

компрессионно-дистракционных аппаратов. Преимущества предлагаемого способа: значительно снижен возрастной ценз, способ можно применять с 5-6 лет; отсутствие возможных отрицательных моментов, присущих методам с использованием разных видов трансплантатов; отсутствие инородного материала; прогнозируемый результат, гениопластика выполняется исключительно местными тканями, возможность изменения положения подбородочного фрагмента нижней челюсти в зависимости от пожеланий пациента и родителей в процессе дистракции.

Выводы. Остается открытым вопрос индивидуального подхода при выборе тактики лечения пациентов с вышеуказанными патологиями.

Литература

1. Chang E.W., Lam S.M., Karen M. Sliding genioplasty for correction of chin abnormalities. Arch. Facial. Plast. Surg. 2001;3(1):8–15.
2. Комелягин Д, Ю, Рогинский В.В, Дубин С.А. Способ устранения недоразвития подбородочного отдела нижней челюсти. [Электронный ресурс] //ru2268016c1 - Способ устранения недоразвития подбородочного отдела нижней челюсти - Яндекс.Патенты (yandex.ru)

TO COMPARE THE CHARACTERISTICS OF DIFFERENT METHODS FOR ELIMINATING UNDERDEVELOPMENT OF THE MENTAL REGION OF THE LOWER JAW

Sajadi N. M.

*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus
MODKB, Minsk region, Lesnoy village, Belarus
bouchra_milad@yahoo.com*

The shape of the chin plays an important role in the perception of the oval of the face. Complaints about the appearance of the chin area can be divided into 2 groups: hypoplasia (underdevelopment) and hyperplasia (overdevelopment).

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПЛАНИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕДОРАЗВИТИЕМ ВЕТВИ И ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Саджади Н. М.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь
Минская областная детская клиническая больница,
Минская обл., п. Лесной, Беларусь
bouchra_milad@eahoo.com*

Введение. Одно из угрожающих жизни состояний у детей с тяжелой формой нижнечелюстной гипоплазии – обструкция дыхательных путей, вызванная дислокацией мягких тканей к задней стенке глотки и

возникновением респираторного дистресса. Для таких детей важно раннее лечение. Дистракционный остеогенез (ДО) с использованием внутриротовых устройств – отличная альтернатива, когда другие хирургические методы не дают удовлетворительных результатов

Цель исследования: совершенствование методов хирургического лечения детей с тяжелой формой тела и ветви нижнечелюстной гипоплазии разной этиологии.

Материалы и методы. В течение последних 10 лет дистракция нижней челюсти была проведена 35 пациентам с нижнечелюстной микрогнатией. Проведен отбор пациентов с тяжелой формой нижнечелюстной гипоплазии. Двенадцать детей в возрасте от 1 года до 10 лет (7 мальчиков и 5 девочек) с диагнозом двусторонняя нижнечелюстная гипоплазия. У всех указанных пациентов были трудности при приеме пищи и нарушение дыхания во время сна с угрозой апноэ. Причиной микрогнатии были любая врожденная и выявленная в процессе развития патология, включающая синдром П. Робена, синдром Франческетти, двусторонние анкилозы и вторичные деформирующие остеоартрозы височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Все пациенты имели симметричное нарушение окклюзии в трех плоскостях (по сагиттали на всем протяжении: дистальная окклюзия; по трансверсали на всем протяжении: двусторонняя перекрестная окклюзия; по вертикали во фронтальном участке: вертикальная резцовая дизокклюзия). По типу межчелюстного взаимоотношения на основе прикуса отнесены ко 2 скелетному классу (соответствует дистальному типу прикуса).

Мандибулярная гипоплазия классифицировалась согласно Pruzanski или Murray и Mulliken: уровень 1 – гипоплазия только в области угла нижней челюсти; уровень 2А – гипоплазия в области угла и восходящей ветви; уровень 2В – более выраженная гипоплазия, поражение угла и ветви нижней челюсти, причем последняя имеет плоский, рудиментарный сустав; уровень 3 – полное отсутствие ветви и сустава нижней челюсти (нижнечелюстная дистракция не показана как первичное хирургическое лечение).

Предоперационная подготовка, кроме стандартного перечня обследования, включала: 1) внешний клинический осмотр; 2) внутриротовое исследование; 3) оценку ВНЧС и функцию движения нижней челюсти (максимальное открытие рта, боковые движения, движение нижней челюсти вперед); 4) лучевую диагностику (телерентгенограмму – для определения степени недоразвития лицевого скелета; ортопантомограмму – для определения локализации зубов и зачатков, а также нижнечелюстного нерва; компьютерную томографию с 3D-моделированием – для более детального планирования хирургического вмешательства; рентгенограмму шеи в боковой проекции – для определения уровня и степени сужения воздухоносных путей.

Внеротовая хирургическая техника дистракционного остеосинтеза. По намеченным ориентирам, отступив от края нижней челюсти на 1,5-2,0 см, несколько окаймляя угол челюсти, проводят разрез кожи и подкожной клетчатки, с подкожной диссекцией мягких тканей к углу нижней челюсти.

Острым путем рассекают собственно жевательную мышцу, с последующей субпериостальной диссекцией и скелетированием ветви и/или тела нижней челюсти с наружной стороны. Диссекция относительно проста, обеспечивает превосходное освобождение от прилежащих тканей зоны гипоплазии. По заранее подготовленному шаблону с учетом прохождения нижнечелюстного нерва и расположения зачатков зубов, во избежание их повреждения костной пилой проводят остеотомию в пределах кортикального слоя нижнечелюстной кости в области ветви и/или тела, с сохранением губчатого слоя. Устанавливают КДУ для тела нижней челюсти, осуществляют накостную фиксацию микровинтами. Выполняют окончательную остеотомию внутреннего кортикального слоя. Рану послойно зашивают. Активаторный винт выводят наружу.

Результаты исследования. У 6 пациентов с симметричной двусторонней тяжелой микрогнатией величина дистракции составила от 7 до 23 мм с вовлечением в дистракционный остеогенез только тела нижней челюсти. У одного ребенка в возрасте 10 лет суммарная величина дистракции составила 60 мм, проходившая в два этапа с переустановкой дистракционного аппарата. Получен превосходный эстетический результат с нормализацией окклюзии. Восстановление функции дыхания уже со второй недели активации винта дистракционного устройства.

Выводы. Нижнечелюстная дистракция – наиболее безопасный и благоприятный хирургический метод лечения гипоплазии нижней челюсти. Однако, как и в любой хирургии, возможны осложнения (рубцы на коже имели место в 100% наблюдений, неадекватный вектор дистракции – у 1 ребенка (4,1%), пролонгированный период дистракции – у 2 детей (8,3%), инфекция – у 1 ребенка (4,1%)). При этом нестабильная фиксация устройства, повреждение устройства и нарушение регенерации кости не имели места. Тем не менее, дистракционный остеогенез нижней челюсти у детей с тяжелой формой двусторонней нижнечелюстной гипоплазии остается приоритетным методом оперативного лечения для ликвидации респираторного дистресса и угрозы апноэ во время сна у детей.

Литература

1. Ясонов, С. А. Сочетание артропластики и дистракционного удлинения нижней челюсти при лечении детей с анкилозами височно-нижнечелюстного сустава / С. А. Ясонов, Д. Т. Рабиев, А. В. Лопатин // Современ. технологии в диагност. и лечении. – 2010. – Т. 41, № 3. – С. 8–13.
2. Bjork, A. Normal and abnormal growth of the mandible% a synthessis of longitudinal cefalometric implant studies over a period of 25 years / A. Bjork, V. Skieller // Eur. J. Orthod. – 1983. – Vol. 5, N 1. – P. 1–46.
3. Molina, F. Mandibular elongation and remodeling by distraction : a farewell to major osteotomies / F. Molina, F. Ortiz Monasterio // Plast. Reconstr. Surg. – 1995. – Vol. 96, N 4. – 825–840.
4. Samchukov, M. Craniofacial distraction osteogenesis / M. Samchukov, J. Cope, A. Cherkashin. – USA, 2001. – 634 p.

CLINICAL, DIAGNOSIS AND PLANNING OF SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH UNDERDEVELOPMENT OF THE RAMUS AND BODY OF THE LOWER JAW

Sajadi N. M.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

MODKB, Minsk region, Lesnoy village, Belarus

bouchra_milad@eahoo.com

The essence of the compression-distraction osteosynthesis method is to activate osteogenesis by short-term squeezing (compression) of two fresh bone wound surfaces and subsequent long-term maintenance of this process at a high level using dosed stretching (distraction) of the emerging callus until a regenerate of the required size is formed.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В ГРОДНЕНСКОМ РЕГИОНЕ

Сегень В. С., Трофимчук А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

nastiaoolesic2003@gmail.com

Введение. Псориаз – это хроническое заболевание кожи мультифакториальной природы с преобладающим значением в его развитии генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалением в дерме [1].

Патогенез псориаза обусловлен провоспалительными цитокинами, в связи с этим дерматоз связан с повышенным риском развития сопутствующих заболеваний по сравнению с общей популяцией: псориатический артрит, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение, воспалительные заболевания кишечника, неалкогольная жировая болезнь печени [2].

Псориаз представляет собой клинически гетерогенное заболевание кожи, которое сохраняется на протяжении всей жизни и проявляется в разных формах, таких как бляшечная, каплевидная, пустулезная, инверсная или эритродермическая. По оценкам, 60 млн человек во всем мире страдают псориазом [3].

Цель исследования: проанализировать клинические характеристики и индекс распространенности и тяжести псориаза (индекс PASI) у пациентов с псориазом в Гродненском регионе.

Материалы и методы. Опрошены методом анкетирования 30 пациентов с псориазом, получавших лечение в ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Обследование пациентов проводилось по единой схеме, включающей оценку жалоб и анамнестических данных, общего и дерматологического статуса, подсчет и оценку индекса PASI.