

Инновационная технология принципа и организации лечения детей и подростков с хирургической патологией челюстно-лицевой области.

При изучении патологии челюстно-лицевой области обязательным условием является знание взаимосвязи области головы и шеи.

Особенностью челюстно-лицевой области является близость головного мозга, жизненно важных органов (зрения, слуха, пищеварения, обоняния и т.д.), крупных сосудов, обеспечивающих головной мозг, концентрация 10 из 12 пар черепно-мозговых нервов. Любая патология челюстно-лицевой области и шеи отражается на функции ЦНС и соответственно внутренних органов. Нарушение функции соматических органов усугубляет течение заболевания челюстно-лицевой области и шеи.

Воспалительные процессы.

Одонтогенные воспалительные заболевания (ОВЗ) составляют около 75-80% больных челюстно-лицевых хирургических стационаров и хирургических отделений стоматологических поликлиник, в том числе и детских. Данный анализ является результатом разработанного нами лечения детей за период 1970-2010 гг.

Принципиальным отличием при выборе тактики лечения ОВЗ челюстно-лицевой области у детей и взрослых является возрастной аспект (1,2,3).

Для детей до 3 лет, у которых причиной ОВЗ явились молочные зубы, преимущественно верхние резцы принципиальным отличием тактики лечения должно быть максимальное сохранение временных зубов. Макро- и микроэлементы корней временных зубов при их рассасывании переходят в развивающиеся зачатки постоянных зубов, т.к. данные соединения являются высоко дифференцированными. Лечение ОВЗ проводится по принципу гнойной хирургии (4,5).

После ликвидации острых явлений в челюстных костях, рекомендуются профилактические мероприятия: санация очагов инфекции в корневых каналах и создание условий для минерализации зачатков постоянных зубов, повышения иммунитета.

У детей от 3 до 6 лет при оказании помощи по поводу ОВЗ, когда источник инфекции локализуется в периодонте временных моляров, органосохраняющий принцип в отношении зубов особенно важен. С одной стороны, корневая система временных зубов создает благоприятные условия для развития альвеолярного отростка. Данный возрастной период является

подготовительным в формировании зачатков постоянных зубов и прорезывании их. С другой стороны в период частичного или полного рассасывания корней временных зубов зачатки постоянных зубов получают максимальное количество минеральных компонентов. В данный период наиболее целесообразным является депонирование лекарственных средств в проекции межкорневой перегородки костной ткани для усиления остеогенеза (3,4).

Возраст 6-10 лет определяет максимальное поражение кариесом временных жевательных и первого постоянного нижнего моляра. Тактика лечения ОВЗ по отношению временных моляров при рассасывании корней на 2\3 является удаление зуба. В ситуациях, когда зачатки постоянных зубов близко располагаются к рассасывающимся корням и определяется резорбция кортикальной пластинки, временные моляры также подлежат удалению.

При локализации источника инфекции в периодонте постоянных моляров принципиальным является сохранение зуба с тщательной санацией корневых каналов. Одонтогенный остеомиелит, анкилоз ВНЧС (на рис.1), гематогенный остеомиелит, анкилоз ВНЧС (на рис.2).



Рисунок 1 - Одонтогенный остеомиелит, анкилоз ВНЧС

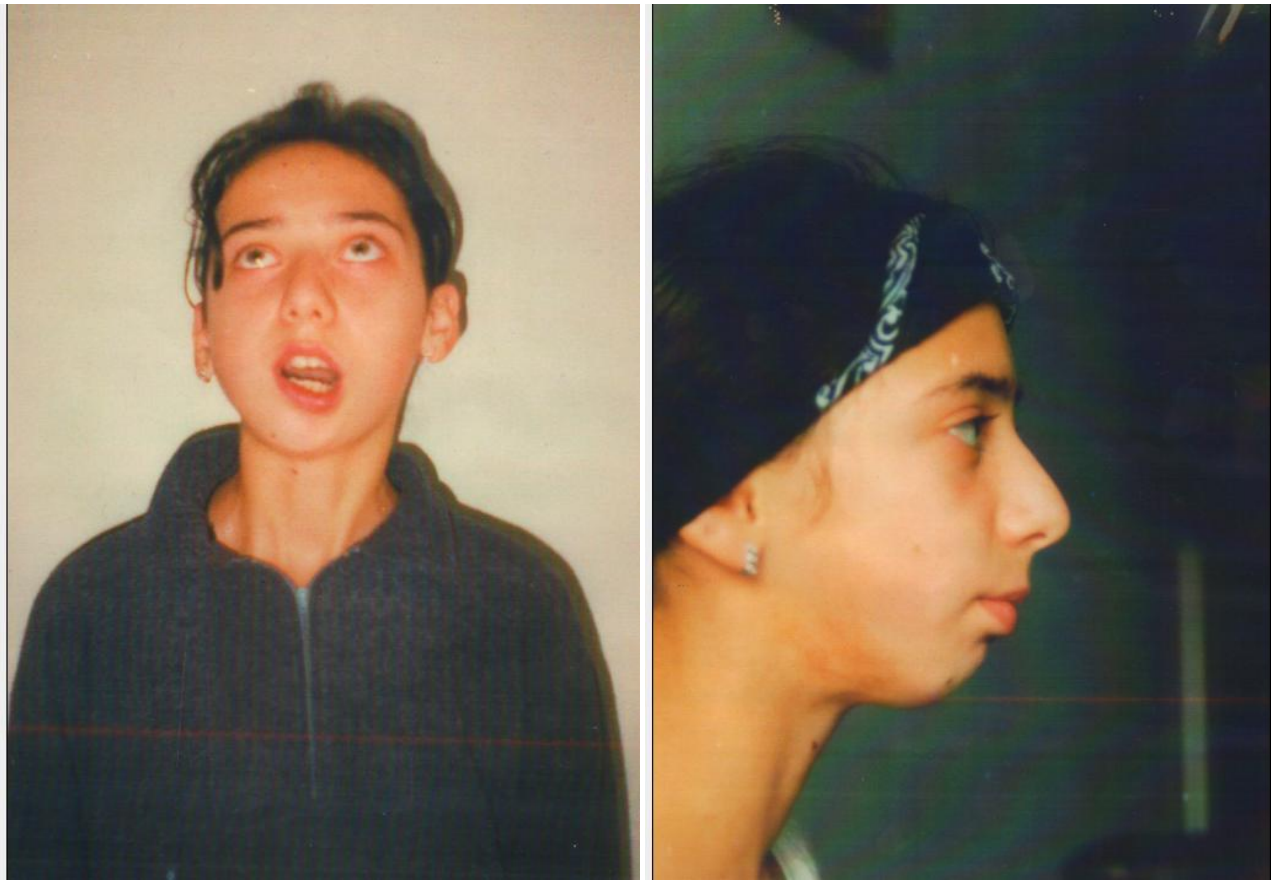


Рисунок 2- Гематогенный остеомиелит, анкилоз ВНЧС

Лечение детей старше 10 лет по поводу ОВЗ должно быть основано на принципе органосохраняющих методов, разработанных нами (5).

По нашим данным искривление медиального корня 3.6; 4.6 начинается с 14 лет и практически продолжается до 28-30 лет в зависимости от жевательной нагрузки (6).

Клиническая картина хронического остеомиелита нижней челюсти характеризуется формированием разнокалиберных секвестров, которые требуют оперативного вмешательства – секвестрэктомии. Однако, от 35 до 54% больных происходит рецидив хронического остеомиелита, приводящий к хронической интоксикации организма (7). В настоящее время клинко-рентгенологическая диагностика, включая и компьютерную диагностику не выявляет признаки отторжения секвестра от материнского ложа. Нами выявлен клинический признак отторжения секвестра от материнского ложа, проявляющийся увеличением отделяемого из свищевого хода однократно.

Данный клинический признак позволил нам предотвратить рецидив после секвестрэктомии по поводу остеомиелита нижней челюсти у детей, подростков и взрослых (7).

Лимфаденит. Необходимо помнить о том, что при гнойно-воспалительных процессах лимфатических узлов челюстно-лицевой области после проведенной соответствующей терапии у детей до 5 лет происходит купирование воспалительного процесса и паренхима лимфатического узла восстанавливается, так как имеется достаточное количество стволовых клеток. В связи с этим у детей при хроническом лимфадените у детей до 5 лет удаление лимфатического узла не показано.

Трансплантация зачатков зубов (рис.3). Раннее удаление первых постоянных нижних моляров (3.6; 4.6) по поводу хронического периодонтита приводит к нарушению артикуляции, уменьшению сегмента челюсти и в последующем к патологии височно-нижнечелюстного сустава. Комплекс патологических изменений приводит к нарушению жевательной функции и в конечном итоге к патологии системы пищеварения (8).

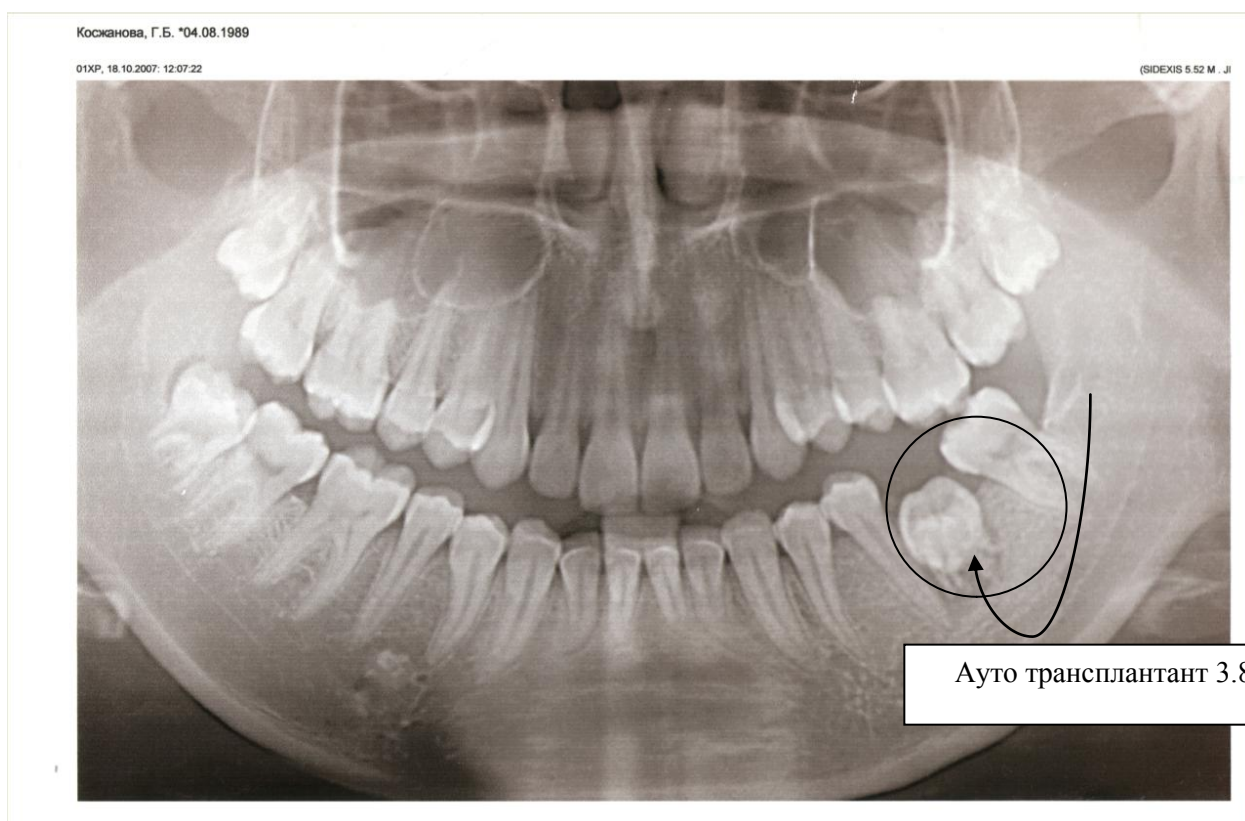


Рисунок 3 – Ауто трансплантант 3.8

В связи с вышеуказанными данными нами разработана методика трансплантации зачатков постоянных моляров (3.8; 4.8) соответствующей дефекту стороны (9). Данная методика позволила восстановить целостность

зубного ряда, жевательную эффективность и устранить патологию височно-нижнечелюстного сустава.

Травма.

Повреждение мягких тканей.

Первичная хирургическая обработка раны лица у детей и подростков – это основа пластической и реконструктивной хирургии растущего организма. Исследование раневого канала и раневой инфекции, использование внутрикожного шва и профилактика гипертрофических и келоидных рубцов являются принципиальными условиями при оказании помощи при травме мягких тканей ЧЛЮ (10, 11).

Травма зубов.

В период временного прикуса необходимо максимальное сохранение молочных зубов: репозиция и иммобилизация должны быть щадящими с созданием условий для гигиены полости рта. Для репозиции и иммобилизации зубов целесообразно применять лигатуры из композитных материалов.

При переломе коронки постоянных зубов целесообразна реставрация с сохранением пульпы (коронковой особенно, корневой). При переломе корня постоянного зуба – необходима иммобилизация (шина-каппа), улучшение микроциркуляции – УФФ с гепарином и анестезином (11). Резекция корня при переломе любой локализации противопоказана т.к. отломки практически не смещаются, и патологии пульпы не наступает. Это доказано нашими длительными наблюдениями при соответствующей методике ведения раневого процесса. Существенным является то, что в периодонте и корневой пульпе достаточное количество стволовых клеток.

Перелом тела нижней челюсти. Одновременная репозиция 8-ми образной лигатурной проволокой, шина-каппа. У детей старше 12 лет – при переломе нижней челюсти в пределах зубного ряда (до угла н\ч) после одномоментной репозиции и иммобилизации 8-ми образной лигатурной проволокой необходимо наложение единой челюстной шины с компрессионно-дистракционным элементом (12).

Перелом суставного отростка со смещением (подвывих, вывих)- на 3 дня двучелюстная шина-каппа с межзубной прокладкой и репозицией с помощью резиновой тяги. Направление тяги – по состоянию отломков. При отсутствии динамики – остеосинтез мини – пластинкой.

Перелом угла нижней челюсти со смещением – остеосинтез мини-пластинкой. При переломе без смещения – подбородочная пращевидная повязка, щадящая диета на 2 недели.

Перелом альвеолярного отростка верхней челюсти – шина-каппа единой челюстной на 2 недели.

Перелом скуловой кости со смещением – репозиция + остеосинтез мини-пластиной.

Перелом носовых костей - репозиция и иммобилизация (тампонада полости носа на 3 дня).

Во всех случаях травм ЧЛЮ – дозированная местная гипотермия -2 дня.

Пороки развития

Расщелина верхней губы. Диспансеризация.

При односторонней расщелине без патологии внутренних органов хейлопластика у новорожденных показана на первые, вторые сутки и на 14-16 сутки; либо в возрасте от 4 месяцев до 1 года. Возраст 2-3 месяца является периодом риска возникновения синдрома внезапной смерти, гипертермии, внутричерепной гипертензии, гемодинамических нарушений (13, 14, 15,16,17).

При односторонней расщелине верхней губы наиболее целесообразной является методика хейлопластики по Милларду. Нами модифицирована методика Милларда для формирования колонки филтрума (18, 19).

При двусторонней расщелине - методика Милларда с модификацией в возрасте 12 месяцев.

Реконструктивная хейло-ринопластика проводится в 10-12лет, так как к этому возрасту заканчивается формирование крыльчатых хрящей носа.

Расщелина неба.

1. Диспансеризация.
- 2.Изготовление аппарата Mc Neel.
- 3.Логопедическое обучение (20, 21).
- 4.Щадящая ураностафилопластика (22, 23)- 2,5года -4 года.
- 5.Логопедическое обучение (п.3).
- 6.Ортодонтическое лечение.

Заболевания височно-нижнечелюстного комплекса (ВНЧК)

Определение височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) как комплекс обусловлено наличием жевательной мускулатуры, внутри и внесуставного связочного аппарата, синовиальной жидкости, иннервации и сосудистой

системы этой зоны и степень влияния соотношения зубов верхней и нижней челюсти.

Болевая дисфункция ВНЧС. Данный симптомокомплекс является одним из показателей воспалительного процесса в элементах суставного комплекса: синовиальной оболочке, суставного хряща, смещение суставного мениска, суставной капсуле или связках. Все эти изменения приводят к нарушению химического состава синовиальной жидкости, являющейся питательной средой суставного комплекса.

Для дифференциации патологии ВНЧС и лечения необходимо следующее:

1. Топическая диагностика. МРТ (24, 25, 26, 27).
2. Регуляция микроциркуляции.
3. Дифференцированное лечение (28).
4. Исключить межчелюстное связывание.

Анкилоз ВНЧС и микрогения.

1. Топическая диагностика, МРТ.
2. Остеопластика с моделированием (без наложения двучелюстной шины) (29).
3. Ранняя функция.
4. Артропластика имплантатом в 18 лет и старше.

Заболевание слюнных желез

Слюнокаменная болезнь. Из-за высокой регенераторной способности слюнных желез у детей и подростков, в частности, поднижнечелюстных, наиболее целесообразной методикой лечения является удаление камня слюнной железы внутриротовым доступом без экстирпации железы (30, 31).

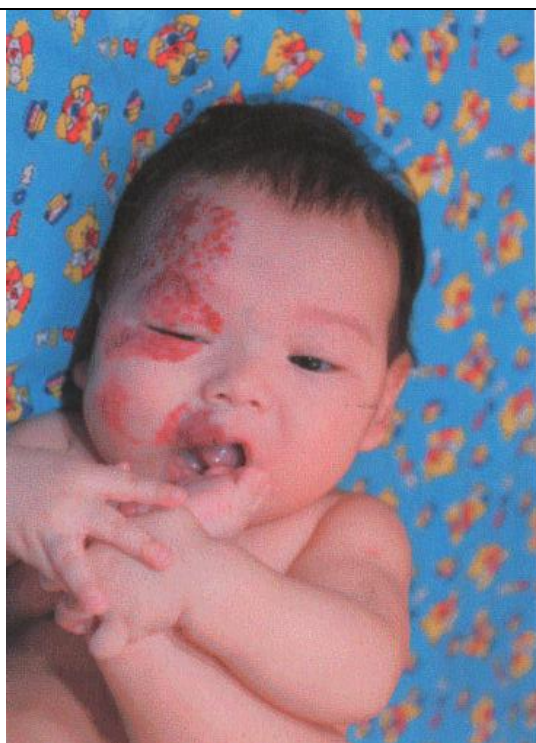
Хронический паренхиматозный паротит у детей и подростков при несвоевременной санации протоков разного порядка приводит к сиалэкстазам. После купирования острых воспалительных явлений по поводу острого паротита необходима тщательная санация слюнных протоков, которая осуществляется применением физических методов (ультрафонофорез) с препаратами слюногонного действия и регуляции микроциркуляции, что является профилактикой хронического паренхиматозного паротита.

Опухоли и опухолеподобные процессы

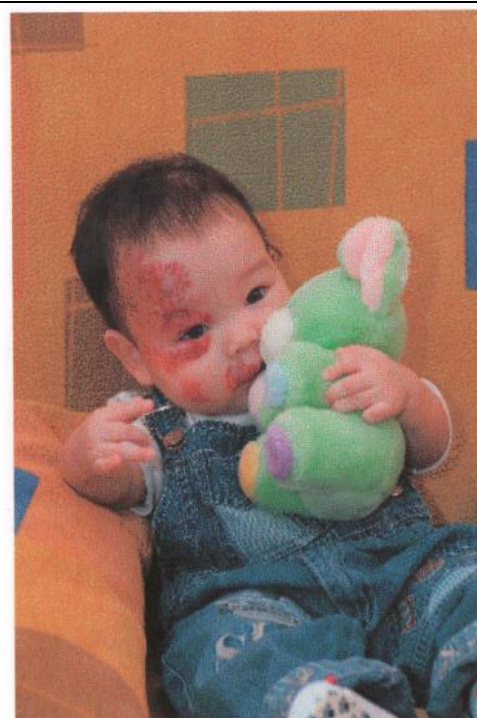
1. Опухоли мягких тканей. Врожденные гемангиомы. Особое значение имеют опухоли из кровеносных сосудов (гемангиомы). Врожденные гемангиомы челюстно-лицевой области составляют 80-85 % всех гемангиом. Гемангиомы у новорожденных и детей младшего возраста имеют тенденцию быстрого роста: первые трое суток, 14-16 суток, 27-29 суток и 1,5 месяца т.н. «злокачественные». Необходимо: топическая диагностика, МРТ в сосудистом режиме особенно при локализации периорбитальной области.

При лечении гемангиом, занимающих 2-3 топографические области, целесообразным является прошивание (обшивание) приводящих сосудов + склерозирующая терапия.

Врожденные смешанные гемангиомы (рис.4)



Новорожденный 28 дней



4 месяца



4 года

Рисунок 4 - Врожденные смешанные гемангиомы

При обширных кавернозных гемангиомах отмечается увеличение свободного гепарина в крови гемангиомы, который способствует лизису тромба после введения склерозирующего препарата. Для исключения вторичного фибринолиза у данной групп больных до проведения склерозирующей терапии целесообразно проведение исследование свертывающей системы крови (32, 33, 34, 35).

Отличительные признаки кистозной лимфангиомы от кавернозной гемангиомы следующие: местная температура ниже; медленный рост, в теплое время года уменьшается, в холодный период – увеличивается (лимфостаз). Лечение кистозной лимфангиомы - пункция, эвакуация жидкости + цистэктомия.

При локализации лимфангиомы языка определяется макроглоссия. Резекция языка при макроглоссии осуществляется по нашей методике (36, 37).

Пигментные опухоли. Невусы – 85% доброкачественные. Для профилактики перехода из доброкачественной формы в злокачественную необходимо исключить травму, инсоляцию, воспаление.

При возвышении пигментного образования над окружающей кожей наиболее целесообразным является хирургический способ радиохирургическим методом (Surgitron, USA), позволяющий стерилизации ложа (38).
Пигментный волосатый невус (рис.5)

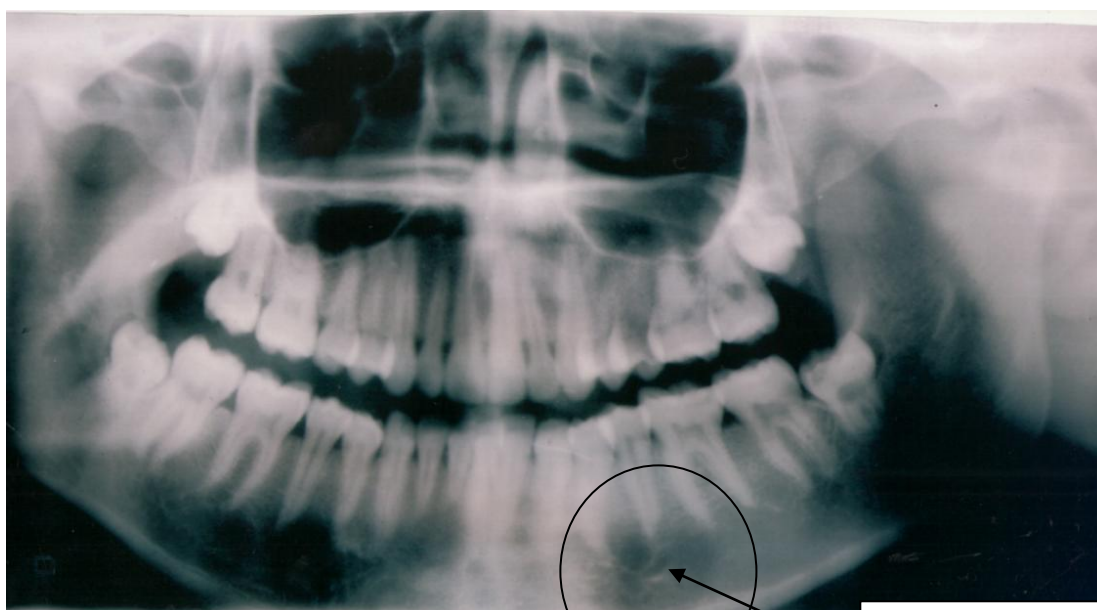


Рисунок 5 - Пигментный волосатый невус, 1,5 месяца

2. Опухоли и опухолевидные процессы костей лицевого скелета.

Остеома. Излюбленной локализацией опухоли является верхняя челюсть и скуловая кость. При локализации остеомы в верхнечелюстной пазухе происходит нарушение носового дыхания соответствующей стороны. Диагностика: рентген, КТ. Лечение: секторальная резекция до 18 лет, после которой рост практически прекращается или замедляется, косметический дефект не выявляется (39).

Остеоид-остеома. Излюбленная локализация – нижняя челюсть. Возраст - 13 лет и старше. Чаще у девочек. Основная жалоба - боль днем и ночью с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва. Диагностика: рентген, КТ. Лечение: удаление опухоли, наблюдение 2 – 3 года (рис.6).



Остеоид-остеома

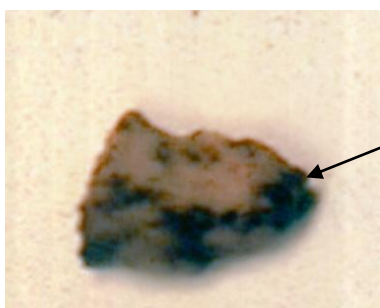
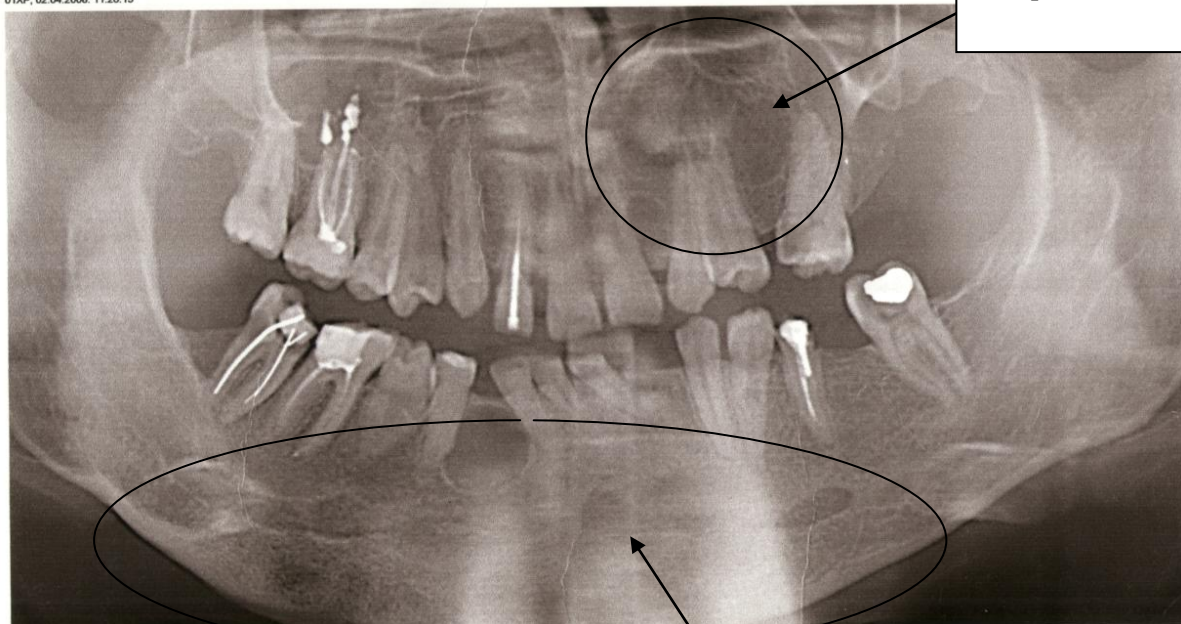


Рисунок 6 – Остеоид-остеома

Фиброзная дисплазия. Локализация: верхняя и нижняя челюсть. Диагностика: КТ, с учетом возможности локализации в других костях. Лечение: экскохлеация + остеопластика по типу «вязанка хвороста» (2, 40). Наблюдение до 14-15 лет (рис.7).



Фиброзная дисплазия

Фиброзная дисплазия нижней
челюсти, состояние после
остелоаллотрансплантации

Рисунок 7 – Фиброзная дисплазия нижней и верхней челюсти. Состояние после остелоаллотрансплантации нижней челюсти

Остеобластокластома. Локализация: преимущественно нижняя челюсть (тело, угол, ветвь). Диагностика: КТ, пункционная биопсия. Лечение – окончательная резекция + остеопластика (2). При частых кровотечениях - склерозирующая терапия + удаление опухоли + остеопластика. Наблюдение до 15-17 лет.

Злокачественные опухоли. Необходимо консультация и лечение у онколога. Дифференцировать с дизонтогенетическими процессами, характеризующиеся быстрым ростом (41).

Все предложенные методики диагностики и лечения внедрены в учебно-образовательный и лечебный процесс в детской челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии РК.

Литература.

1. Есимов А.Ж. Особенности течения одонтогенных остеомиелитов челюстей у детей. \ \ Тезисы докладов научной конференции СМН.1974.С.149-150.

2. Есимов А.Ж. Перспективные направления развития детской челюстно-лицевой хирургии в Республике Казахстан. // Хирургия Казахстана. 1995. №5-6. С.12-18
3. Есім А.Ж., А.Б. Токпаева. Особенности течения и лечения острых одонтогенных периоститов челюстей у детей младшего возраста. // Педиатрия и детская хирургия.- № 3.- 2009 стр.44-46
4. Есім А.Ж., Испулаева С.Х., Мухамадиева А.Ш. Органосохраняющие методы лечения острых одонтогенных воспалительных заболеваний в условиях амбулаторной практики. // Педиатрия и детская хирургия №2, 2011г., С.36-37.
5. Есім А.Ж. Органосохраняющие методы лечения одонтогенных воспалительных заболеваний. // Клиника и лечение заболеваний челюстно-лицевой и смежных областей. Алматы. 1997. С.73
6. Есім А.Ж. Кинетика изменений медиального корня первого постоянного нижнего моляра у детей, подростков и взрослых. // Проблемы стоматологии. № 3, 1996, С.45-47.
7. Есім А.Ж., Потатуркина Н.Е. Остеомиелиты челюстей у детей. // Материалы Съезда стоматологов Казахстана. Алма-Ата. 1974. С.207-208.
8. Есім А.Ж. Проблема раннего удаления временных зубов у детей. // Казахстанский стоматологический журнал. 2004. №4. С.23-25
9. Есім А.Ж., Есім А.А., Есимова А.А. Способ лечения дефекта зубного ряда. Приоритетная справка № 19019 от 2.11.2011 года.
10. Есім А.Ж., Есимова А.А., Наурызбаев К.А., Одарченко Н.А., Адибаева Г.О. Клиника и лечение гипертрофических и келоидных рубцов лица и смежных областей у детей и подростков. // Профилактика стом. заболеваний. Алматы. 1999. С.141-143.
11. Есім А.Ж., Есім А.А. Патент РК № 5458 «Способ профилактики и лечения келоидных рубцов лица» от 15.12.1997.
12. Есимов А.Ж. и др. А.С. №1630808 «Шина для лечения переломов нижней челюсти» от 28.02.1991г.
13. Есимов А.Ж. Злокачественная гипертермия у детей с расщелинами верхней губы. // Материалы Съезда стоматологов Казахстана. Алма-Ата. 1980. С.472-473.

14. Есимов А.Ж., Р.Ж.Карабалаева, В.С.Калиева Состояние микрофлоры у детей с расщелинами.\\ Вопросы стомат./вып.3/Алма-Ата.1982.С.213-215.
15. Есимов А.Ж. Роль экзогенных факторов в этиологии врожденных расщелин губы и неба.\\ Сб. «Профилактика и лечение стом.заболеваний».Алма-Ата.1983.С.172-174.
16. Есимов А.Ж. Диспансеризация детей с врожденными пороками лица.\\ Здравоохранение Казахстана.1983.№4.С.25-26.
17. Есимов А.Ж., Т.К.Супиев, А.М.Ахметжанов Особенности проведения хейлопластики у новорожденных.\\ Сб.Вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.Алма-Ата,1994.С.83-85.
18. Есім А.Ж. Медико-социальные аспекты хейлопластики у новорожденных. \\ Проблемы стоматологии.2003.№3.С.146-147.
19. Есім А.Ж. Патент РК №3294 «Способ формирования колонки фильтрума верхней губы при хейлопластике» от 10.06.1996.
20. Есимов А.Ж. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с расщелинами неба.\\ Здравоохранение Казахстана.1983.№11.С.63-65.
21. Есимов А.Ж. С.А.Атабаев, С.Р.Аванесова Массаж мягкого неба с помощью логопедических упражнений. \\ Вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.Алматы.1996.С.95-99
22. Есимов А.Ж. Патент РК № 3292 «Способ формирования задних небных лоскутов при уранопластике» от 10.06.1996.
23. Есимов А.Ж. Патент РК № 4915 «Способ лечения врожденных расщелин неба» от 15.08.1997.
24. Есім А.Ж., Испулаева С.Х. Морфо-функциональные и клиничко-лабораторные особенности ВНЧС в норме и патологии. \\ Проблемы стоматологии 2001- № 1 – С.32-35.
25. Есім А.Ж., Грушин Ю.В. Височно-нижнечелюстной комплекс.проблемы и пути решения. \\Проблемы стоматологии.2001.№4.С.34-37
26. Есім А.Ж. Дифференцировка патологических процессов и лечение заболеваний ВНЧК. \\Казахстанский стоматологический журнал.2003.№4.С.27-30.

27. Есім А.Ж., Атабаев С.А. Дифференцированный подход к диагностике патологии ВНЧС // Астанинский медицинский журнал 2004 г., №4 С.156-157
28. Есім А.Ж. Комплексное лечение больных разного возраста с хроническим артритом ВНЧС // Стоматология детского возраста. С-Петербург. 2002. №1-2. С.69-70.
29. Есимов А.Ж. Патент РК № 1333 «Способ костной пластики нижней челюсти у детей» от 15.10.1998
30. Есимов А.Ж., Т.К.Супиев, С.Б.Нурмаганов Клиника и лечение воспалительных заболеваний слюнных желез у детей. // Здравоохранение Казахстана. №1. 1990. С.38-41.
31. Есимов А.Ж., С.Б.Нурмаганов, Б.С.Садыков Способ введения контрастных веществ при проведении сиалографии у детей. // Рац предложение №340 БРИЗ АГМИ от 27.02.1990
32. Есимов А.Ж., В.С.Куликова, В.С.Агапов. Содержание свободного гепарина в крови у больных с кавернозными гемангиомами лица. // Стоматология. 1971. №2. С.31-33
33. Есимов А.Ж. Лечение гемангиом челюстно-лицевой области у детей. // Материалы Съезда стоматологов Казахстана. Алма-Ата. 1974. С.281-282
34. Есім А.Ж., А.А.Есимова, С.Х.Испулаева Лечение больных с врожденными гемангиомами периорбитальной области. // Дентист Казахстан. 2007. №2(6), С.161-162.
35. Есім А.Ж. Особенности клинического течения и лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей младшего возраста. // Казахстанский стоматологический журнал. 2009. №2. С.39-41.
36. Есимов А.Ж. Макроглоссия. // Сб. научных трудов ЦНИИстом. М. 1967.
37. Есім А.Ж. Патент РК № 5443 «Способ резекции языка при макроглосии» от 15.12.1997
38. Есім А.Ж., А.А.Есимова, С.Х.Испулаева. Радиоволновая хирургия доброкачественных новообразований лица и смежных областей. // Проблемы стоматологии. 2000. №3. С.150-151
39. Есимов А.Ж., М.А.Алиакпаров Диагностика опухолей гайморовой пазухи Вопросы стоматологии. /Сб. научн. работ/. Алма-Ата. 1978. С.104-106

40. Есім А.Ж., А.О.Омаров Сравнительная характеристика клинико-рентгенологических данных и данных КТ верхнечелюстных пазух.\\ Здоровье и болезнь, Алматы. 2008. №8. С. 101-102
41. Есім А.Ж., Т.К.Супиев, Ш.Б.Камалов, С.Б.Нурмаганов Особенности клинического течения и лечения гемангиосаркомы нижней челюсти ребенка.\\ Проблемы стоматологии. 1999. №1. С. 66-67.