

ОСОБЕННОСТИ РИНОМАКСИЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ

©А. С. Кубаев, А. А. Абдукадыров, Ш. Ш. Юсупов

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентская медицинская академия

РЕЗЮМЕ. На основании клинко-рентгенологического обследования взрослых больных с верхней микрогнатией установлено, что в 55,17 % случаях отмечается затруднение носового дыхания в результате сужения грушевидного отверстия и уменьшения трансверзального, сагиттального размеров верхней челюсти. Предлагается проводить комплексное лечение с участием ортодонта, оториноларинголога и других специалистов по показанию.
КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: тип лица, микрогнатия, деформация челюстей.

Введение. В последние годы в челюстно-лицевых стационарах отмечается увеличение удельного веса больных со скелетными формами деформаций челюстей. По данным научных источников, это обусловлено ростом частоты врожденных деформаций челюстных костей под воздействием вредных факторов экологии и улучшением качества диагностики с использованием современной медицинской технологии (В. М. Безруков, Н. А. Рабухина, 2005; А. Р. Андреишев, 2008; Proffit, White, 2005).

Одной из наиболее распространенных форм деформаций у взрослых является верхняя микрогнатия, которая составляет 42 % среди всех форм деформаций челюстей. Она наиболее часто встречается в сочетании с нижней макрогнатией и проявляется сложными анатомо-функциональными и эстетическими нарушениями всего черепно-лицевого комплекса (В. М. Безруков, Н. А. Рабухина, 2005).

В настоящее время для хирургической коррекции верхней микрогнатии с нарушением носового дыхания используются различные модифицированные варианты остеотомий верхней челюсти по В. М. Безрукову.

Данные клинического опыта и доступной научной литературы показали, что после проведения этих операций у 12 % больных нарушение носового дыхания остается не ликвидированным, у 17 % с нормальным носовым дыханием наблюдается его ухудшение (В. М. Безруков и соавторы, 1989; В. И. Салижанов, А. Гунько, А. В. Калмыков 2002; А. Абдукадыров, 2007).

Целью нашего исследования стало изучение риномакселярного комплекса, особенности эстетических изменений наружного носа и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией.

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии городской клинической больницы (ГКБ) №7 г. Ташкента с 2006 до 2013 гг. находились 22 больных с верхней микрогнатией и 75 больных с сочетанием верхней микрогнатии с

нижней макрогнатией. Среди них 46 мужчин и 52 женщины в возрасте от 17 до 36 лет (средний возраст $25,3 \pm 3,7$).

Обследование больных проводили по специально разработанной схеме, которая включала: клинко-лабораторные исследования, антропометрию лица, величину несоответствия зубных дуг по сагиттали, вертикали и другие параметры, рентгенологические исследования по программе, разработанной в ЦНИИ Стоматологии, ринопневмометрию.

Результаты и обсуждение. Основными жалобами больных были: нарушение эстетических пропорций лица, связанные с западением средней зоны лица, выступом подбородочного отдела нижней челюсти вперед, нарушением прикуса, дикции, затрудненным откусыванием и пережевыванием пищи. Кроме того, 48 больных отмечали различной степени затруднение носового дыхания. Из них 42 больных в детском возрасте перенесли операции на ЛОР органах для улучшения носового дыхания. Однако эффективность данных операций была отмечена у 23 больных.

По антропометрическому показателю больные были распределены на три группы: 12 больных со средне-вогнутым, 41 больных с удлинено-вогнутым и 34 больных с очень длинным и вогнутым типом лица (табл. 1).

Результаты антропометрических измерений показали (табл. 1), что достаточно широкая и невысокая форма носа, относительно неглубокий носогубной угол отмечается у больных со средне-вогнутым типом лица. При этом в данной форме деформации отмечали пропорциональность вертикальных размеров средней и нижней зон лица и несоответствие зубных дуг челюстей преимущественно по сагиттальной плоскости до $8,25 \pm 0,76$ мм.

Высокая, достаточно узкая форма носа и глубокий носогубной угол отмечены у больных с удлинено-вогнутым типом лица с верхней микрогнатией и нижней макрогнатией. При этом у данной группы больных наблюдается непропорциональное увеличение нижней зоны лица по вертикали и преимущественное несоответствие челюстей по

Таблиця 1. Антропометрические показатели больных с верхней микрогнатией и нижней макрогнатией, M±m

Показатель	Тип лица		
	средне-вогнутый n-12	удлиненно-вогнутый n-41	очень длинный вогнутый n-34
n-Sn	59,5±1,7мм	62,9±2,8мм	67,1±2,9 мм
Sn-gn	65,0±1,7мм	80,8±3,2мм	82,8±4,2мм
Aln-aln	32,34мм	25,6±3,5 ⁰ мм	20,4±4,8мм
<prn-sn-ls	71,5±2,45 ⁰	66,7±1,80 ⁰	60,2±0,43 ⁰
<n-sn-pg	183,8±3,34 ⁰	193±0,63 ⁰	190±0,31 ⁰
Лицевой индекс	88,05±0,56	107,5±1,5	110±0,5
Прикус	прогенический	прогенический	прогенический
Сагиттальная щель	8,25±0,76мм	9,2±0,63мм	13,8±0,52мм
Вертикальная щель	–	3,0±0,16мм	3,0±0,23мм
Трансверзальная щель	–	–	–

сагиттальной (9,2±0,63 мм) и вертикальной (3,0±0,16 мм) плоскости.

Очень высокая, узкая форма носа с характерной горбинкой на спинке, ещё более глубокий носогубной угол имеются у больных с очень длинным и вогнутым типом лица. Верхняя микрогнатия сочетается с нижней макрогнатией и макрогенией. Однако, в отличие от остальных групп, у данной группы больных отмечаются непропорциональное

увеличение вертикальных размеров средней и нижней зон лица и чрезмерное несоответствие зубных дуг челюстей по сагиттали (13,8±0,52 мм) и вертикали (3,0±0,23 мм).

Результаты телерентгенологических исследований в фас и профиль показали, что у всех больных обнаружили характерные цефалометрические изменения, свойственные верхней микрогнатии и нижней макрогнатии.

Таблиця 2. Кефалометрические и ринопневмометрические показатели больных с верхней микрогнатией (нижней макрогнатией), M±m

Показатель	Тип лица		
	средневогнутый n-12	удлиненно-вогнутый n-41	очень длинный вогнутый n-34
S-N	75,5±4,1	65,6±3,7	70,5±2,97
N-SN	60,0±3,4	60,3±3,2	67,1±2,9
SN-GN	67,8±3,3	77,8 ±3,2	82,1± 3,8
SNA-SNP	55,5±0,9	55,2±2,6	51,5±2,3
SN-SNP	51,0±0,99	47,7±1,8	44,3±2,1
MT1	100,5±2,67	98,3±7,5	96,9±5,9
MT2	60,2±1,84	64,1±6,1	62,1±3,8
MX-MX	56, 5± 2,6	52,9±2,4	53,5±4,2
MP-MP	40,4±0,12	32,9±2,5	33,6±2,04
<SNA	77,6±0,48	76,8±0,3	76,9±0,19
<SNB	82,3±0,33	83,5±0,27	83,9±0,21
<ANB	-4,88±0,69	-8,73±0,59	-7,62±0,37
<GO	130,2±0,68	140,1±1,36	137,7±0,62
Объем грушевидного отверстия, мм ²	201,3±3,0	191,4±3,06	177,4±2,6
Ринопневмометрия	5,91±0,48 мм вод столба	7,80±0,36 мм вод.столба	15,3±0,46мм вод.столба

У больных со средне-вогнутым типом лица на прямых телерентгенограммах и зонограммах средней зоны лица ширина грушевидного отверстия была в пределах 40,4±0,12 мм, ее площадь составляла 201,33±2,5 мм² без признаков патологии. Ринопневмометрия показала нормальное прохождение воздуха через носовые ходы

(5,91±0,48мм.вод столба). У больных с удлиненно-вогнутым типом лица на прямых телерентгенограммах и зонограммах средней зоны лица отмечали симметричное уменьшение трансверзальных размеров верхней челюсти до 52,9±2,4 мм, уменьшение поперечного размера грушевидного отверстия до 32±2,5 мм и его площади до

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему

191,4±3,06 мм². У 11 больных наблюдали гиперплазию нижних носовых раковин и изменения, характерные для воспаления верхнечелюстной пазухи на стороне искривленной перегородки носа. Ринопневмометрия показала незначительное затруднение прохождения воздуха через носовые ходы (7,80±0,36 мм вод. столба).

У больных с очень длинным и вогнутым типом лица на прямых телерентгенограммах и зонограммах средней зоны лица имело место уменьшение трансверзальных размеров верхней челюсти до 53,5±4,2 мм, уменьшение поперечного размера грушевидного отверстия и его объема соответственно до 33,6±2,4 и 177,4±2,6 мм². В отличие от других типов, у них выявлялось узкое грушевидное отверстие, вздутие решетчатых лабиринтов, гиперплазия нижних носовых раковин и искривление пе-

регородки носа. Кроме этого, при рентгенографии ОНП в полуаксиальной проекции у всех больных данной группы наблюдали патологические изменения, характерные для воспаления его верхнечелюстной пазухи с одной (26) или с двух (8) сторон.

Ринопневмометрия показала чрезмерное затруднение прохождения воздуха через носовые ходы (15,3±0,46 мм вод. столба).

Заключение. Анализ результатов комплексного обследования взрослых больных с верхней микрогнатией показал, что нарушение носового дыхания и воспалительные явления придаточных пазух являются наиболее характерными для больных с узкой и высокой формой носа и длинным типом лица (55,17%), что необходимо учесть при проведении комплексного лечения с обязательным участием оториноларинголога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдукадыров А. А. Усовершенствованные хирургические способы лечения верхней про-макрогнатии и нижней ретро-микрогнатии / А. А. Абдукадыров // Stomatologiya. –2005. – № 3–4. – С. 120–124.

2. Безруков В. М. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций средней зоны лицевого скелета : автореф. дис. д-ра мед.наук / В. М. Безруков. – Москва, 1981. –32 с.

3. Гунько В. И. Клиника, диагностика и лечение боль-

ных с сочетанными деформациями челюстей : дисс... д-ра мед.наук / В. И. Гунько. М, 1987, – 525 с.

4. Предупреждение деформации носа после остетомии верхнечелюстного комплекса у больных с верхней ретро-микрогнатией / В. И. Гунько, А. В. Калмыков // Материалы первой научной конференции «Ассоциации молодых врачей и организаторов здравоохранения» «Здоровье и образование 21– век», 13 ноября 1999. – М. – С. 37.

PECULARITIES OF RHINOMAXILLARY COMPLEX IN ADULT PATIENTS WITH UPPER MICROGNATHIA

©A. S. Kubayev, A. A. Abdukadyrov, Sh. Sh. Yusupov

Tashkent Institute of Advanced Medical
Tashkent Medical Academy

SUMMARY. Based on clinical and radiological examination of patients with upper micrognathia found that in 55,17 % cases, there is difficulty in nasal breathing due to narrowing of the piriform aperture and reduce transversal, sagittal dimensions of the upper jaw. Proposed to carry out a comprehensive treatment with an orthodontist, an otolaryngologist and other specialists, as indicated.

KEY WORDS: face type, micrognathia, deformation of the jaws.