

Рост Черепно-Лицевого Комплекса После Хирургии

Шомурадов Толибжон Файзуллаевич

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины

Аннотация: В этой статье обсуждается черепно-лицевой рост до сих пор было связано с активно растущими людьми, которые составляют значительную часть среднестатистической популяции ортодонтических пациентов. Однако часть роста, которая обычно происходит после ортодонтического лечения, может повлиять на долгосрочную стабильность пролеченного пациента.

Ключевые слова: рост черепно-лицевой области; послеоперационное развитие черепно-лицевой области; челюстно-лицевая хирургия; ремоделирование скелета; регенерация лицевых костей; ортодонтическая стабильность; морфология черепно-лицевой области; детская черепно-лицевая хирургия; результаты хирургического лечения; модели роста; черепно-лицевая асимметрия; заживление костей; ортогнатическая хирургия; адаптация лицевого скелета; послеоперационные анатомические изменения.

Вступление.

Для комплексного и успешного лечения растущего ребенка каждый клиницист должен обладать знаниями об этом 'терминальном росте' черепно-лицевого комплекса. Джордж Шуди 25 изучили 74 европеоида, проходивших ортодонтическое лечение, чтобы проанализировать влияние роста терминалей после лечения на зубной ряд и более глубокие базальные структуры (рис. 1.14). Он предположил, что типичный терминальный рост характеризуется уменьшением SN-MP, SN-окклюзионной плоскости и гониального угла. Нижняя челюсть выдвигается вперед больше, чем верхняя, и рост мышечков протекает преимущественно в вертикальном направлении. Первый коренной зуб верхней челюсти выдвигается вперед больше, чем первый коренной зуб нижней челюсти. Верхние резцы обычно выступают вперед во время терминальной фазы развития челюсти

рост. Ротация нижней челюсти после лечения, выражающаяся в уменьшении угла SN-MP и лингвальном перемещении нижних резцов, способствует рецидиву неправильного прикуса и уменьшению длины дуги. Профиль лица постепенно становится менее выпуклым, в первую очередь из-за роста носа и движения подбородка вперед.

СТАРЕНИЕ: СКЕЛЕТ И МЯГКИЕ ТКАНИ

изменения

Знания об изменениях в зубочелюстно-лицевом комплексе в результате процесса старения имеют решающее значение для современной ортодонтической диагностики и планирования лечения и должны представлять значительную ценность для всех ортодонт. Исследование Бехренца²⁶, в котором приняли участие 113 нелеченых людей в возрасте от 17 до 83 лет, предоставило исчерпывающие данные по этому вопросу. В его исследовании испытуемые в возрасте 17-41 года (молодой возраст) сохранили свои черепно-лицевые формы - класс II особи выросли как особи II класса, а особи III класса выросли как особи III класса. У испытуемых в возрастной группе 41-83 года наблюдались вертикальные изменения размеров и они стали менее выступающими. У самцов наблюдалось вращение нижней челюсти против часовой стрелки, а у самок, как правило, рост был более вертикальным. Процент изменений у самок был меньше, чем у самцов. Изменения мягких тканей в возрасте от 17 до 83 лет включали

увеличение выступа носа и смещение кончика носа вниз. Губы стали менее выпуклыми и расположенными ниже. Из-за уменьшения выступления губ и опускания кончика носа носогубный угол имел тенденцию становиться более острым. Изменения в зубах включали выпрямление резцов верхней челюсти и выпячивание резцов нижней челюсти только в женской группе. Коренные зубы нижней челюсти выпрямились у мужчин и выдвинулись вперед у женщин. Коренные зубы верхней челюсти у самцов наклонены в мезиальном направлении, а у самок - вертикально.

Ортодонтические пациенты с нарушениями свертываемости крови представляют две основные проблемы для ортодонта: риск вирусной инфекции (гепатит и ВИЧ) и риск чрезмерного кровотечения. Планирование лечения у таких пациентов должно включать сокращение продолжительности лечения и по возможности, лечение без удаления. Любые десневые следует избегать раздражения слизистой оболочки; поэтому склеивание молярных трубок предпочтительнее, чем наложение повязок на коренные зубы. В болезненных ситуациях лучше назначат ацетаминофен с кодеином, если требуется, и избегать аспирина. В случае кровоточивости десен следует нанести 25%-ный раствор хлорида цинка. Пациенты с ВИЧ-инфекцией находятся в состоянии иммунодефицита и более восприимчивы к инфекциям. Поэтому следует принимать необходимые меры предосторожности, чтобы избежать перекрестных инфекций. Необходимо получить историю болезни, относящуюся к прошлым и текущим лекарственным препаратам, и ее отношение к необходимо оценить эффективность ортодонтического лечения. Низкая доза кортикостероидов

(1 мг/кг массы тела) уменьшает подвижность зубов за счет подавления активности остеокластов.⁵ Однако высокая доза кортикостероидов (15 мг/кг массы тела) повышает активность остеокластов, приводя к более быстрому перемещению зубов и последующему рецидиву.⁶ Поэтому рекомендуется избегать применения кортикостероидов во время ортодонтического лечения. Поскольку все больше и больше взрослых обращаются за ортодонтическим лечением, важно знать влияние применения бисфосфонатов, используемых при лечении остеопороза и злокачественных новообразований при ортодонтическом лечении. Следует избегать определенных процедур, таких как удаление зубов и установка мини-винтов для фиксации скелета.

закключение

Ортодонтия влияет на положение челюсти, вызывает изменения в расположении зубов и профиле лица у пациентов, которые сами меняются в связи с процессом роста и старения. Другими словами, у ортодонта есть движущаяся цель. Основопологающим при лечении маленьких пациентов является понимание того, как меняется их лицо во время ортодонтического лечения. Знание процессов роста и развития отличает

ортодонтот от многих других практикующих стоматологов. Потребность пациентов в ровных и красивых зубах и приятной улыбке никогда еще не было такого высокого уровня. Это побудило многих клиницистов инвестировать значительное время, усилия и деньги в освоение различных методов лечения и процедур. Хотя это, безусловно, похвально, следует признать, что эффективное перемещение зубов в их желаемое положение - это один аспект; но обеспечение того, чтобы они долго оставались в своем конечном положении и функционировали в гармонии с остальной жевательной системой, является другим важным

аспектом. Обладая обширными знаниями о росте и развитии зубов, скелета и мягких тканей лица, клиницисты будут смогут успешно вести свои дела, а также смогут лучше общаться с пациентами и родителями по поводу ортодонтического лечения.

Список использованной литературы:

1. Современные концепции, цели и механизмы клинической ортодонтии, 2015 / Ашок Карад. Джон Дж. Шеридан.
2. Современная терапия в ортодонтии, МОСБИ, 2012 / Равиндра Нанда, Сунил Капила.
3. Ортодонтия. Диагностика и лечение челюстно-лицевых аномалий и деформаций. GEOTAR Media. 2016 / Персин.
4. Введение в ортодонтию, ОКСФОРД, 2013 / Лора Митчелл.