

Г. М. ЕГИЯН

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПРОГЕНИИ

Нижнечелюстная прогения по сравнению с другими деформациями этой локализации встречается значительно реже. Причины ее возникновения остаются еще не вполне ясными. Энгл [3] считает, что она является результатом преждевременного удаления молочных моляров. Е. М. Гофунг [1] и др. находят, что аденоидные вегетации, нарушающие дыхание, сосание пальцев и другие вредные привычки могут вызвать прогению. В. Ю. Курляндский [2] отмечает, что задержка стирания твердых покровов молочных клыков при одновременной большой стираемости бугров моляров может способствовать скольжению и постепенному выдвиганию нижней челюсти вперед. Необходимо отметить, что в большинстве случаев прогения является конституционально наследственной деформацией нижней челюсти. Ошибочно считать прогенией кажущееся выпячивание нижней челюсти вперед при верхнечелюстной микрогнатии.

При сформированном постоянном прикусе ортодонтические методы лечения прогении не дают результатов, поэтому возникает необходимость прибегнуть к оперативному вмешательству.

При правильном окклюзионном соотношении зубов прогения не вызывает особых функциональных нарушений и операция преследует лишь только косметические цели, т. е. устранение деформации путем спиливания выпячивающегося участка подбородка. В подобных случаях, по-видимому, имеется настоящая гипертрофия нижней челюсти.

Нарушение окклюзии бывает в тех случаях, когда имеется несоразмерный рост отдельных участков нижне-челюстной дуги. В этих случаях помимо внешнего уродства прогения вызывает в той или иной степени нарушение функции жевания, в частности откусывания твердой пищи; нарушается также дикция.

Деформации прикуса при нижнечелюстной прогении довольно разнообразны. Гензл [4] их классифицирует по многим группам и подгруппам.

По нашему мнению, с практической точки зрения отличаются три разновидности прогении:

1. Прогения с прямым выдвиганием подбородка вперед во фронтальном направлении.
2. Прогения с супраокклюзией резцов нижней челюсти (глубокое прикрытие).
3. Прогения с открытым прикусом.

Для определения характера прогении лучше заранее снять гипсовые модели и укрепить их в артикуляторе. Для уточнения диагноза необходимы также антропометрические исследования; рентгенография, анализ фотографических снимков и другие данные объективного исследования.

Существуют два основных вида операций для устранения прогении. Оперативные вмешательства на восходящей ветви нижней челюсти. К ним относится способ Костечка [5]—линейная остеотомия восходящей ветви выше уровня нижнечелюстного отверстия с последующей резекцией угла нижней челюсти.

2. Остеотомия горизонтальной ветви челюсти с обеих сторон с укорочением дуги челюсти соответственно степени прогении.

Остеотомия восходящей ветви нижней челюсти более сложна, причем при этом методе труднее бывает заранее на гипсовой модели предвидеть эффект операции. К сожалению, даже небольшие просчеты в направлении линии остеотомии могут повлечь за собой последующие нарушения прикуса. Поэтому нам кажется, что следует давать предпочтение остеотомии боковых отделов нижней челюсти. При этом методе заранее можно с точностью определить на каком протяжении следует резецировать кость, чтобы добиться правильной окклюзии зубных рядов, хотя и приходится жертвовать одним зубом (обычно, 6-ым). Удаление зуба следует производить за 10 дней до остеотомии, чтобы при последней не поранить и не вскрыть слизистую оболочку десны.

Характер резекции кости зависит от вида прогении. Параллельные распилы применяются при прогении с прямым выпячиванием подбородка, сходящиеся распилы кверху, с удалением клиновидного участка кости, обращенного углом кверху—при супраокклюзии резцов нижней челюсти и сходящиеся распилы книзу—при открытом прикусе.

Величина и размеры удаляемого участка кости с одной и с другой стороны заранее планируются на гипсовой модели.

Нами оперировано двое больных с прогенией нижней челюсти. Общим произведена остеотомия горизонтальной ветви нижней челюсти. У одной больной имелась прогения первого варианта, у второй—со супраокклюзией нижней челюсти.

С целью иллюстрации приводится краткая выписка из истории болезни второй больной.

Больная А. Р. 16 лет, поступила в клинику 10.III 1962 г., (ист. бол. № 1117). Со слов матери, в четырехлетнем возрасте девочка упала и получила травму подбородка. Больная жалуется на неправильное смыкание зубов, затруднение откусывания и жевания твердой пищи, неправильное произношение многих слов, обезображенное лицо. Объективно имеется значительное выпячивание подбородка вперед. Резцы нижней челюсти почти полностью прикрывают резцы верхней челюсти. Слева отсутствуют 7 и 8 зубов, а справа 6 и 7 (рис. 1, 2).

Исходя из разработанного плана лечения, предварительно был удален 6-ой зуб слева. На гипсовой модели определены форма и размеры подлежащей удалению кости. Под местным обезболиванием произведе-

на двусторонняя поднадкостничная резекция нижней челюсти. Прикус выровнен, края отломков челюсти фиксированы костным швом из пластмассовой нити. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением, консолидация наступила на 30-й день (рис. 3, 4).



Рис. 1. Больная А. Р. (вид спереди до операции).



Рис. 2. Та же больная (вид сбоку до операции).



Рис. 3. Та же больная после остеотомии (вид спереди).

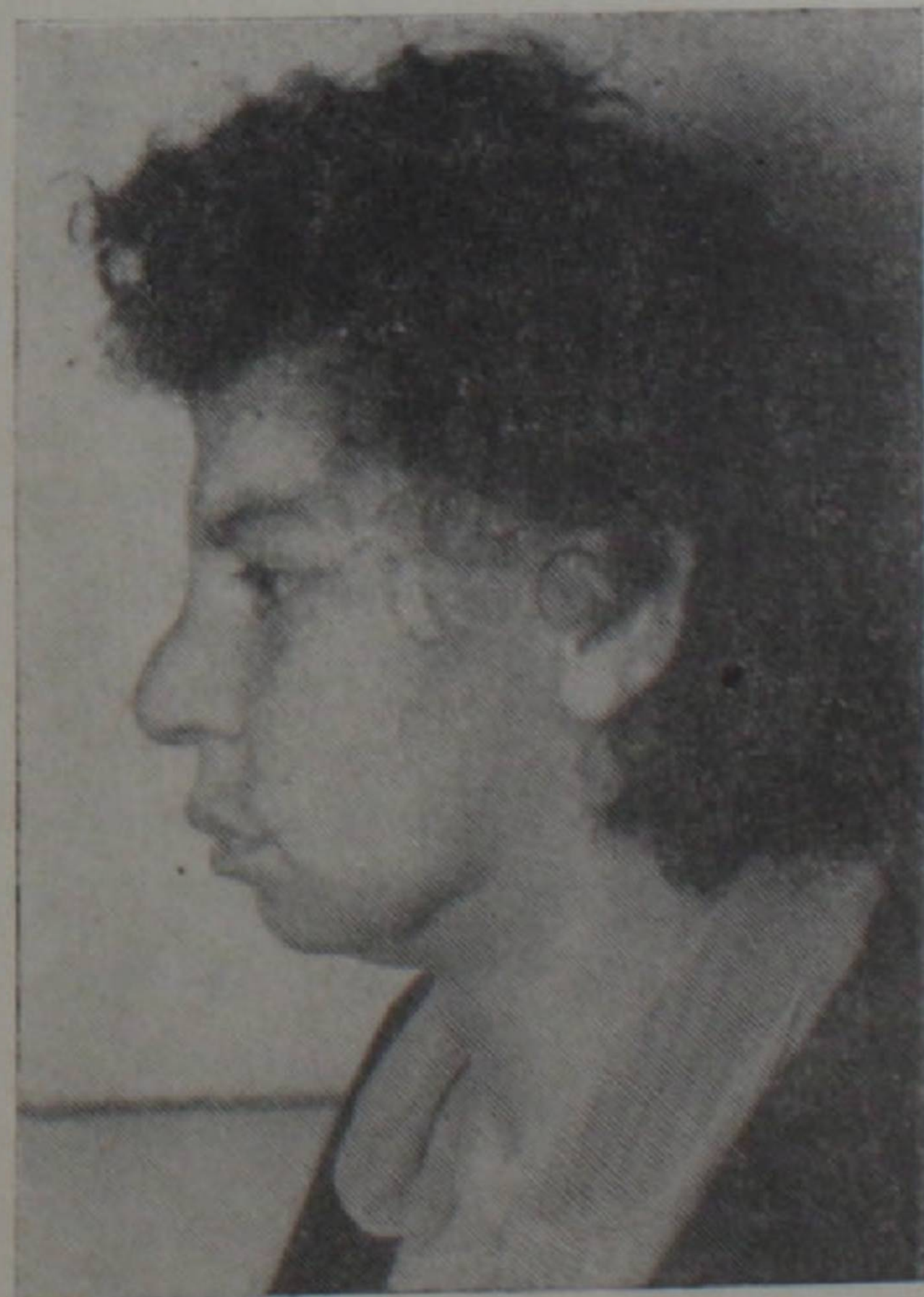


Рис. 4. Та же больная после операции (вид сбоку).

В заключение следует отметить, что наилучшим способом хирургического лечения нижнечелюстной прогении является двухсторонняя поднадкостничная резекция боковых отделов челюстей, с последующей фиксацией отломков костным швом.

Кафедра стоматологии
Ереванского медицинского института

Поступило 29.III 1964 г.

Գ. Մ. ԵԳԻԱՆ

ՍՏՈՐԾՆՈՏԱՅԻՆ ՊՐՈԳՆԵՆԻԱՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅԱՄԲ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հողվածում նկարագրվում է հեղինակի կողմից վիրահատված պրոգնեիայի երկու դեպք: Կատարվել է ստորին ծնոտի հորիզոնական ճյուղերի երկկողմանի օստեոտոմիա: Ծնոտի ճյուղերը համապատասխան շափով կարճացնելուց հետո դրանք միացվել են իրար ոսկրային կարով: Վիրահատման ֆունկցիոնալ և կոսմետիկ արդյունքները եղել են լավ: Հեղինակը գտնում է, որ ծնոտի հորիզոնական ճյուղերի օստեոտոմիան տալիս է ավելի լավ արդյունքներ, քան վերելակ ճյուղի հորիզոնական գծային օստեոտոմիան:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гофунг Е. М. Учебник болезней зубов и полости рта. Госиздат, 1938.
2. Курляндский В. Ю. Учебник ортопедической стоматологии, 1958.
3. Angle E. H. Operative Treatment of Prognathism. Dental Cosmos 59, 1917.
4. Hensel G. C. The Surgical Correction of Mandibular Protraction, Retraction and Fractures of the Ascending Rami. J. Orthodontia, 23, 1937.
5. Koztečka F. Die chirurgische Therapie der Progenie. Zahnarztl. Rundsch. 40, 1931.