

УДК 616.315-007

## КОСТНАЯ АУТОПЛАСТИКА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ

Ешиев А.М., Ешиев Д.А., Таалайбеков Н.Т.

*Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош, e-mail: osh\_hospital@mail.ru*

Устранение деформации верхнечелюстной зубной дуги у пациентов с врожденной расщелиной губы, нёба и альвеолярного отростка является актуальной при врожденных патологиях челюстно-лицевой области. Цель исследования – оценка эффективности костной аутопластики у больных с ВРГН и АО с целью проведения полноценного комплексного ортодонтического лечения. Материалы и методы: нами у 60 больных проведены операции аутокостной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти. Результаты исследования: на основании клиники и дополнительных исследований пациентов с ВРГН и АО выявлено, что наличие расщелины АО и рубцовые изменения усугубляют имеющуюся аномалию окклюзии, вызывая сужение, деформацию и мезиальное смещение верхней челюсти. Восстановление альвеолярного отростка аутокостью повышает эффективность комплексного ортодонтического лечения пациентов.

**Ключевые слова:** ВРГН и АО, аутокостная пластика, ортодонтическое лечение

## BONE AUTOPLASTY ALVEOLAR BONE IN CONGENITAL CREVICE FOLLOWED BY ORTHODONTIC TREATMENT

Eshiev A.M., Eshiev D.A., Taalaibekov N.T.

*Osh interregional unified clinical hospital, Osh, e-mail: osh\_hospital@mail.ru*

Solving the deformation of the maxillary dental arch in patients with congenital cleft lip, palate and alveolar bone is relevant when congenital pathology of maxillofacial area. The purpose of research – assessment of the effectiveness of bone in patients with autoplasty cleft lip and palate and alveolar bone to conduct a full comprehensive orthodontic treatment. Materials and Methods: We performed in 60 patients with autobone plastic surgery alveolar bone of the upper jaw. Results: Based on clinical studies and additional patients with cleft lip, palate and alveolar bone revealed that the presence of alveolar bone and cleft scar changes exacerbate existing anomaly of occlusion, causing narrowing, deformation and mesial displacement of the upper jaw. Restoration of alveolar bone autobone increases the efficiency of complex orthodontic treatment of patients.

**Keywords:** cleft lip and palate and alveolar bone, autobone plastic, orthodontic treatment

До настоящего времени лечение пациентов с врожденной расщелиной губы, нёба (ВРГН) и альвеолярного отростка (АО) остается актуальной проблемой, так как это одна из сложных врожденных патологий. Актуальность также обусловлена ещё и тем, что частота рождаемости детей с этой патологией все увеличивается. Врожденные расщелины верхней губы и неба – один из наиболее распространенных тяжелых пороков и составляет около 13% от всех врожденных пороков развития человека. С первых часов жизни он оказывает существенное влияние на дальнейшее развитие ребенка, вызывает значительные анатомо-функциональные нарушения не только в зубочелюстной системе, но и во всем организме. За последние годы число больных увеличилось более чем в 2 раза [2].

По статистике в мире рождение ребенка с расщелиной губы и неба составляет: в Европе-1 случай на 500–1000 новорожденных, в США – 1:600, в Японии – 1:588, в Кыргызстане – 1:450 [2]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации за

2011 г., на 500 новорожденных приходится 1 ребенок с ВРГН и АО. Недоразвитие фрагментов альвеолярного гребня, рубцовые изменения нёба, а также не сформированное вестибулярное пространство полости рта приводят к сужению зубного ряда, обратному перекрытию резцов и клыка на стороне расщелины [4, 5]. К 6 годам деформация зубных дуг у пациентов с ВРГН и АО становится четко выраженной и требует активного ортодонтического вмешательства [1, 6].

После хейлоуранопластики порок средней зоны лица у пациентов с ВРГН и АО старше 11–12 лет усугубляется. Это связано с началом пубертатного периода. Вторичные деформации относятся к трудноустраняемым вследствие многоплановости патологии [4, 5]. Устранение деформации верхнечелюстной зубной дуги у пациентов с ВРГН и АО является одной из наиболее сложных задач для врача-ортодонта. Наличие расщелины АО не позволяет достичь оптимальных результатов ортодонтического лечения, что связано с нестабильностью верхнечелюстных сегментов [1, 6].

Цель исследования: оценить эффективность костной аутопластики больных с врожденной расщелиной губы, нёба и альвеолярного отростка с целью проведения в дальнейшем полноценного комплексного ортодонтического лечения.

### Материалы и методы исследования

В нашей клинике в течение года получают оперативное лечение от 180 до 200 больных с врожденными расщелинами. За последние 5 лет проведено комплексное обследование и лечение 60 пациентов с врожденной расщелиной губы, нёба и альвеолярного отростка в возрасте от 6–14 лет, из них с односторонней расщелиной – 40 (66,6%), с двусторонней расщелиной 20 (33,4%); мальчики – 41 (68,3%), девочки – 19 (31,7%).

Нами усовершенствован метод аутокостной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти с целью восстановления непрерывности альвеолярного отростка и в дальнейшем нормализации прикуса (Патент КР № 1512 от 30.11.12 год). Он осуществляется следующим образом: освежают края слизистой оболочки по краям дефекта, внутренние отслоенные лоскуты сшивают, этим формируется внутренняя стенка альвеолярного отростка, также освежают края альвеолярного отростка расщелины с помощью бор-машины, удаляется кортикальный слой кости с двух сторон. Затем берется аутокость из крыла подвздошной кости, её размальвают при помощи кусачек, добавляя коллапановый гель и укладывают на место дефекта альвеолярного отростка.

По переходной складке выкраивается слизисто-надкостничный лоскут, которым и закрывается передняя стенка. В послеоперационном периоде проводилась ирригация полости рта растворами антисептиков (хлоргексидин, фурациллин, метрагил-дента) или настоями лекарственных трав (зверобой, ромашка, шалфей, календула, эвкалипт).

В дальнейшем происходит регенерация костной ткани на месте дефекта и восстанавливается непрерывность альвеолярного отростка и с продолжающимся ростом ребёнка в дальнейшем он растет вместе с ростом челюсти. Контроль состояния аутотрансплантата проводили с помощью дополнительных методов диагностики: Ультразвуковая остеометрия (эхоостеометрия) – метод количественной оценки состояния плотности костной ткани путем измерения времени прохождения УЗ-колебаний через исследуемый участок кости [3].

Ультразвуковую остеометрию проводят с помощью эхоостеометра «ЭОМ-01Ц». Радиопульс частотой 1,2 МГц поступает на передающую ультразвуковую головку (УЗГ-1), с помощью которой зондирующий сигнал передается через мягкие ткани в кость. Пройдя участок кости, сигнал возвращается в прибор для измерения. С помощью этого метода можно измерить плотность костной ткани альвеолярного отростка. Это позволило оценить степень остеоинтеграции либо резорбции костного регенерата.

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ непосредственных и отдаленных результатов проведенного лечения пациентов с ВРГН и АО свидетельствуют

о положительной динамике изменений изученных показателей. Предлагаемым способом пролечено 60 больных, ближайшие результаты больных после оперативного лечения – достигнут очень хороший результат, осложнений не наблюдалось. Рана заживала первичным натяжением, швы сняты через 10 дней, больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Контрольный осмотр через 3 месяца – больные особых жалоб не предъявляют, при осмотре полости рта, отмечается послеоперационный нежный рубец слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти, дефекта и деформации нет, открывание рта свободное, контрактуры не отмечается. Скорость прохождения ультразвуковой волны (СПУВ) через альвеолярный отросток верхней челюсти составил 2900–3000 м/с у 38 больных (в норме 3100 м/с). У 19 больных СПУВ отмечалось в пределах 2700–2900 м/с, у 3-х больных обнаружено достоверное снижение СПУВ до 1590 м/с.

По данным комплексного обследования результаты исследования СПУВ оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные: хорошие результаты при односторонней расщелины у 26 (65%), пациентов; удовлетворительные результаты у 13 (32,5%). Неудовлетворительные результаты отмечены у 1 (2,5%) пациента, отсутствует костная ткань, произошла замена на фиброзную. При двусторонних расщелинах хорошие результаты у 12 (60%) больных; удовлетворительные – у 6 (30%); Неудовлетворительные результаты отмечены у 2 (10%) больных, у которых с одной стороны произошла резорбция костного регенерата. Причиной является не соблюдение гигиены полости рта в послеоперационном периоде.

Как метод диагностики эхоостеометрия отличается большой чувствительностью к изменениям минеральной насыщенности костной ткани, поэтому позволяет получить объективную информацию о плотности кости после аутокостной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти и оценить ее механические (прочностные) свойства в конкретном участке.

По окончании периода ретенции ортодонтические манипуляции пациентам с постоянным прикусом проводили для нормализации положения зубов верхней и нижней челюстей с помощью брекет системы с формированием оптимального прикуса. При адентии бокового резца (постоянные зубы) производили имплантацию в область костного регенерата.

Таким образом, на основании клиники и дополнительного исследования пациентов с ВРГН и АО выявлено, что наличие расщелины АО и рубцовые изменения усугубляют имеющуюся аномалию окклюзии, вызывая сужение, деформацию и мезиальное смещение верхней челюсти. Восстановление альвеолярного отростка аутокостью повышает в дальнейшем эффективность комплексного ортодонтического лечения пациентов.

#### Список литературы

1. Арсенина О.И., Малашенкова Е.И. Ортодонтическая подготовка пациентов с врожденной расщелиной губы, неба и альвеолярного отростка к костной аутопластике // Ортодонтия. – 2006. – № 1 (33). – С. 62–65.
2. Ешиев А.М. Частота и причины рождаемости детей с врожденными расщелинами по Южному региону Кыргызстан / А.М. Ешиев, Э.П. Дарбишев, А.К. Давыдова // Молодой ученый. – 2014. – № 21. – С. 39–41.
3. Пылков А.И. Ультразвуковая эхоостеометрия челюстных костей. II. Прогнозирование исходов дентальной имплантации // Эхография. – 2002. – № 3. – С. 295–298.
4. Орозобеков С.Б., Мамыралиев А.Б. Состояние вопроса о методах устранения деформаций верхней губы и носа у больных с врожденной односторонней расщелиной губы и неба // Актуальные проблемы стоматологии на современном этапе: (Сб. науч. тр., посвящено 60-летию со дня рождения Султанбаевой С.У., Шейнман В.Ю., Абдырахманова С.А., Мамытова А.М. / под. ред. И.М. Юлдашова. – Б., 2002. – 316 с.
5. Шокиров Ш.Т. Ортогнатическая хирургия в реабилитации пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Проблемы стоматологии. – 2009. – № 1–2 (43–44). – С. 47–48.
6. Этапность устранения зубочелюстных деформаций в комплексе лечения врожденных расщелин лица / В.Г. Лавриков, А.В. Зернов // Стоматология № 2 (т. 83). – 2004. – С. 44–48.