

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника стоматологии детского возраста и ортодонтии

Врожденные пороки развития отдельных анатомических образований
челюстно-лицевой области и полости рта. Короткие уздечки губ и языка.

Выполнил ординатор
кафедры-клиники
стоматологии
детского возраста и ортодонтии
по специальности: «Ортодонтия»
Щуренко Софья Сергеевна
Рецензент:
д.м.н., доцент Бриль Е.А.

Красноярск 2019

Содержание

Введение

Короткая уздечка верхней губы

Пластика короткой уздечки верхней губы

Короткая уздечка языка

Пластика короткой уздечки языка

Короткая уздечка нижней губы

Пластика короткой уздечки нижней губы

Список литературы

Введение

К врожденным порокам развития отдельных анатомических образований челюстно-лицевой области и полости рта относятся аномалии уздечек губ и языка. Как правило, порок развития заключается в том, что уздечки короткие или аномально (низко или высоко) прикреплены.

При данной патологии постоянное натяжение мягких тканей во время функций может привести к хронической травме, анемизации и нарушению трофики тканей с последующим развитием воспалительных процессов со стороны пародонта. Кроме того, короткие уздечки часто - причина некоторых функциональных нарушений и зубочелюстных аномалий у детей.

Патология в детском возрасте встречается очень часто. С полным основанием можно сказать, что операция пластики короткой уздечки губы или языка (кроме операции удаления зуба) является наиболее частым плановым оперативным вмешательством в хирургическом кабинете детской стоматологической поликлиники.

Короткая уздечка верхней губы

Уздечка верхней губы - это складка слизистой оболочки, разделяющая свод преддверия полости рта по средней линии. При короткой уздечке верхней губы основная причина обращения больных к врачу - эстетический недостаток: наличие диастемы между центральными резцами на верхней челюсти. Гораздо реже дети обращаются с жалобами на наличие воспалительно-дистрофических явлений в пародонте центральных резцов. Клинически в детском возрасте целесообразно выделять два типа коротких уздечек верхней губы.

Первый тип - уздечка верхней губы толстая, мощная, треугольной формы и короткая. Нижний полюс ее вплетается в резцовый сосочек на небе или в межзубной сосочек между центральными резцами. При оттягивании верхней губы сосочек бледнеет или даже смещается, обнажая шейки зубов. В толще уздечки определяется плотный соединительно-тканый тяж, фиксированный к кости по средней линии. Подвижность верхней губы при этом несколько ограничена. Диастема при таком типе уздечки, как правило, широкая, свыше 3 мм. Иногда наблюдаются признаки воспаления десны и краевого пародонта (кровоточивость, мягкий зубной налет и др.) вследствие постоянной травматизации десневого сосочка во время приема пищи.

Второй тип - уздечка верхней губы короткая, тонкая, иногда прозрачная, в виде дубликатуры слизистой, которая прикрепляется к гребню альвеолярного отростка между центральными резцами. В этом случае нередко можно

говорить не столько о короткой уздечке верхней губы, сколько о низком ее прикреплении с возникновением диастемы, а иногда и воспалительно-дистрофических заболеваний в пародонте. Диастемы при таком типе уздечки, как правило, неширокие - 2-3 мм.

При клиническом обследовании этих больных в обязательном порядке необходимо обращать внимание на ширину и вид диастемы, а также другие аномалии со стороны центральных резцов. Как известно, диастема затрудняет произношение зубных звуков и относится к эстетическим недостаткам. Некоторые авторы (Х.А. Каламкаров, 1970) различают истинную и ложную диастемы.

Истинная диастема - это чаще всего наследственное заболевание, при котором в интактном зубном ряду имеется щель между центральными резцами, а также толстая и мощная уздечка верхней губы, волокна которой вплетаются в резцовый сосочек. На рентгенограмме определяется уплотненный небный шов.

Ложная диастема - это приобретенное заболевание вследствие адентии боковых резцов, аномалии формы или размеров резцов, наличия сверхкомплектных зубов между центральными резцами, вредных привычек и др. В этих случаях уздечка верхней губы может иметь нормальные размеры.

Однако наибольшее практическое значение имеет клинико-рентгенологическое разделение диастем на три типа (Ф.Я. Хорошилкина, 1982):

1. Диастема с дивергенцией коронок центральных резцов от средней линии.
2. Диастема с корпусным латеральным смещением центральных резцов от средней линии.
3. Диастема с дивергенцией корней центральных резцов от средней линии.

Помимо этого диастемы подразделяют и по их ширине. Диастему от 4 мм и больше следует считать широкой с обязательным рентгенографическим обследованием детей. Кроме того, рентгенологическое обследование больных при диастеме показано при выявлении аномалий со стороны центральных резцов (ретенция, вестибулярное или оральное положение и др.) с целью уточнения диагноза и составления плана хирургического и ортодонтического лечения. Таким образом, для постановки диагноза, помимо клинического, многие дети нуждаются в рентгенологическом обследовании.

Тип короткой уздечки верхней губы и вид диастемы (с учетом возраста ребенка) во многом определяет способ хирургического вмешательства и характер последующего ортодонтического лечения.

Показание к операции пластики короткой уздечки верхней губы - наличие диастемы и (или) наличие воспалительно-дистрофических изменений в области пародонта центральных резцов. Следует подчеркнуть, что укороченная уздечка верхней губы сама по себе не может явиться показанием к хирургическому вмешательству, если нет иных патологических состояний (диастема, гингивит и т.п.).

Поскольку тремы и диастемы в молочном (временном) прикусе - физиологическим состоянием, то оптимальный срок для проведения пластики короткой уздечки верхней губы - возраст 7-8 лет, т.е. после прорезывания 11 и 21 зубов. Имеются наблюдения, когда диастема во временном прикусе ликвидируется после прорезывания постоянных зубов. Некоторые авторы (Т.Ф. Виноградова, 1983 и др.) в отдельных случаях рекомендуют операцию проводить после прорезывания 12 и 22 зубов. Оперативное вмешательство в более раннем возрасте проводится очень редко и только при постоянном травмировании уздечки или воспалении в области пародонта центральных резцов.

Пластика короткой уздечки верхней губы

Имеется несколько способов пластики короткой уздечки верхней губы. В тех случаях, когда уздечка верхней губы тонкая, короткая и низко прикреплена, можно применять наиболее простой метод пластики уздечки верхней губы путем "пересадки" основания уздечки к переходной складке. Во время операции под местной анестезией или наркозом, нижний полюс уздечки верхней губы V-образным разрезом отсекают от гребня альвеолярного отростка между 11 и 21 зубами и после оттягивания верхней губы, "пересаживают" выше на 1,0 - 1,5 см. Соединительно-тканной тяж в глубине раны под уздечкой рассредотачивают. Во время этой операции возможна частичная френулэктомия, т.е. иссечение нижнего соединительно-тканного полюса уздечки. Рана на слизистой верхней губы ушивается, а на альвеолярном отростке укрывается йодоформной марлей.

Если же уздечка верхней губы короткая, тонкая и прозрачная, в виде дубликатуры слизистой, то возможна операция "френулэктомии", т.е. полного иссечения короткой уздечки верхней губы (Е.В. Боровский, 1987) с ушиванием раны на губе в вертикальном направлении. Однако многие считают такой способ пластики короткой уздечки верхней губы порочным (Б.Д. Кабаков, 1985 и др.).

В тех случаях, когда уздечка верхней губы толстая, мощная и короткая, показана пластика уздечки встречными треугольными лоскутами (по Лимбергу) с углами не менее 60 градусов (Z-пластика). Во время этой операции происходит истинное удаление тканей в передне-заднем направлении. При этом также показано рассечение соединительно-тканного тяжа в глубине раны по ходу уздечки.

В случае если ширина диастемы больше 4 мм, а также, если ребенку больше 12 лет (в постоянном прикусе), во время операции пластики короткой уздечки верхней губы показано проведение линейной компактостеотомии или даже остеотомии между 11 и 21 зубами с целью ослабления плотного небного шва и ускорения сроков последующего ортодонтического лечения. Кроме того, компактостеотомия часто показана в постоянном прикусе при лечении диастем 2-го и 3-го типа. Если же причина диастемы - ретинированный сверхкомплектный зуб, расположенный между корнями 11 и 21 зубов, операцию следует начинать с удаления сверхкомплектного зуба.

Все дети после пластики короткой уздечки верхней губы (при наличии диастемы) нуждаются в ортодонтическом лечении, которое следует начинать через 10-14 дней после операции.

Короткая уздечка языка

Короткая уздечка языка - это врожденный порок развития, ограничивающий подвижность языка и часто ведущий к функциональным и анатомическим изменениям в зубочелюстной системе ребенка.

При короткой уздечке языка, вследствие прикрепления передней трети языка к тканям дна полости рта в грудном возрасте часто затрудняется акт сосания, а в более позднем возрасте нарушается функция глотания и речи (произношение звуков р, л, с, шипящих и др.). Неправильное расположение кончика языка во время функции и в состоянии покоя обуславливает типичные аномалии прикуса. Так, бипрогнатический прикус формируется за счет упора кончика языка во время глотания во фронтальные зубы обеих челюстей. Если же кончик языка прокладывается между зубами, формируется открытый прикус. При значительном укорочении уздечки языка он даже в состоянии покоя постоянно давит на зубы нижней челюсти, что может привести к формированию мезиального прикуса. Особенно велика вероятность этого у детей с нарушением носового дыхания, гипертрофией небных миндалин, при сосании языка или верхней губы, ранней потере временных жевательных зубов и др. В то же время следует отметить, что укорочение уздечки языка не обязательно ведет к вышеуказанным анатомическим или функциональным нарушениям.

Клинически в детском возрасте целесообразно (с практической точки зрения) выделять 2 типа короткой уздечки языка.

Первый тип - уздечка языка короткая, ограничивает подвижность кончика языка, который во время функции раздвоен. Ребенок не может достать кончиком языка небо, облизать губы и т.п. При бимануальном обследовании, при оттягивании кончика языка кверху и боковом освещении выявляется, что уздечка языка тонкая, прозрачная, в виде дубликатуры (двойной складки) слизистой без включения крупных сосудов и соединительно-тканых тяжей.

Второй тип - уздечка языка короткая, толстая и мощная. Подвижность кончика языка также ограничена. Кончик языка раздвоен, особенно во время функции. При оттягивании кончика и тела языка кверху в боковом освещении уздечка языка толстая, непрозрачная. В толще ее имеются соединительно-тканые тяжи, просматриваются крупные сосуды.

Клиническое обследование этих детей должно предусматривать обязательное исследование функции глотания и речи, а также состояние прикуса.

Показание к операции пластики короткой уздечки языка у детей - наличие функциональных нарушений (сосание, глотание, речь) и (или) наличие аномалий прикуса. Оперативное вмешательство следует проводить или в период новорожденности, или после 3-4 лет.

В периоде новорожденности показанием к проведению операции являются жалобы на нарушение функций сосания и глотания, что затрудняет процесс вскармливания ребенка. При отсутствии жалоб оперативное вмешательство в данном возрасте нецелесообразно и его следует отложить.

В периоде новорожденности проводится, как правило, паллиативное оперативное вмешательство - рассечение короткой уздечки языка до пределов нормальных границ ее прикрепления. При этом под местной аппликационной анестезией ассистент приподнимает кончик и тело языка кверху, а хирург ножницами рассекает уздечку в поперечном направлении. Если уздечка тонкая, то данное оперативное вмешательство несложное, а кровотечение после операции незначительное и легко останавливается. Эту операцию часто проводят еще в роддоме или амбулаторно в условиях поликлиники. Однако опыт показывает, что после подобных операций часто выявляется рецидив заболевания в более старшем возрасте (3-4 года).

Если же уздечка языка у новорожденных толстая и мощная, то подобная операция в амбулаторных условиях чревата сильным кровотечением или повреждением выводных протоков слюнных желез. В этом случае вопрос о целесообразности проведения операции в периоде новорожденности должен решаться индивидуально, а само оперативное вмешательство следует проводить под наркозом и в стационаре.

В возрасте 3-4 лет и далее (по мере диагностики) пластика короткой уздечки языка показана при нарушении функции речи и глотания или (и) при наличии аномалий прикуса. При отсутствии подобных показаний оперативное вмешательство не показано или его следует отложить.

Пластика короткой уздечки языка

Существуют два основных способа пластики короткой уздечки языка, которые зависят в основном от типа или вида короткой уздечки языка. Однако вне зависимости от способа оперативного вмешательства следует

подчеркнуть, что залог успешного проведения операции у детей, особенно у детей младшего возраста - общее обезболивание и фиксация кончика языка, путем наложения на него лигатуры (держалки) до начала операции.

Если уздечка языка короткая, тонкая, в виде дубликатуры слизистой (первый тип), то наиболее целесообразна пластика уздечки путем ее поперечного рассечения. При этом производят поперечное рассечение уздечки языка в средней трети или отсечение уздечки языка от его нижней поверхности до полного освобождения кончика языка. Выдвигая (с помощью лигатуры) язык максимально кверху и кпереди, горизонтальную рану переводят в ромбовидную, а затем и в вертикальную, которую ушивают наглухо в передне-заднем направлении (Dechaume, 1935). Данное оперативное вмешательство возможно вследствие большой подвижности и эластичности слизистой оболочки языка и дна полости рта. Операция позволяет восстановить подвижность кончика языка при значительном укорочении уздечки, когда чистая Z-пластика может не дать желаемого результата. Недостаток этой операции - частичный рецидив заболевания в отдаленном периоде за счет сокращения послеоперационного рубца в передне-заднем направлении.

Если уздечка языка короткая, толстая, мощная, а кончик языка фиксирован к тканям дна полости рта и малоподвижен (второй тип), то наиболее целесообразна операция пластики короткой уздечки языка встречными треугольными лоскутами по Лимбергу (Z-пластика) с углами не менее 60 градусов. Срединный разрез при этом проводят по гребню уздечки языка от кончика его до выводных протоков слюнных желез. Это оперативное вмешательство в детском возрасте следует проводить только под общим обезболиванием.

Все дети после пластики короткой уздечки языка нуждаются в миогимнастике для мышц языка для восстановления подвижности кончика языка и нормализации нарушенных функций. С этой же целью должно проводиться логопедическое обучение детей. При нарушениях прикуса дети дополнительно нуждаются в ортодонтическом лечении.

Короткая уздечка нижней губы

Короткая уздечка нижней губы может быть как самостоятельным заболеванием, так и заболеванием, сочетающимся с мелким преддверием полости рта.

Основная причина обращения больных к врачу-стоматологу - жалобы на кровоточивость десны, усиливающуюся при чистке зубов и обнажение шеек центральных резцов на нижней челюсти. Анамнестически можно установить, что эти патологические явления, как правило, возникают после прорезывания постоянных зубов и практически никогда не бывают в молочном прикусе.

Клиническое обследование ребенка следует начинать с горизонтального отведения нижней губы. Если при этом уздечка представлена высоким гребнем, разделяющим свод преддверия по средней линии, а глубина преддверия полости рта по обе стороны от уздечки в пределах нормы, то с полным основанием можно говорить о врожденном пороке развития уздечки нижней губы. Укорочение уздечки нижней губы и ее прикрепление к десневому сосочку между 41 и 31 зубами ведет к тому, что при оттягивании губы десневой сосочек бледнеет. Во многих случаях он как бы отрывается (отслаивается) от шеек зубов с возникновением атрофии или рецессии десны, с обнажением шеек или даже корней этих зубов.

Помимо этого у большинства больных имеется повышенная кровоточивость десневого сосочка, его воспаление, а также отложение мягкого и даже твердого зубного налета. У некоторых больных выявляется патологическая подвижность 41 и 31 зубов, наличие зубодесневых карманов. При рентгенологическом обследовании этих больных выявляются деструктивные изменения в костной ткани с резорбцией межзубной перегородки. Факторы риска формирования патологии пародонта у этих больных - глубокий травмирующий прикус, диастема, оральное положение одного из центральных резцов на нижней челюсти и другие зубочелюстные аномалии.

Патогенез патологии со стороны тканей пародонта можно объяснить хронической травмой десны при откусывании пищи, при движении нижней губы и т.п. вследствие укорочения уздечки и (или) ее высокого прикрепления. Кроме того, заболевания тканей пародонта в области 41 и 31 зубов могут возникать вследствие функциональной незрелости тканей пародонта после прорезывания зубов, незаконченным формированием корней этих зубов, а также недоразвитием апикального базиса нижней челюсти во фронтальном отделе, когда прорезавшиеся центральные резцы с несформированными корнями окружены тонким слоем костной ткани альвеолы. В этих случаях даже обычная в функциональном отношении нагрузка на эти зубы может оказаться чрезмерной с развитием патологии пародонта.

Следует подчеркнуть, что симптомы заболевания краевого пародонта при короткой уздечке нижней губы проявляется только в области 41 и 31 зубов, в отличие от мелкого преддверия полости рта, когда подобная патология имеется, как правило, от 43 до 33 зубов.

Пластика короткой уздечки нижней губы

Исходя из вышеизложенного считается, что операция пластики короткой уздечки нижней губы должна проводиться в возрасте не ранее 7-8 лет. Показание к операции - наличие воспалительных или воспалительно-дистрофических изменений в области пародонта 41 и 31 зубов, а также наличие диастемы между этими зубами.

Оперативному вмешательству должно предшествовать консервативное лечение у терапевта-стоматолога с целью нормализации гигиены полости рта и купирования воспалительного процесса.

Поскольку основным в патогенезе заболевания - натяжение уздечки нижней губы и хроническая травма пародонта, то главной задачей операции пластики уздечки нижней губы должно быть устранение этого натяжения путем удлинения тканей в передне-заднем направлении. Наиболее оптимальный способ реализации этой задачи - пластика уздечки встречными треугольными лоскутами по Лимбергу (Z-пластика) с углами не менее 60 градусов. Срединный разрез при этом проводят по гребню короткой уздечки нижней губы. Во время этой операции следует рассредоточить до переходной складки фиброзный тяж, фиксирующий уздечку к альвеолярному отростку челюсти.

В послеоперационном периоде показаны массаж и физиолечение с целью формирования эластичного и малозаметного рубца. Возможно применение пластинки с вестибулярным пелотом.

Другие способы пластики короткой уздечки нижней губы (отсечение ее от альвеолярного отростка, отсечение уздечки от нижней губы, пересечение уздечки) малоэффективны, а во многих случаях даже порочны, так как не устраняют механизм формирования патологии. Опыт показывает, что эти операции, как правило, ведут к рецидиву заболевания или даже усугублению его.

Все дети, имеющие аномалии со стороны фронтальных зубов обеих челюстей и (или) аномалии прикуса (особенно глубокий прикус), нуждаются в послеоперационном периоде в обязательном ортодонтическом лечении. В противном случае, даже после успешной проведенной операции, патология пародонта в области 41 и 31 зубов сохраняется или даже прогрессирует. При наличии признаков прямого травматического узла во фронтальном отделе (по В.Ю. Курляндскому, 1969) хирургическое лечение во многих случаях следует отложить до ликвидации указанной патологии.

Список литературы

Пропедевтическая ортодонтия (Ю.Л. Образцов)

Ортодонтия (Л.С.Персин)

Современная ортодонтия (У.Р. Проффит)

Атлас аномалий и деформаций челюстно-лицевой области (С.В. Дмитриенко, А.И.Краюшкин, А.Л. Воробьев, О.Л. Фомина)

Основы челюстно-лицевой хирургии (А.А. Тимофеев)