При односторонних и асимметричных двусторонних расщелинах верхней губы и альвеолярного отростка.

Первая степень — одностороннее уплощение купола кончика носа, смещение оси спинки носа на $1-4^\circ$ от передней носовой ости и основания кожной перегородки от средней плоскости на 4мм;

Вторая степень — уплощение крыла, укорочение кожной перегородки и западение основания крыла носа по стороне расщелины, отклонение спинки носа от срединной плоскости не превышает 8° , а смещение носовой ости и основания кожной перегородки не более 8мм;

Третья степень — крыло на стороне расщелины растягивается, полностью теряет форму, основание его смещено кзади, носовые кости уплощены, ось спинки носа отклоняется от срединной плоскости более чем на 8° , а передняя носовая ось - более 8мм.



а)



б)

Методы обследования пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями скуловой кости, дуги и носа

Прежде всего, необходимо оценить истинные размеры дефекта или истинную степень деформации, так как края дефектов практически во всех случаях (если они мобильны) в большей или меньшей степени смещаются относительно друг друга под влиянием тяги мышц и в процессе рубцевания. Поэтому важнейшим моментом является то, что смещенные в неправильное положение ткани необходимо вернуть в их нормальное анатомическое положение. После этого оценивается длина, ширина, глубина дефекта, а также послойное строение тканей, которые подлежат восстановлению.

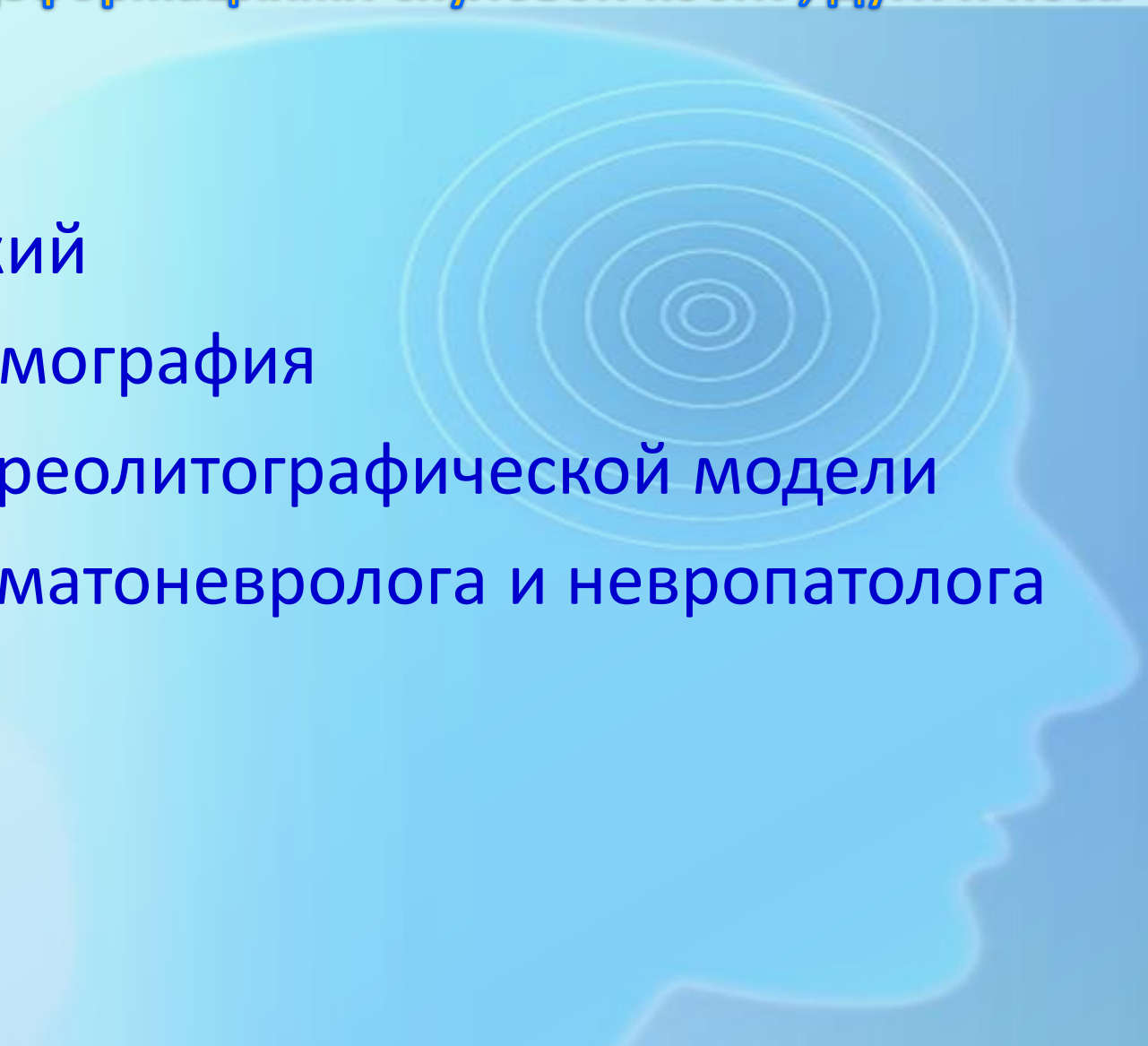
Определяется состояние окружающих тканей. Прежде всего, выявляется наличие воспаления, которое необходимо купировать. Оценка характера и степени рубцовых изменений в тканях по соседству с дефектом, наличие кожных заболеваний и новообразований кожи, ее тургора, цвета, мобильности имеет особое значение при планировании местно-пластических операций.

Следует оценить характер и степень имеющихся функциональных нарушений: ограничение открывания рта, нарушение движений нижней челюсти, жевания, дыхания, глотания, речи и другие.

Обращают особое внимание на отдельные сохранившиеся части органов, мышц, которые могут быть использованы в ходе восстановительной операции.

Выявляется характер и количество предшествующих операций.

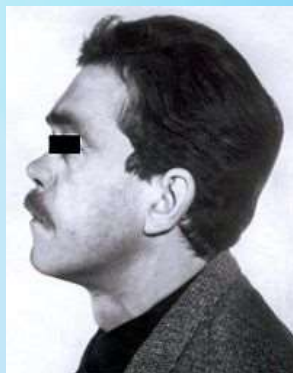
Методы обследования пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями скуловой кости , дуги и носа

1. Клинический
 2. Рентгенологический
 3. Компьютерная томография
 4. Изготовление стереолитографической модели
 5. Консультации стоматоневролога и невропатолога
- 

- Среди врожденных дефектов и деформаций носа различают следующие группы (Г. В. Кручинский, 1964):
 - 1) седловидное западение спинки носа;
 - 2) чрезмерно длинный нос;
 - 3) чрезмерно горбатый нос;
 - 4) сочетание чрезмерной длины носа с чрезвычайной горбатостью его;
 - 5) деформации кончика носа.
- Другие авторы выделяют, помимо этого, деформацию перегородки носа, комбинированные деформации носа, а так же нос с отвисающим кончиком, широким кончиком, бочковидный и искривленный носы.



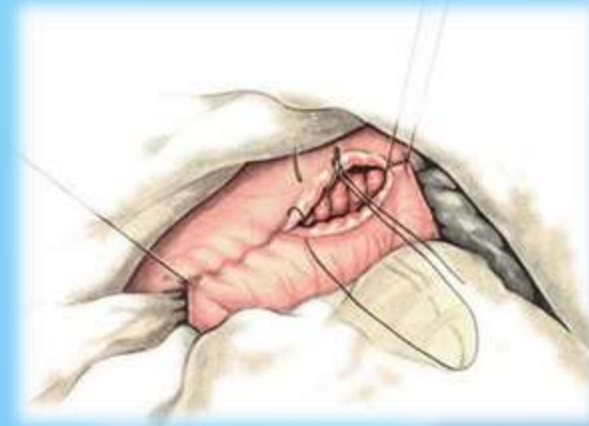
- Седловидное западение спинки носа может локализоваться только в костной или перепончатой части перегородки или одновременно в обоих. Для западения в костном отделе носа обычно характерно широкое расположение лобных отростков верхних челюстей и уплощение носовых костей, угол соединения которых равен приблизительно 170° . Эти кости и перепончатая часть перегородки носа укорочены. Кожа в области переносицы подвижна, не изменена, свободно собирается в большую складку. Западание перепончатой части перегородки носа внешне выражается в наличии седловидной выемки на границе ее с костной частью.
- Это объясняется тем, что передний край хряща перегородки носа имеет в этом участке седловидный дефект, который распространяется и на добавочные носовые хрящи. Одновременное западение костной и перепончатой частей перегородки носа характеризуется сплющиванием носовых костей, дефектом переднего края хряща перегородки носа и вдавленностью обоих добавочных носовых хрящей, что проявляется резким выстоянием кончика носа, удручающего больного.
- Помимо косметических недостатков при деформациях носа могут наблюдаться нарушение обоняния, затруднение носового дыхания, носовые кровотечения, ухудшение слуха. В таких случаях характерны жалобы больных на головную боль, повышенную умственную и физическую утомляемость. Многие больные с деформациями носа из-за своей внешности избегают общения, меняют работу или совсем оставляют ее.




- **Лечение западения носа в настоящее время осуществляется главным образом введением аллохряща, тефлона или силикона.** Наиболее идеальным материалом является аутохрящ либо аллохрящ, надлежащим образом консервированный, например, методом лиофилизации. При использовании лиофилизированного хряща очень редко наблюдались такие осложнения, как нагноение его после операции, обнажение трансплантата либо некроз спинки носа из-за недостаточной предоперационной регидратации.
- **Применять пластические массы следует лишь в крайних случаях, когда невозможно получить аллохрящ или больной отказывается «носить трупный материал».**
Методика операции (по Г. И. Паковичу): делают разрез (длиной 1,5—2 см) слизистой оболочки в поперечном направлении на границе между указанными хрящами; небольшими изогнутыми тупоконечными ножницами отслаивают кожу над добавочным носовым хрящом, а затем в зоне западения спинки носа, кончика и в области крыльев носа. Если зона отсепарованной кожи будет несколько длиннее и шире площади трансплантата, это позволит установить его в правильное положение.
- В случаях, когда нижний край седловины расположен ниже разреза слизистой оболочки, отслойку кожи следует производить еще выше, чтобы трансплантат можно было полностью ввести под кожу над разрезом. Только после того, как нижний конец трансплантата пройдет разрез слизистой оболочки, обратным движением, минуя разрез, помещают его в запавший участок. Верхний конец хрящевого вкладыша вводят под надкостницу носовых костей, как при операциях с наружным разрезом.

- Края раны на слизистой оболочке носа зашивают кетгутом, носовые ходы тампонируют марлевыми полосками на 2—3 дня. Снаружи накладывают фиксирующую коллодиевую повязку.
- При коррекции дефектов спинки носа пластмассовыми вкладышами следует избегать пересадки монолитных эксплантатов, так как это часто приводит к застойным явлениям в покрывающей имплантат коже (она становится синюшной, особенно при понижении температуры окружающего воздуха). Нередко наблюдается секвестрация таких вкладышей, особенно после случайной травмы носа. Данные экспериментальных исследований и клинических наблюдений показывают, что наилучшим материалом для эксплантации являются каркасные эксплантаты из тефлоновой сетки толщиной 0,6—0,8 мм.
- Наружный разрез по Рауэру при введении такого эксплантата требуется только тогда, когда он достигает больших размеров; при выраженных искривлениях и комбинированных деформациях носа делают наружный и эндоназальный (между крыльным и треугольным хрящом) разрезы острым глазным скальпелем. Нижний назальный разрез или внутренний маргинальный вдоль крыла носа производят при западениях перепончатой и костно-перепончатой частей перегородки носа, а также при некоторых деформациях крыла носа.
- Лечение врожденных деформаций и несращений кончика носа (по Г. И. Паковичу). Деформации кончика носа могут быть в виде утолщения кончика носа, провисания перегородки носа или изменения ее формы
Широкий кончик носа. Эта деформация может быть обусловлена увеличением угла между медиальными и латеральными ножками больших хрящей крыльев носа или радиуса дуги, образованной переходом латеральных ножек в медиальные. Поэтому устранение расширения кончика носа сводится к иссечению избытка больших хрящей крыльев носа или к сшиванию разошедшихся медиальных ножек этих хрящей.
- Операция иссечения избытка больших хрящей крыльев носа в местах перехода медиальных ножек в латеральные (по методу Г. И. Паковича) представлена. Заканчивают операцию ушиванием кожной раны, тампонадой носа и наложением коллодиевой повязки.

- **При этом не рекомендуют сшивать остатки хрящей крыльев носа по следующим причинам:**
- 1) при сшивании их образуются избытки слизистой оболочки в виде складок, которые выступают в носовые ходы, это уменьшает размеры носовых ходов и приводит к деформации кончика носа после операции;
- 2) узлы кетгута в области кончика носа очень медленно рассасываются и в отдельных случаях обрастают соединительной тканью, выступая под кожей в виде бугорков.
- Во избежание рецидива дефекта Г. И. Пакович рекомендует полностью иссекать большие хрящи крыльев носа, оставляя только медиальные ножки, которые обуславливают нормальную высоту перегородки носа. Такое иссечение хрящей не вызывает, по наблюдениям автора, заращения крыльев носа, которые формируются подкожным рубцом, а также под влиянием тампонады носа и коллодиевой повязки.





Врожденные и приобретенные дефекты
и деформации верхней челюсти.

Врожденные дефекты верхней челюсти

Врожденные дефекты верхней челюсти- расщелины- могут быть обусловлены наличием различных синдромов (синдром Крузона, Пьера – Робена, Франческетти, Вандер-Вуда, Гольденара, Эдвардса и т.д.), а так же могут встречаться как самостоятельные патологии.



Рис. 2.3. Односторонняя расщелина нёба



Рис. 2.4. Двусторонняя расщелина нёба



Классификация ММСИ

Московским медицинским стоматологическим институтом (ММСИ):

Врождённая расщелина верхней губы:

1. Врождённая скрытая расщелина верхней губы
 - a. односторонняя
 - b. двусторонняя
2. Врождённая неполная расщелина верхней губы
 - a. без деформации кожно-хрящевого отдела носа (односторонняя, двусторонняя)
 - b. с деформацией кожно-хрящевого отдела носа (односторонняя, двусторонняя)
3. Врождённая полная расщелина верхней губы
 - a. односторонняя
 - b. двусторонняя

Врождённая расщелина нёба:

1. Врождённая расщелина мягкого нёба:
 - a. скрытая
 - b. неполная
 - c. полная
2. Врождённая расщелина мягкого и твёрдого нёба:
 - a. скрытая
 - b. неполная
 - c. полная
3. Врождённая полная расщелина мягкого, твёрдого нёба и альвеолярного отростка:
 - a. односторонняя
 - b. двусторонняя
4. Врождённая расщелина альвеолярного отростка и переднего отдела твёрдого нёба:
 - a. неполная (односторонняя, двусторонняя)
 - b. полная (односторонняя, двусторонняя)

Классификация МКБ-10

Классификация МКБ 10

Расщелина губы и неба [заячья губа и волчья пасть] (Q35 – Q37)

Исключен: синдром Робина (Q87.0)

Q35 *Расщелина неба [волчья пасть]*

Включены: фиссура неба

расщепление неба

Исключена: расщелина неба и губы (Q37.–)

- Q35.0 Расщелина твердого неба двусторонняя
- Q35.1 Расщелина твердого неба односторонняя
- Q35.2 Расщелина мягкого неба двусторонняя
- Q35.3 Расщелина мягкого неба односторонняя
- Q35.4 Расщелина твердого и мягкого неба двусторонняя
- Q35.5 Расщелина твердого и мягкого неба односторонняя
- Q35.6 Срединная расщелина неба
- Q35.7 Расщелина язычка
- Q35.8 Расщелина неба [волчья пасть] неуточненная двусторонняя
- Q35.9 Расщелина неба [волчья пасть] неуточненная односторонняя

Q36 *Расщелина губы [заячья губа]*

Включены: расщелина губы
заячья губа labium leporinum

Исключена: расщелина губы и неба (Q37.–)

- Q36.0 Расщелина губы двусторонняя
- Q36.1 Расщелина губы срединная
- Q36.9 Расщелина губы односторонняя
- Q37** *Расщелина неба и губы [волчья пасть с заячьей губой]*
- Q37.0 Расщелина твердого неба и губы двусторонняя
- Q37.1 Расщелина твердого неба и губы односторонняя
- Q37.2 Расщелина мягкого неба и губы двусторонняя
- Q37.3 Расщелина мягкого неба и губы односторонняя
- Q37.4 Расщелина твердого и мягкого неба и губы двусторонняя
- Q37.5 Расщелина твердого и мягкого неба и губы односторонняя
- Q37.8 Двусторонняя расщелина неба и губы неуточненная
- Q37.9 Односторонняя расщелина неба и губы неуточненная

Этиология

К ЭКЗОГЕННЫМ причинам возникновения расщелин относятся: физические факторы (механические, термические, радиационные); химические факторы (гипоксия, неполноценное питание, тератогенные яды); биологические факторы (вирусы, бактерии и их токсины, простейшие); психические факторы. К ЭНДОГЕННЫМ причинам возникновения врожденных пороков развития человека относятся: наследственность, мутации, биологическая неполноценность половых клеток (эндокринные заболевания, «перезревание» половых клеток); возраст родителей.

Патогенез

Патогенез врожденных пороков развития лица можно представить следующим образом: в возрасте около 2-х недель между передним мозговым пузырем и сердечным выступом на головном конце эмбриона появляется выпячивание эктодермы – первичная ротовая ямка. К концу 3-й недели, постепенно углубляясь, она достигает передней кишки (энтодермы) и соединяясь с ней образует начало пищеварительного тракта. По бокам головного конца эмбриона образуются два углубления – первая и вторая жаберные щели. Третья и четвертая жаберные щели образуются несколько позже. Между жаберными щелями образуются жаберные или глоточные дуги. К концу первого месяца внутриутробного развития из жаберных дуг формируется пять бугров или отростков эктодермы: один лобный или носолобный, два верхнечелюстных и два нижнечелюстных из которых в последующем формируются все ткани лица (к концу 10-11 недели внутриутробного развития). Этот период эмбриогенеза называют «критическим периодом» возникновения пороков развития лица и челюстей, причем 3-6 недели считаются самыми опасными, так как в случае несращения этих бугров между собой возникают расщелины лица, верхней губы и неба.

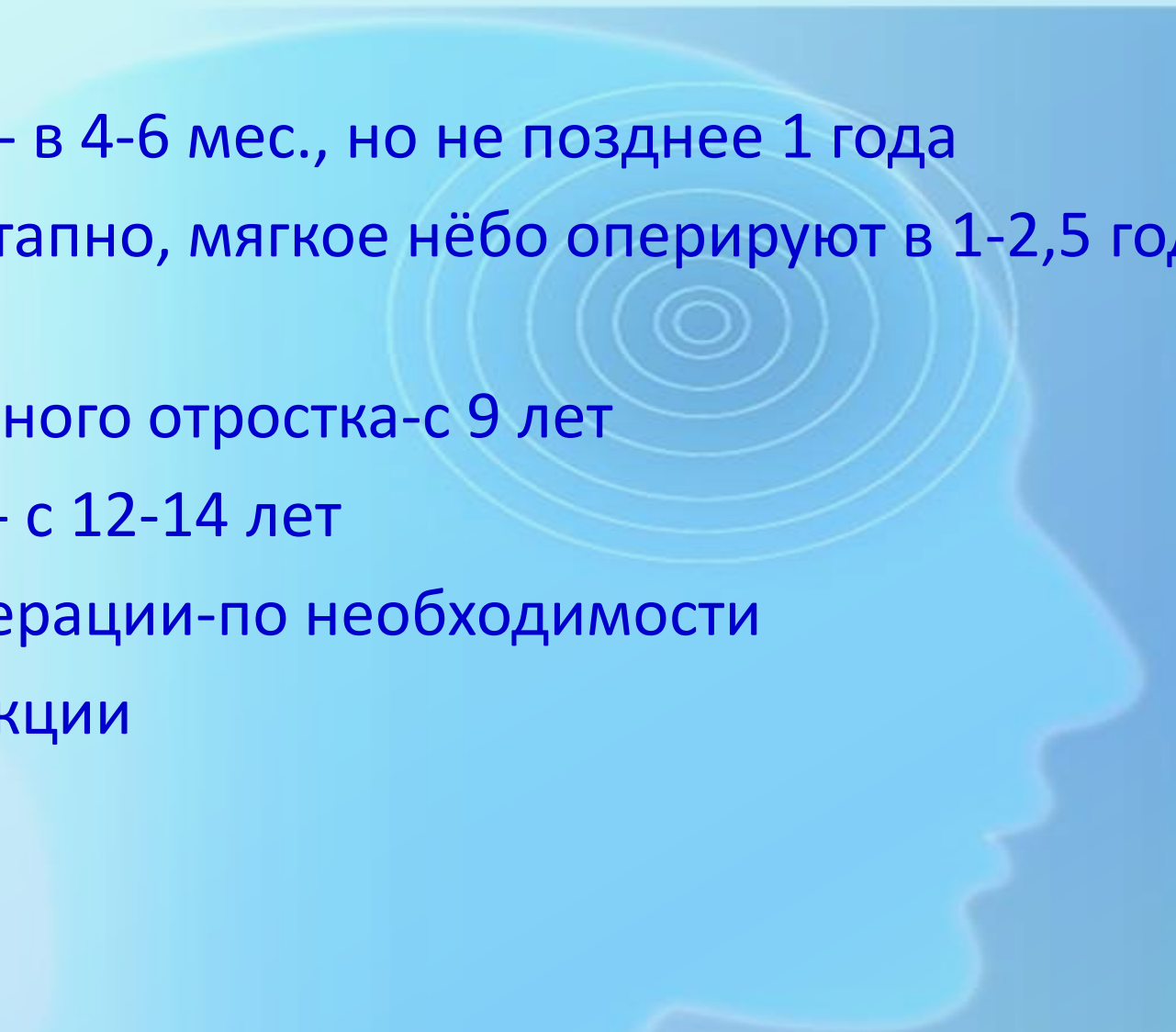
Клиника

Клиническая картина многообразна и зависит в основном от степени тяжести врожденного порока. Для клиники расщелин губы и неба характерно расщепление тканей органа (губы или неба), укорочение их, деформация кожно-хрящевого отдела носа при расщеплении губы, расширение среднего отдела глотки, сужение верхней челюсти, деформация ее при расщелине неба. При скрытой расщелине губы или неба видимого дефекта тканей не определяется, выявляется он лишь при функции (улыбке, плаче, произношении звуков).

Клиника

С первых дней жизни у детей с расщелинами губы и неба отмечается нарушение жизненно важных функций: сосания, глотания, дыхания, а далее, по мере роста и развития ребенка, нарушаются функции речи, слуха, жевания, обоняния и др. С возрастом возможны изменения со стороны психического состояния ребенка: замкнутость, задержка психического развития, развитие комплекса неполноценности.

Лечение

- 1) Хейлоринопластика- в 4-6 мес., но не позднее 1 года
 - 2) Уранопластика- поэтапно, мягкое нёбо оперируют в 1-2,5 года, твердое- до 5 лет
 - 3) Пластика альвеолярного отростка-с 9 лет
 - 4) Ринохейлопластика- с 12-14 лет
 - 5) Корректирующие операции-по необходимости
 - 6) Эстетические коррекции
- 

Лечение

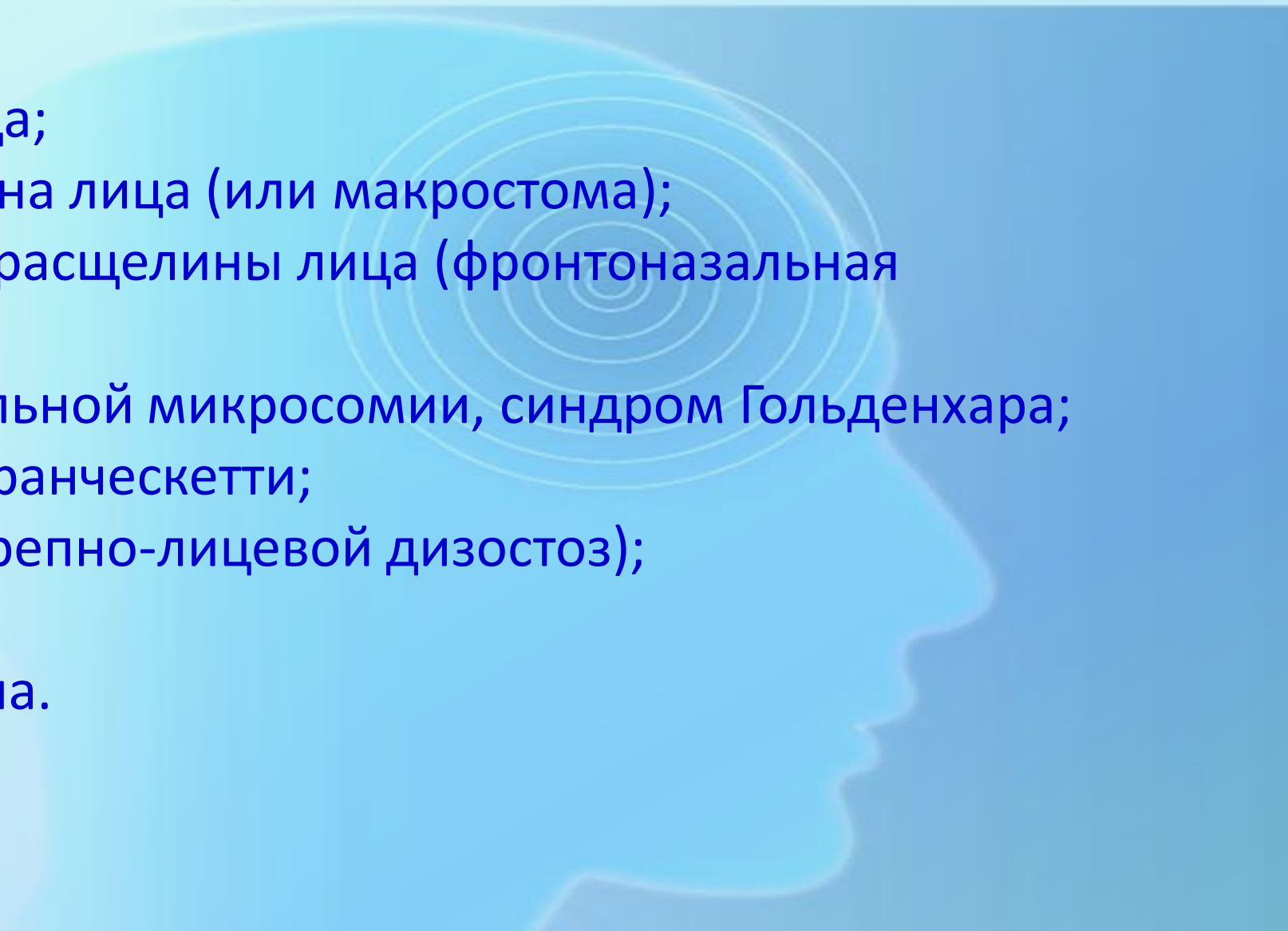
Целью хейлопластики является восстановление правильной анатомической формы верхней губы и носа, что будет способствовать нормализации нарушенных функций и ликвидации эстетических дефектов. Для этого в момент операции необходимо ушить расщелину губы, удлинить ее, исправить деформацию носа.

Целью уранопластики является ушивание расщелины неба на всем протяжении, удлинение мягкого неба, сужение среднего отдела глотки.

Лечение

Комплексное лечение детей с расщелиной губы и неба включает не только хирургическое лечение, но и ортодонтическое лечение, активное обучение речи у логопеда. Начинать занятия у логопеда необходимо в 2-2,5-летнем возрасте ребенка.

Нетипичные расщелины лица

- косая расщелина лица;
 - поперечная расщелина лица (или макростома);
 - синдром срединной расщелины лица (фронтоназальная дисплазия);
 - синдром гемифациальной микросомии, синдром Гольденхара;
 - синдром Коллинза-Франческетти;
 - синдром Крузона (черепно-лицевой дизостоз);
 - синдром Аперта
 - синдром Пьера Робена.
- 

Косая расщелина лица

Косая (носоносоглазничная) расщелина лица - тяжелая врожденная патология, возникающая в результате несращения носолобного и верхнечелюстного бугров в период эмбрионального развития. Расщелина может быть полной и неполной, одно- и двусторонней. Клинически расщелина начинается от верхней губы (справа или слева от филтрума) и далее продолжается по направлению к нижнему веку и верхненаружному краю орбиты. Если расщелина неполная, поражены только ткани верхней губы, а далее, по ходу расщелины, определяется недоразвитие мягких и твердых тканей лица в виде втянутой борозды от верхней губы до нижнеглазничного края орбиты. Как правило, наблюдается колобома век. Косая расщелина лица часто сочетается с другими формами патологии лица: расщелиной нёба, гипертелоризмом, аномалией ушных раковин и др.

Косая расщелина лица



Срединная расщелина лица

Для синдрома типичны гипертелоризм и дефекты срединных структур черепа, варьирующие от скрытой расщелины костей черепа до мозговой грыжи.

В зависимости от выраженности расщелины костей черепа различают 3 формы синдрома:

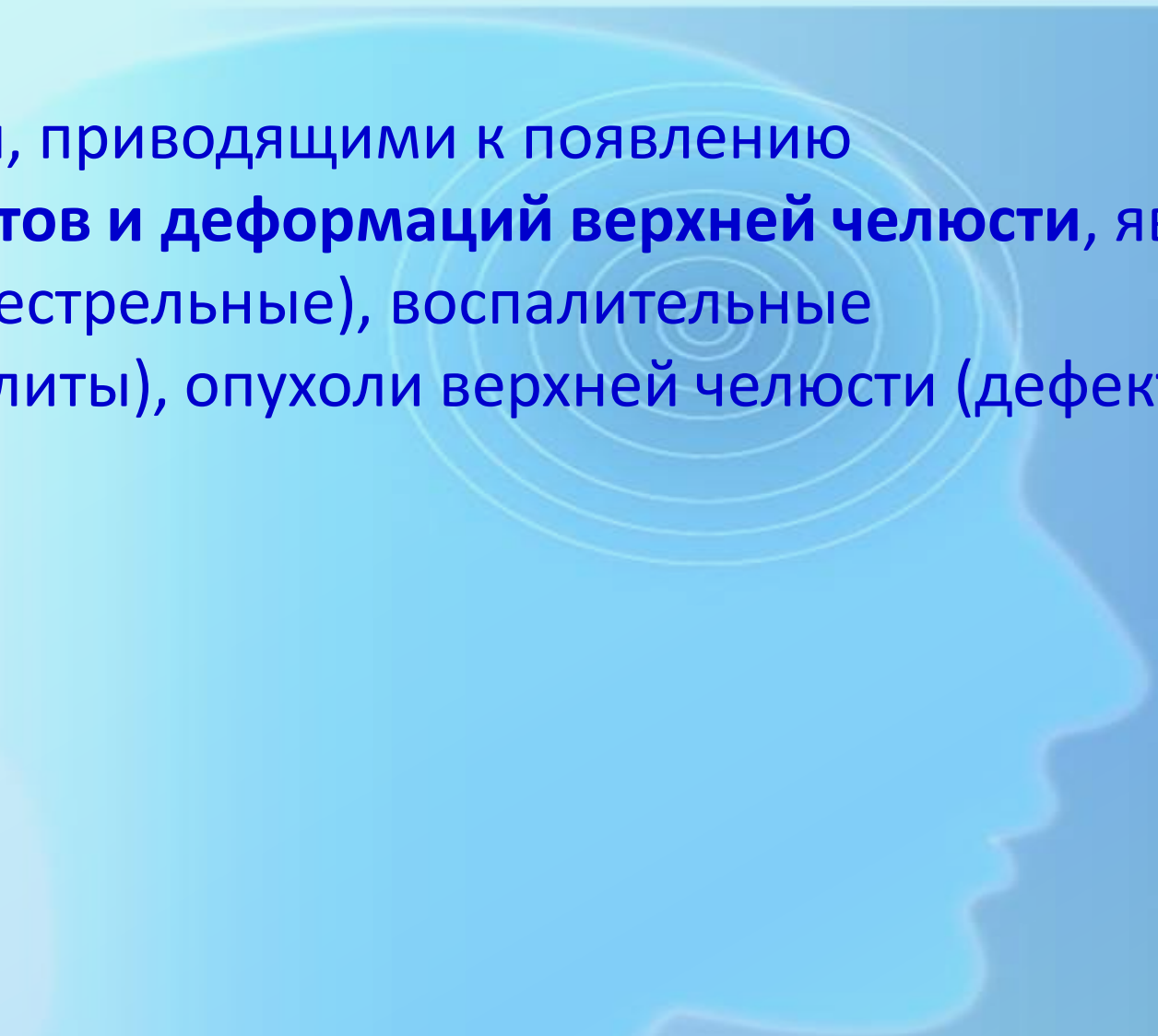
- гипертелоризм, широкое основание и скрытая расщелина носа с или без раздвоения его кончика;
- гипертелоризм, широкое основание носа и открытая расщелина носа и губы. Может встречаться и расщелина неба;
- тотальная расщелина носа, при этой форме наблюдаются отсутствие крыльев носа, деформация глазниц.

Срединная расщелина лица



Приобретенные деформации верхней челюсти

Основными причинами, приводящими к появлению приобретенных **дефектов и деформаций верхней челюсти**, являются травмы (в т.числе и огнестрельные), воспалительные заболевания(остеомиелиты), опухоли верхней челюсти (дефекты после их удаления)



Послеоперационные деформации верхней челюсти

Частота применения различных видов операций в специализированных клиниках челюстно-лицевой хирургии при лечении больных со злокачественными образованиями верхней челюсти такова: чаще всего выполняется полная резекция верхней челюсти (58 %), несколько реже — резекция верхней челюсти в сочетании с экзентерацией глазницы, удалением мягких тканей (29 %), а такие операции как резекция верхней челюсти или частичная резекция верхней челюсти (альвеолярного, нёбного или обоих отростков) применялись лишь в 8 и 5 % случаев соответственно.

Классификация

- **по локализации:**
 - дефекты альвеолярного отростка;
 - дефекты тела верхней челюсти;
 - дефекты неба;
 - сочетанные дефекты;
 - односторонние;
 - двусторонние;
- **по величине :**
 - частичные;
 - полные;
- **по охвату тканей :**
 - мягкие ткани;
 - костная ткань;
 - мягкие и костные ткани;
- **по отношению к пограничным областям:**
 - без дефектов и деформаций пограничных областей;
 - в сочетании с дефектами и деформациями пограничных областей;
- **по условиям фиксации протезов:**
 - благоприятные;
 - неблагоприятные



Классификация Слепченко (1974г)

М. А. Слепченко (1974) выделил 6 видов послеоперационных дефектов верхней челюсти: (частичные (1-я группа), полные односторонние (2-я группа) и двусторонние (3-я группа))

- После частичной резекции верхней челюсти образуется ограниченный дефект ее, не сообщающийся с полостью носа. На первый план выступают не анатомические, а функциональные нарушения, главным образом страдает функция жевания. Обезображивания лица нет или оно незначительно.
- При частичной резекции верхней челюсти в задних отделах, сочетающейся с резекцией мягкого неба, наряду с нарушением акта жевания нарушается речь, так как образуется сообщение полости рта с носоглоткой. Речь приобретает гнусавый оттенок или становится непонятной. В ближайший период после операции нарушается и акт глотания вследствие попадания пищи в область носоглотки.
- После типичной резекции верхней челюсти наблюдаются более выраженные функциональные и косметические нарушения. При одновременном удалении нижнего края дна глазницы определяется выраженная асимметрия лица за счет западения тканей щеки, нижнее веко бывает отечным, глазное яблоко опущено, бинокулярное зрение, жевание, глотание, речь нарушены.
- При резекции верхней челюсти, сочетающейся с экзентрацией глазницы, наблюдаются отсутствие зрения на один глаз, выраженные косметические нарушения, функциональные расстройства жевания, речи.
- У больных, перенесших операцию "блоковидной" резекции верхней челюсти, отмечаются наиболее выраженные косметические и функциональные нарушения.
- При резекции обеих половин верхней челюсти возникают двусторонние дефекты, сопровождающиеся полным нарушением акта жевания, глотания; резко нарушается речь и наблюдается выраженное обезображивание лица.

Классификация Л. В. Горбаневой-Тимофеевой с дополнениями Б. К. Костур и В. А. Миняевой (1985)

- 1) дефекты альвеолярной дуги без проникновения в верхнечелюстную пазуху;
- 2) дефекты альвеолярной дуги с проникновением в верхнечелюстную пазуху;
- 3) дефекты твердого нёба: передний, средний, боковой отделы, не заходящие на альвеолярную дугу челюсти;
- 4) дефекты твердого нёба с захватом бокового отдела альвеолярной дуги челюсти с одной стороны, с захватом альвеолярной дуги с двух сторон, с захватом переднего участка челюсти;
- 5) дефект твердого и мягкого или только мягкого нёба;
- 6) дефект, образовавшийся после резекции правой или части левой верхней челюсти;
- 7) дефект, образовавшийся после резекции верхней челюсти.

Клинические проявления

При 1м классе обычно имеет место ограниченный дефект верхней челюсти, не сообщающийся с верхнечелюстной пазухой и полостью носа. При этом на первый план выступает не обезображивание лица или нарушение функции речи и глотания, а страдает главным образом функция жевания, степень нарушения которой зависит от количества удаленных зубов и их групповой принадлежности.

При дефектах верхней челюсти 2—5-го классов наряду с нарушением акта жевания нарушается речь, так как образуется сообщение полости рта с носоглоткой. Речь больных приобретает гнусавый оттенок или становится невнятной. Существенно нарушается функция глотания.

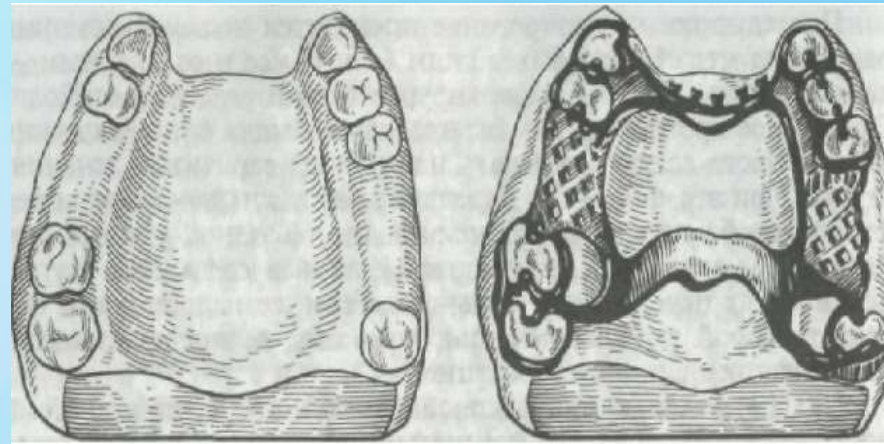
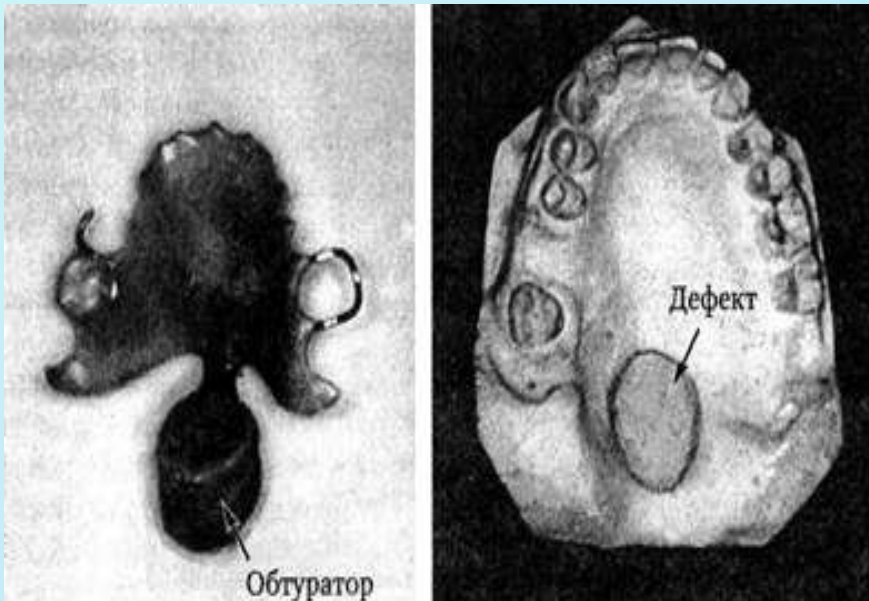
При дефектах 6-го класса отмечаются более выраженные функциональные нарушения и эстетические недостатки. Обычно выявляется асимметрия лица за счет западения тканей щеки, отек нижнего века (лимфостаз), опущение глазного яблока, нарушение бинокулярного зрения, функций жевания, глотания и речи. Лишь в случаях сохранения нижнего края и дна глазницы, а также при использовании мышечной пластики путем применения лоскута из височной мышцы удастся сохранить бинокулярное зрение.

При полном удалении одной из верхних челюстей, сопровождающемся экзентерацией глазницы, не только нарушаются функции жевания, глотания и речи, но и отсутствует зрение на один глаз, что обуславливает выраженный эстетический дефект лица.

При дефектах 7-го класса возникает полное нарушение жевания, глотания. Существенно страдает речь и сильно выражены нарушения эстетики лица.

Лечение и реабилитация

При незначительных дефектах целесообразно изготовление съемных или несъемных протезов. Эктопротезирование показано в тех случаях, когда невозможно изготовить эндопротез и нет возможности произвести хирургическую коррекцию.



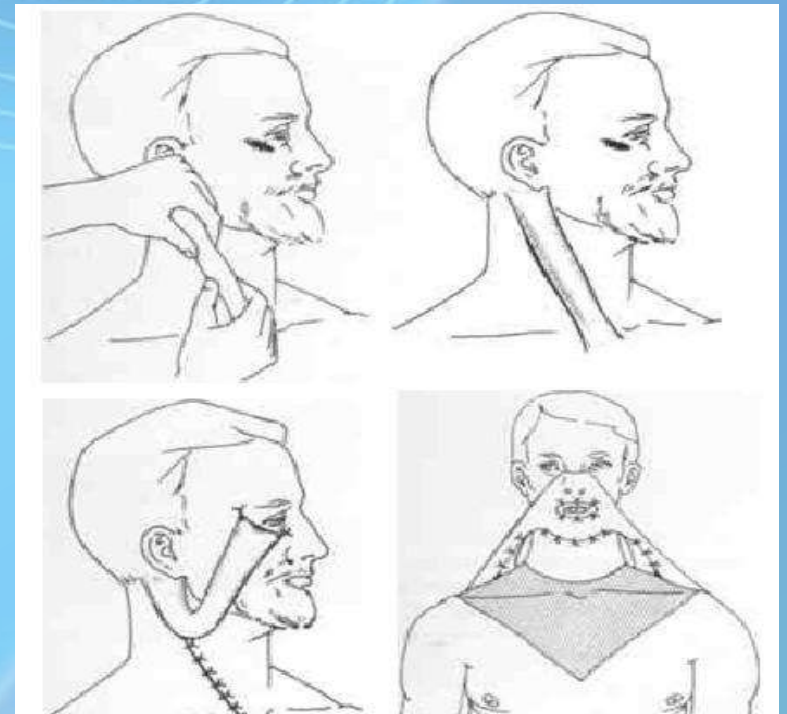
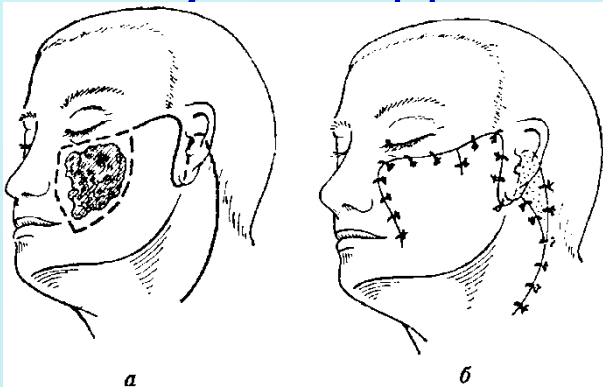
Лечение и реабилитация

Изготовление протезов больным с дефектами верхней челюсти 1-го класса практически не отличается от традиционных методов зубного протезирования.

При дефектах верхней челюсти 2-го и 3-го классов обычно изготавливают съемные зубные протезы с обтурирующей частью, которая частично заходит в область дефекта и существенно улучшает фиксацию и стабилизацию съемных протезов.

Лечение и реабилитация

При тотальных дефектах, связанных с полным удалением верхней челюсти вместе с прилежащими мягкими тканями и кожей показано оперативное устранение обезображивающих дефектов при помощи лоскутных операций, пластики местными тканями, стебельчатого лоскута и т.д.



Лечение и реабилитация больных с онкологией ЧЛО

Рациональным видом ортопедической помощи с новообразованиями верхней челюсти на этапе хирургического лечения является предложенная А. В. Силиным (1980) ступенчатая методика непосредственного протезирования. Последняя предусматривает вначале обеспечение больного операционным протезом, который перекрывает дефект и оставляет свободной раневую поверхность, поддерживает тампоны, защищает ее от инфицирования, а в послеоперационном периоде, спустя 10—12 дней после операции, на этом протезе изготавливают obturating part по форме образовавшегося дефекта.

Способы фиксации протезов при дефектах верхней челюсти и нёба

При частичных дефектах альвеолярного отростка, тела челюсти, нёба, если на оставшейся части имеются устойчивые зубы, то они являются основными опорами для укрепления протеза. В качестве фиксирующих приспособлений используют кламмеры, телескопические коронки, замки.

При полных двусторонних дефектах верхней челюсти необходимо использовать ретенционные возможности самого дефекта. При недостаточных ретенционных свойствах их можно увеличить оперативным способом(Я. Шур)

При дефектах верхней челюсти в сочетании с дефектами пограничных областей (нос, глазница) целесообразно соединить лицевой протез с протезом верхней челюсти. Наряду с механическими способами соединения могут быть использованы магниты из самарийкобальта, обладающие большой фиксирующей способностью при минимальных размерах и массе.

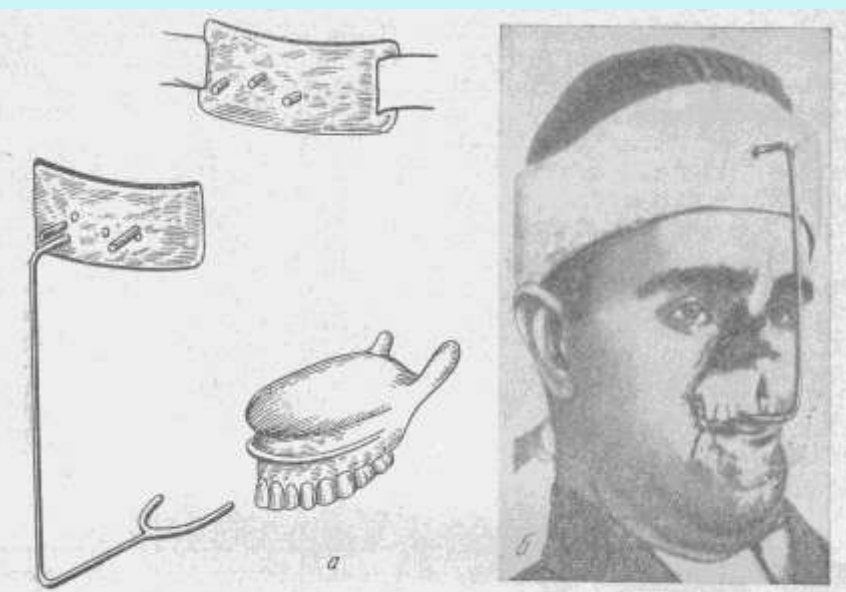
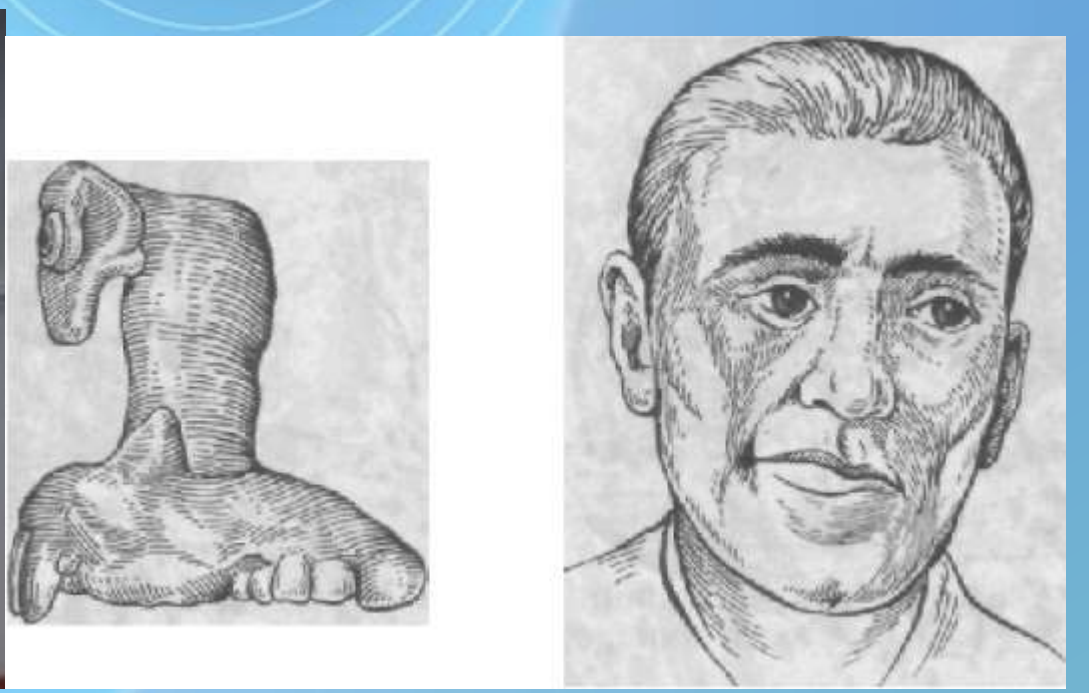
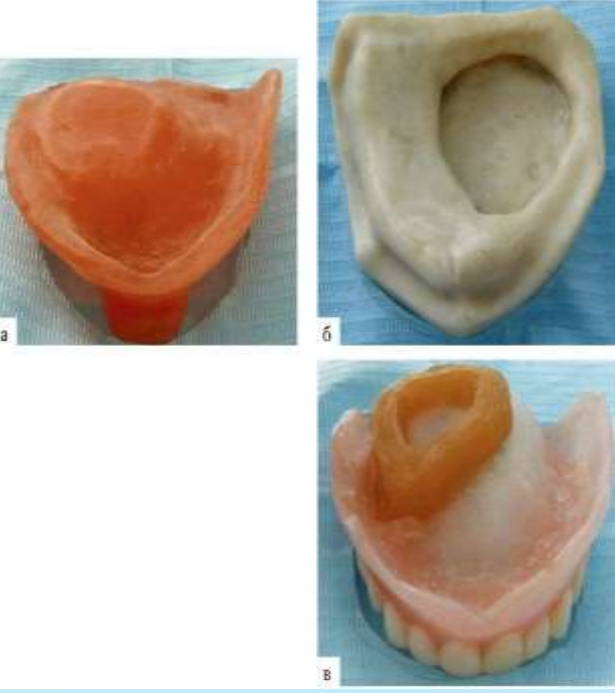
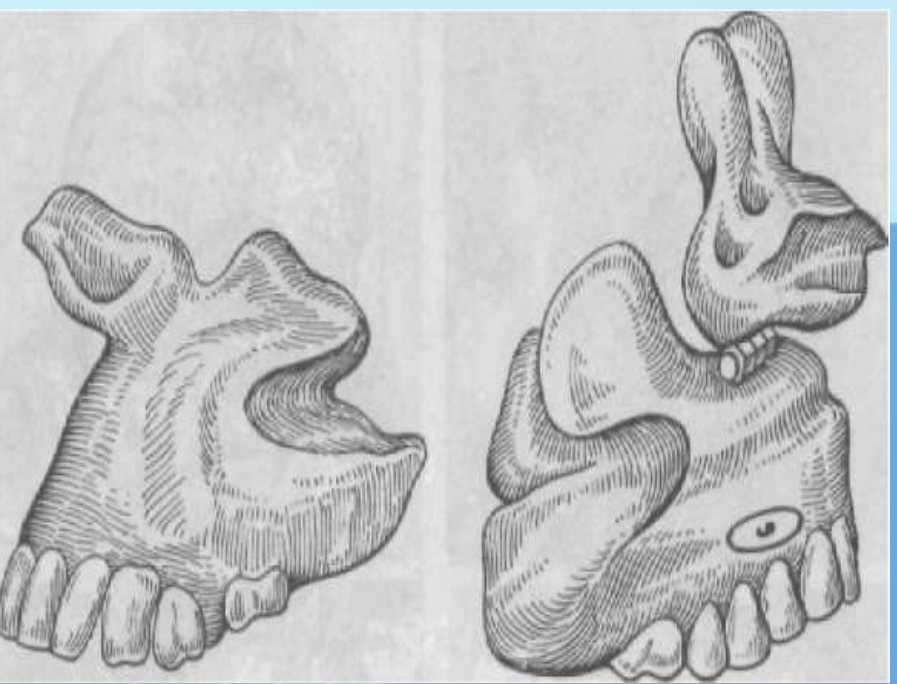


Рис. 322. Формирующий аппарат при обширном дефекте средней части лица (по З. Я. Шуру).



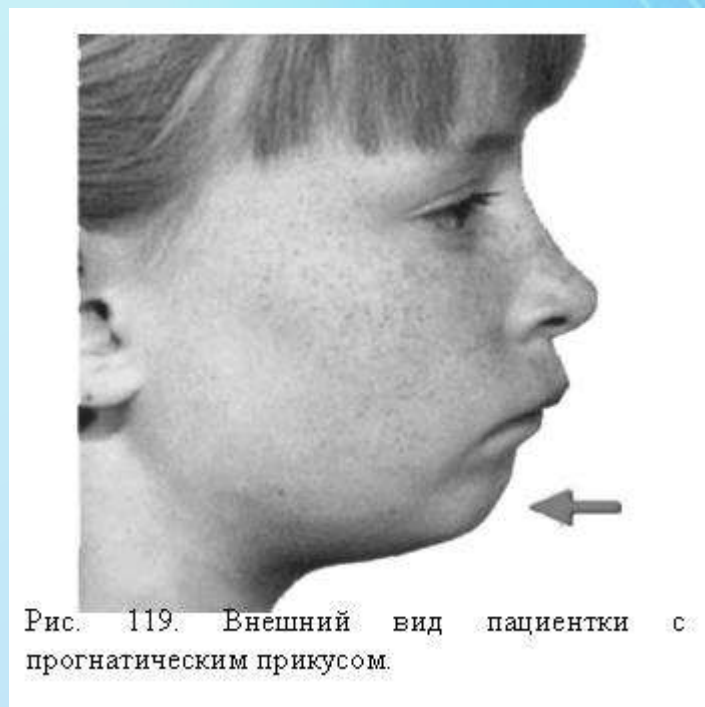
Врожденные и приобретенные деформации верхней челюсти

Микрогнатия верхней челюсти – уменьшение размеров верхней челюсти, может быть обусловлена эндо- и экзогенными факторами, нарушением функции эндокринной системы или врожденными несращениями верхней губы, альвеолярного отростка и неба, перенесенными воспалительными заболеваниями, нередко развивается после ранней уранопластики. Внешне истинное недоразвитие верхней челюсти проявляется западением верхней губы и резким выстоянием вперед носа. Создается впечатление гипертрофии нижней губы и носа.



Врожденные и приобретенные деформации верхней челюсти

Макрогнатия верхней челюсти - вызывается экзогенными или эндогенными факторами, вредными привычками у ребенка (долгое сосание соски или пальчика) и т.д. У таких пациентов выпуклый профиль лица, «птичья» челюсть.



Лечение врожденных деформаций верхней челюсти

Тактика лечения зависит от степени и выраженности патологии, но в целом заключается в ортодонтическом лечении и гнатической хирургии.

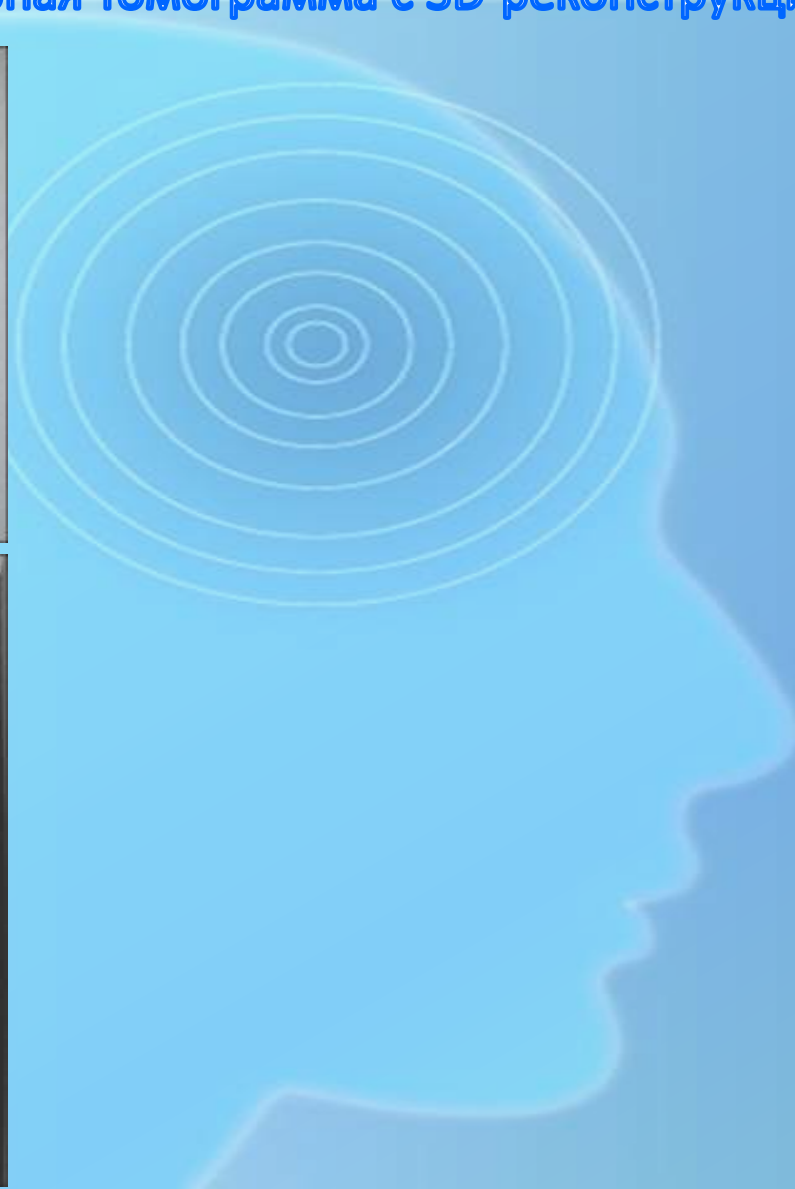
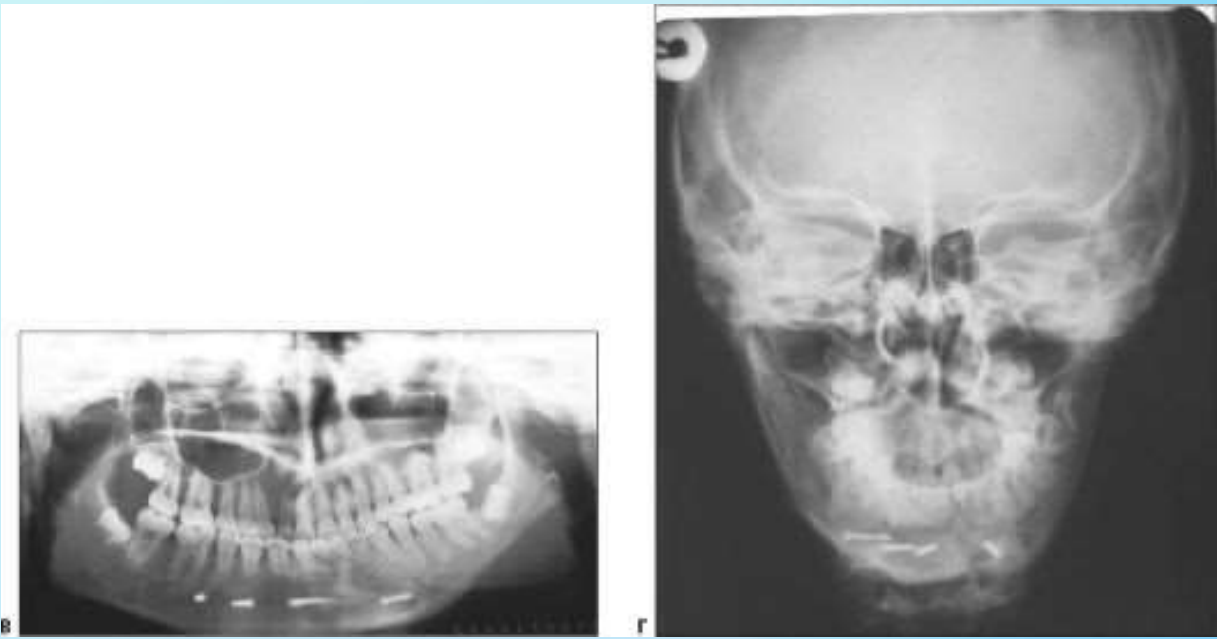


ДЕФОРМАЦИИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПОСЛЕ ВТОРИЧНОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

- Первично-костные заболевания ВНЧС возникают вследствие воспалительного процесса или травмы .
- После лечения этого вида патологии, которое представлено остеотомией ветви (или ветвей - при двухстороннем поражении) нижней челюсти с удалением патологических разрастаний костной ткани, поражение ростковой зоны в области головки мыщелкового отростка нижней челюсти в детском возрасте приводит к отставанию в росте и возникновению деформации нижней челюсти и патогенетически связанных с этим деформациям и недоразвитию верхней челюсти (за счет развития зубоальвеолярного удлинения в месте, противоположном дефекту) скуловых, височных костей, мышечным дисфункциям, нарушениям прикуса, снижению жевательной эффективности, эстетическим недостаткам.
- Отсутствие движений нижней челюсти приводит к нарушению таких важных функций, как дыхание, глотание, жевание, речь, нанося серьезный ущерб здоровью ребенка, пагубно влияя на развитие многих систем организма. Неполноценность функции жевательного аппарата приводит к нарушению работы желудочно-кишечного тракта, углеводного, азотистого, водного обмена веществ, снижает работоспособность всего нейромышечного аппарата организма в целом, вызывая психоэмоциональный дискомфорт.
- При одностороннем поражении развивается несимметричная микрогнатия, при двустороннем - симметричная микрогнатия



Ребенок 16 лет. Микрогнатия после двустороннего вторичного деформирующего остеоартроза ВНЧС. Дистальная окклюзия, скученность зубов: *а, б* - внешний вид больной; *в* - состояние окклюзии; *г* - мультиспиральная компьютерная томограмма с 3D-реконструкцией



ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СИНДРОМАМИ I И II ЖАБЕРНЫХ ДУГ

- I. Несимметричные - синдром Гольденхара, гемифациальной микросомии.
- Различают три степени в зависимости от выраженности деформации лицевого отдела черепа.
- Данные заболевания характеризуются недоразвитием половины нижней челюсти, гипоплазией или аплазией мышечного отростка, пороком развития височно-нижнечелюстного сустава, гипоплазией верхней челюсти, скуловой и височной костей на стороне поражения, односторонней макростомой (поперечной расщелиной лица), аномалией развития наружного уха, атрезией наружного слухового прохода, аномалией развития внутреннего уха, микро-или анофтальмом.
- По мере роста ребенка отмечается асимметрия лица за счет недоразвития тела и ветви нижней челюсти на стороне поражения, смещение косметического центра подбородка в пораженную сторону, уплощение тела нижней челюсти на здоровой стороне.
- Данные деформации сопровождаются аномалией положения зубов, зубоальвеолярными деформациями, перекрестным прикусом, дис-тальной окклюзией; выражен наклон окклюзионной плоскости.
- Лечение комплексное: ортодонтическое и хирургическое. Ортогнатические операции проводятся по окончании роста костей лицевого скелета. На этапах реабилитации в младшем и школьном возрасте применяется компрессионно-дистракционный остеогенез.



a



b



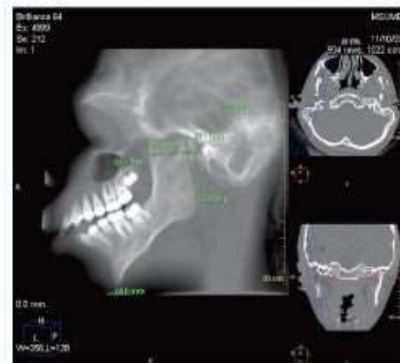
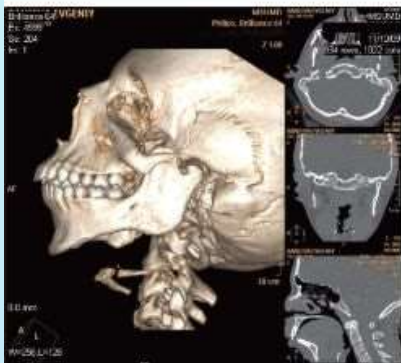
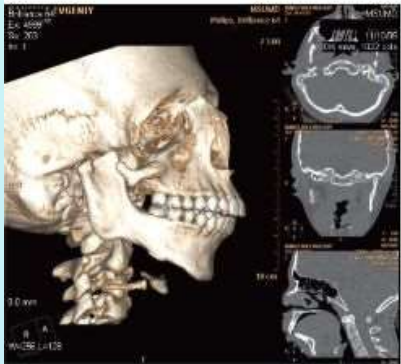
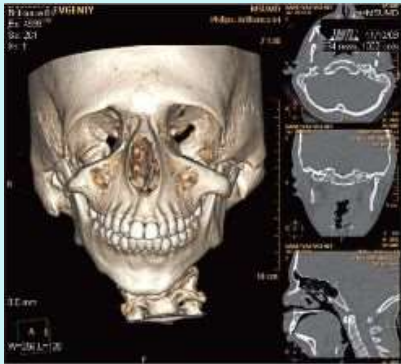
в



г

- II. Симметричные - синдром Франческетти, Тричера-Коллинза.
- Данное заболевание характеризуется симметричным недоразвитием нижней челюсти, микрогнатией, двухсторонней гипоплазией скуловых костей и орбит, антимонголоидным типом лица с опущенными в латеральной трети нижними веками, колобомой (дефектом) нижних век, арковидным нёбом или расщелиной твердого и мягкого нёба, деформацией ушных раковин.
- Данные деформации сопровождаются скученностью зубов, зубоальвеолярным удлинением во фронтальном отделе, дистальной окклюзией.
-

Ребенок 16 лет. Синдром Франческетти: *а* - внешний вид больной; *б* - состояние окклюзии; *в, г* - мультиспиральная компьютерная томограмма с 3D-реконструкцией; *д* - стереолитографическая модель; *е, ж* - планирование операции на стереолитографической и гипсовой моделях



д



е



ж

в

г

ВТОРИЧНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- Травматические повреждения челюстно-лицевой области у детей составляют 9-15 % по отношению к травмам других локализаций и 25-32 % от всех повреждений лица у взрослых. Практически каждый четвертый пациент с челюстно-лицевой травмой - ребенок. В городах травмы лица у детей происходят в 10 раз чаще, чем в сельской местности.
- Удельный вес больных с травматическими повреждениями челюстей составляет около 5 % от общего количества травм челюстно-лицевой области у детей, у 4,5 % больных эти повреждения сочетаются с ранами или ушибами мягких тканей.
- Переломы челюстей чаще возникают при падении с высоты и в результате дорожно-транспортных происшествий. В подавляющем большинстве случаев травмируется нижняя челюсть. В 30 % случаев переломы сопровождаются закрытой черепно-мозговой травмой.
- При травме лица и челюстей у детей повреждаются зоны роста, из-за чего нарушается гармоничное развитие тканей различных отделов лица. Это, а также проведенная неадекватно повреждению хирургическая обработка раны, является причиной разнообразных посттравматических и послеоперационных деформаций, приводящих к вторичным деформациям челюстных костей и нарушениям различных жизненно важных функций.

Список литературы

- 1. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия: учебник ВСИ "Медицина", 2010
- 2. Александров Н.М. - Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия
- 3. Андреищев А.Р. - Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации: руководство для врачей
- 4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области 1982г.
- 5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учебник
- 6. Под ред. А. А. Кулакова. Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство М. : ГЭОТАР-Медиа. 2010