Врожденные и приобретенные аномалии и деформации зубочелюстной системы и лицевого черепа

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K07.0, K07.1, K07.4, Q18 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Врожденные и приобретенные аномалии зубочелюстной системы и лицевого черепа связаны с нарушением роста и формы челюстей, их взаимоотношений и симметрии; причины включают генетические, травматические, воспалительные, опухолевые и внешние факторы. Рекомендация посвящена диагностике, планированию ортодонто-хирургического лечения, послеоперационной реабилитации и наблюдению пациентов.

Главное

- Аномалии могут быть следствием генетических заболеваний, травм, воспалительных и опухолевых процессов, факторов внешней среды, парафункций и вредных привычек.
- Около 45% населения имеют аномалию прикуса, а у 5–15% выявляется значительная диспропорция роста челюстей, требующая комбинированного лечения с применением ортогнатической хирургии.
- Клиническая картина разнообразна; у взрослых пациентов она чаще значительно сложнее вследствие присоединения потери зубов, деформации зубных рядов и челюстей, функциональной перегрузки пародонта и нарушений окклюзии.
- Диагноз устанавливают по данным анамнеза, клинической оценки состояния пациента, антропометрического анализа, моделей зубных рядов и лучевых методов; КЛКТ или МСКТ и МРТ ВНЧС рекомендованы всем пациентам с патологией прикуса (УУР С, УДД 5).
- Основной метод лечения скелетных зубочелюстных аномалий — хирургический. Хирургические вмешательства не рекомендуются при тяжелых заболеваниях органов и систем в стадии декомпенсации; после улучшения состояния операция может стать возможной (УУР С, УДД 5).
- Объем хирургического лечения планируют индивидуально с учетом типа и выраженности аномалии или деформации, этнической принадлежности и возраста пациента.
- Ортогнатическое лечение обычно включает предоперационную ортодонтическую подготовку, операцию и послеоперационную ортодонтическую коррекцию; в отдельных случаях возможен протокол SURGERY FIRST.
- После операции нужны регулярные осмотры челюстно-лицевого хирурга и ортодонта не реже одного раза в 6 месяцев; при подозрении на рецидив или вторичную деформацию выполняют дополнительные исследования по клинической картине.

Диагностика

1. Собрать анамнез и уточнить жалобы на изменение формы или асимметрию лица и челюстей, потерю зубов, нарушение жевания и движений нижней челюсти, щелчки, хруст или боль в ВНЧС, нарушение носового дыхания и речи (УУР С, УДД 5).
2. При осмотре оценить симметрию лица и лицевого скелета, прикус и межчелюстные взаимоотношения; выполнить антропометрические измерения и оценить модели зубных рядов (УУР С, УДД 5).
3. Провести стоматологическую и общесоматическую оценку; при нестабильной психике дополнительно оценить психоневрологический статус.
4. Выполнить КТ лицевого отдела черепа — КЛКТ или МСКТ, с или без пространственной реконструкции изображения в формате 3D; рекомендуемая толщина среза — не более 0,5 мм (УУР С, УДД 5).
5. Провести МРТ ВНЧС для оценки положения и целостности суставного диска и других мягкотканных структур (УУР С, УДД 5).
6. При подготовке к операции выполнить лабораторные исследования для исключения сопутствующих заболеваний (УУР С, УДД 5).
7. Всем пациентам с патологией прикуса рекомендуется консультация врача-ортодонта, врача-генетика, врача-стоматолога-ортопеда и врача-оториноларинголога; перед оперативным лечением — консультация врача-анестезиолога-реаниматолога и врача-стоматолога-терапевта (УУР С, УДД 4–5).

8. При нарушении дыхания оценить состояние ЛОР-органов и функцию внешнего дыхания с помощью ПАРМ, акустической ринометрии и/или передней риноманометрии.

Лечение

- Хирургическое лечение является основным методом коррекции скелетных зубочелюстных аномалий (УУР С, УДД 5). Операцию не проводят при тяжелых декомпенсированных заболеваниях органов и систем; после улучшения состояния вмешательство может стать возможным (УУР С, УДД 5).
- Вне зависимости от степени внешней аномалии или деформации необходимо оценивать параметры всего лицевого скелета. Перед операцией рекомендуется планировать объем и методику хирургического вмешательства, а также использовать специализированное компьютерное программное обеспечение для расчета перемещения челюстей и изменения мягких тканей лица (УУР С, УДД 4).
- При ортогнатических операциях применять жесткую фиксацию костных фрагментов титановыми пластинами и винтами (УУР С, УДД 5); проводить предоперационную ортодонтическую подготовку и послеоперационную коррекцию (УУР С, УДД 5).
- При III скелетном классе с чрезмерным развитием нижней челюсти выполнять двустороннюю межкортикальную скользящую остеотомию нижней челюсти (BSSO); при недоразвитии верхней челюсти — остеотомию Le Fort I, при сочетании нарушений — обе операции (УУР С, УДД 5).
- При II скелетном классе с недоразвитием нижней челюсти проводить BSSO с целью увеличения ее размеров; также проводить остеотомию верхней челюсти по типу Le Fort I и при недостаточном размере подбородочного отдела нижней челюсти — увеличивающую гениопластику по эстетическим показаниям (УУР С, УДД 5 для BSSO и гениопластики; УУР С, УДД 4 для Le Fort I).
- При сужении верхней челюсти сначала оценить возраст и степень сращения небного шва и обсудить с ортодонтом возможность ортодонтического расширения. При сращении шва или невозможности ортодонтического расширения выполнять остеотомию Le Fort I и срединного небного шва с фиксацией дистракционного аппарата; величину расширения определяет ортодонт (УУР С, УДД 5).
- При вертикальной резцовой дизокклюзии выполнять сегментарную остеотомию верхней челюсти с ротацией фронтального фрагмента; до операции создавать промежутки между зубами в зоне планируемой остеотомии для профилактики повреждения корней (УУР С, УДД 5).
- При нарушениях ВНЧС возможны артроцентез, артролаваж и диагностическая артроскопия (УУР С, УДД 5); при нарушении носового дыхания — хирургическая коррекция внутренних структур носа по показаниям (УУР С, УДД 4).

Когда направить и как наблюдать

- При появлении симптомов аномалий костей лица и черепа или костно-мышечных деформаций головы направить пациента к челюстно-лицевому хирургу для определения тактики ведения и лечения (УУР С, УДД 4).
- Плановая госпитализация показана при необходимости ортогнатической операции, невозможности ортодонтической коррекции амбулаторно либо невозможности выполнить диагностические или лечебные манипуляции в амбулаторных условиях.
- Ортогнатические операции проводят в условиях круглосуточного стационара; госпитализация плановая, помощь оказывают челюстно-лицевые хирурги.
- После операции пациенту необходимы реабилитационные мероприятия и скоординированная работа челюстно-лицевого хирурга, ортодонта и анестезиолога-реаниматолога; по клиническим показаниям привлекают других специалистов (УУР С, УДД 4).

Частые вопросы

Какие исследования обязательны перед лечением патологии прикуса?

Всем пациентам с патологией прикуса рекомендуются КТ лицевого отдела черепа — КЛКТ или МСКТ, с или без пространственной реконструкции изображения в формате 3D, и МРТ ВНЧС (УУР С, УДД 5).

Всегда ли при скелетной аномалии нужна операция?

Для скелетных зубочелюстных аномалий основным методом лечения является хирургический. Тактику определяют индивидуально; при тяжелых декомпенсированных заболеваниях операцию откладывают до улучшения состояния.

Как лечат III скелетный класс?

При чрезмерном развитии нижней челюсти выполняют BSSO. При недоразвитии верхней челюсти используют остеотомию Le Fort I, а при сочетании нарушений — операции на обеих челюстях (УУР С, УДД 5).

Можно ли обойтись без предоперационной ортодонтии?

Обычно выполняют предоперационную ортодонтическую подготовку и послеоперационную коррекцию. В отдельных случаях возможен протокол SURGERY FIRST без предварительной ортодонтической подготовки.

Как наблюдать пациента после операции?

После оперативного лечения осмотры челюстно-лицевого хирурга и ортодонта проводят регулярно, не реже одного раза в 6 месяцев. При подозрении на рецидив, вторичную деформацию или ухудшение состояния назначают КТ всего черепа, МРТ головного мозга, ЭЭГ и другие исследования по клинической картине (УУР С, УДД 4–5).

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/779-vrozhdennye-i-priobretennye-anomalii-i-deformacii-zubochelyustnoj. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/779_1