

## ЭСТЕТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

**В.И. ГУНЬКО, В.Л. ЗАНДЕЛОВ, А.Т. НАРЦИССОВ.**

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии РУДН. Москва.

117198. ул. Миклухо-Маклая. д. 8.

Медицинский факультет

Настоящая статья посвящена анализу результатов лечения 109 больных с сочетанными деформациями челюстей. Оценка результатов основывалась на анализе клинических данных и результатов анкетирования в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения. Установлено, что при соблюдении комплексного подхода к медицинской реабилитации больных удаётся получить стойкие функциональные и эстетические результаты. Правильное планирование лечения на всех этапах реабилитации и обеспечение надёжной иммобилизации в послеоперационном периоде позволяет достичь высоких результатов, которые в полной мере удовлетворяют эстетическим и функциональным запросам больных с сочетанными деформациями челюстей.

Ключевые слова: сочетанные деформации, верхняя и нижняя челюсть, эстетические и функциональные результаты, медицинская и социальная реабилитация.

Вопросы диагностики, лечения и реабилитации, больных с деформациями лицевого скелета составляют одну из наиболее сложных проблем современной хирургической стоматологии. Важность данной проблемы, прежде всего, определяется большой частотой этой патологии. Зубочелюстные аномалии у детей и подростков встречаются у 46 – 50% обследованных [1, 5, 7, 8, 14, 15]. Частота аномалий прикуса у взрослых по данным В.А. Сукачёва (1984) составляет  $4,45 \pm 0,84\%$ .

В детском возрасте некоторые формы деформаций поддаются ортодонтической коррекции, однако, в настоящее время накоплено достаточно фактов об ограниченных возможностях ортодонтического лечения, так как существует его биологические пределы [2, 3, 4, 10, 11, 15]. Генетически обусловленные аномалии развития зубочелюстной системы не поддаются ортодонтическому лечению даже в раннем детском возрасте [4]. В связи с этим разработка и внедрение в клиническую практику методов хирургического лечения больных с деформациями лицевого скелета является актуальным [9, 12, 13].

С древних времен человечество стремилось познать законы гармонии человеческого лица. Лицо, имеющее сложный анатомический рельеф, является одним из высших проявлений природной гармонии, и для его оценки применяют различные законы эстетики, данные о чувственном познании природы, общества, о генезисе, закономерностях развития и функционирования эстетического сознания, в том числе и искусства, как специфического отражения реальной действительности.

В последние годы в медицинской практике широко используются различные методы определения функциональных и эстетических нарушений до и после реконструктивных операций на лицевом черепе. К таким методам относятся антропометрические исследования, рентгенологическая краниометрия, анализ телерентгенограмм и фотографий больных, а также изучения анкетных данных на разных временных отрезках.

Таблица 1  
Распределение больных по группам и срокам наблюдения

Группы больных с деформациями	Сроки наблюдения, лет	
	1	3 и более
Верхняя про- или макрогнатия и нижняя ретро- или микрогнатия	16	6
Верхняя ретро- или микрогнатия и нижняя про- или макрогнатия	38	32
Верхняя микрогнатия и нижняя про- или макрогнатия после хейло-, уранопластики	10	7
Всего	64	45

Следует отметить, что планируемое лечение не всегда позволяет достичь оптимальных эстетических и функциональных результатов в силу различных причин. Исходя из

этого задача изучения эстетических и функциональных результатов в ближайшие и отдалённые сроки наблюдения в послеоперационном периоде у больных с деформациями челюстей остаётся актуальной с точки зрения прогнозирования результатов и планирования медицинской реабилитации.

В основу данной работы положены результаты клинического наблюдения и анализ анкетного материала прооперированных больных с верхней про- или макрогнатией и нижней ретро- или микрогнатией, верхней ретро- или микрогнатией, нижней про- или макрогнатией и верхней микрогнатией после хейло-, уранопластики (таб. 1).

Нами изучены результаты лечения 109 пациентов в сроки от 1 года до 8 лет (таб. 2), находившихся в клинике челюстно-лицевой хирургии РУДН на базе ЦКБ им. Н.А. Семашко МПС РФ с 1990 по 2002 годы.

Таблица 2

### Распределение больных по возрасту и полу

	Возрастные группы				Итого
	15-19 лет	20-25 лет	26-30 лет	Старше 31 года	
Пол					
Женщины	35	28	12	8	81
Мужчины	8	8	6	4	26
Всего	43	36	18	12	109

Кроме того, нами было розослано 75 анкет -- 45 получено ответов.

Результаты обследования больных с сочетанными деформациями челюстей до операции позволили нам систематизировать эстетические и функциональные нарушения, с которыми пациенты обращались в клинику (таб.3).

Таблица 3

### Основные эстетические и функциональные нарушения у больных с сочетанными деформациями челюстей до операции

Группы больных	Кол-во	Нарушения	
		Эстетические	Функциональные
1 группа	22	Выступание вперёд или увеличение средней зоны лица и западение или уменьшение нижней зоны лица.	Затруднение откусывания и пережёвывания пищи, искажение речи, дисфункция ВНЧС, нарушение дыхания ночью.
2 группа	70	Уплотнение средней трети лица с западением, нижняя губа перекрывает верхнюю. Подбородок выступает вперёд. В ряде случаев горбинка носа.	Дисфункция ВНЧС, затруднение носового дыхания, нарушение функции откусывания и пережёвывания пищи. Нарушение речи, нарушение носового дыхания.
3 группа	17	Уплотнение средней трети лица с западением костно-хрящевого или хрящевого отдела носа, уплотнение и деформация крыла носа. Укорочение верхней губы с уплотнением, деформация красной каймы и самой верхней губы. Выступание подбородка вперёд, нижняя губа перекрывает верхнюю.	Дисфункция ВНЧС, затруднение носового дыхания, нарушение функции жевания, искажение речи, назальность речи.

Изучение данных анкетирования позволило нам выделить три группы больных, у которых наряду с проблемами функционального характера имелись жалобы на эстетические недостатки. Отмечена прямая корреляция между возрастом и характером жалоб.

Пациенты в возрасте до 20 лет жаловались на замкнутость, психопатичность характера. Данная группа больных больше обращала внимание на наличие эстетических диспропорций лица.

Пациенты старшего возраста (после 20 лет) адаптированы со временем к имеющимся у них внешним диспропорциями лица. Большинство больных основное внимание уделяли функциональным нарушениям.

Анализ клинического материала установил: основной контингент больных представлен женщинами молодого возраста, и они более требовательны к своей внешности (таб. 1).

Мужчины обращались реже, и это было связано с серьезными функциональными нарушениями: невозможность полноценного откусывания и пережевывания пищи, которое оказывало серьезное влияние на социальную адаптацию пациентов в обществе.

Таблица 4

#### Удовлетворение эстетическими результатами после костно-реконструктивных операций (на основании анкетного материала) в процентах

Возраст	Сроки наблюдения в п/о периоде			
	1 год		3 года и более	
	До 20 лет	После 20 лет	До 20 лет	После 20 лет
1 группа	91,3%	84,7%	94,8%	99,4%
2 группа	92,1%	82,5%	97,1%	99,6%
3 группа	87,4%	81,3%	89,8%	95,7%

Костно-реконструктивные операции у больных с деформациями через 1 год после операции практически удовлетворяли всем эстетическим требованиям, значительно изменив внешность молодых людей. Анализ результатов лечения в течение 1 года после операции показывает, что у всех оперированных больных полностью устранены имевшиеся грубые функциональные нарушения, отмечена резко выраженная положительная эстетическая оценка достигнутых результатов, которая, как правило, проявляется у пациентов рационально мотивированных на ожидаемые изменения конфигурации лица.

Желание изменить форму отдельных частей лица возникало у них через 3 и более лет. Чаше это совпадало с изменениями в личной жизни, успешности дальнейшей социальной реабилитации: окончание учебы, обретение новой профессии, работа в новых коллективах. Особенно ярко эта тенденция наблюдалась у больных 3-й группы (после хейло-, уранопластики). В сроки наблюдения 3 и более лет мотивация достигнутых результатов несколько ослабляется из-за психоэмоциональной мобильности больных с деформациями в силу их общения в процессе социальной реабилитации.

При этом возникают дополнительные эстетические запросы в отношении отдельных элементов внешности, которые у 63% больных имеют обоснованный характер. К сожалению, не всегда эти требования могут быть удовлетворены из-за ограниченных возможностей со стороны тканей челюстно-лицевой области.

В этой группе у 30% пациентов возникала необходимость операции на хрящевом и костном отделах носа, у 40% - операции коррекции рубцов верхней губы и красной каймы, у 17,6% больных проводилась риносептопластика у оториноларингологов.

Оценку функциональных результатов проводили в те же сроки, что и при изучении эстетических показателей. Рецидивов деформации не отмечено ни в одном случае. Больные, как правило, были удовлетворены результатами лечения. Если чувствительность некоторых зубов во фронтальном участке в сроки наблюдения 1 год после остеотомии верхней челюсти восстановилась не у всех пациентов, то в группе больных после 3 и более лет таких жалоб никто не предъявлял. Носовое дыхание, которое было нарушено у части пациентов 2-й и 3-й групп, было восстановлено путём использования модифици-

рованной методики остеотомии верхнечелюстного комплекса В.М.Безрукова с соавт. (1987г.) и на всем временном этапе наблюдения удовлетворяло больных. Данные клинического обследования больных показывают, что ни в одном клиническом наблюдении мы не отметили ухудшения функции небно-глоточного затвора по сравнению с дооперационным уровнем. На это указывают и данные электромиографического исследования мышц мягкого неба. Сколько-нибудь существенного снижения активности мышц мягкого неба при фонации и глотании мы в своих исследованиях не отметили.

Проведение в эти сроки корректирующих оперативных вмешательств, направленных на устранение имеющихся остаточных деформаций, позволяет значительно усилить мотивацию пациентов по положительной оценке эстетических результатов, а устранение функциональных расстройств с использованием современных достижений ортодонтии и ортопедии способствует полноценной медицинской и социальной реабилитации больных.

### Литература

1. Алимский А.В., Оспанова Г.Б., Бычкова В.М. Формирование нормативной основы ортодонтической службы // Ортодонтия: методы профилактики, диагностики и лечения: Тр. ЦНИИС. — М., 1990. — С. 3 — 4.
2. Бимбас Е.С., Булатовская Б.Я. Результаты лечения медиального прикуса // Ортодонтия: методы профилактики, диагностики и лечения: Тр. ЦНИИС. — М., 1990. — С. 85 — 87.
3. Гюева Ю.А. Диагностика и лечение мезиального прикуса у детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1991. — 24 с.
4. Каламкаргов Х.А. Возможности, прогноз и планирование ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий // Стоматология. -1975.- т.54. -№ 5. -с.52-58.
5. Ломова Н.И. Зубочелюстные аномалии у воспитанников детского дома // Ортодонтия: методы профилактики, диагностики и лечения: Тр. ЦНИИС. — М., 1990. — С. 11 — 14.
6. Сукачёв В.А. Атлас реконструктивных операций на челюстях. — М.: Медицина, 1984. — 118 с.
7. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. — М.: Медицина, 1982. — 463 с.
8. Vendor-Samuel R., Chen Y.R., Chen P.K. "Unusual complications of the Le Fort I osteotomy. Plast. Reconstr. Surgery, 1995, V.96, p. 1289-1296.
9. Blomqvist J.F., Albertus P., Isaksson S. "Sensibility following sagittal split osteotomy in the mandible: a prospective clinical study. Plast. reconstr. surgery, 1998, V.102, p.325-333.
10. Borah G., Rankin M., Wey P. "Psychological complications in 281 plastic surgery practices. Plast. reconstr. surg., 1999, V. 104, p.1241-1246
11. Hasan J.S. "Psychological issues in cosmetic surgery: a functional overview. Ann. plast. surgery, 2000, V.44, p.89-96.
12. Hogevoid H.E., Mobavak K.A., Espeland L., Krogstad O., Skjelbred P. "Plate fixation of extra-oral subcondylar ramus osteotomy for correction of mandibular prognathism: clinical aspects and short term stability. J. Cranio-max. facial surgery, 2001, V.29, №4, p.205-211
13. Ogasawara T., Kitagawa Y., Ogawa T., et al. "Treatment of severe mandibular prognathism in combination with maxillary hypoplasia: case report. J. Craniomaxillofacial surgery, 2002, V.50, №4, p.226-229.
14. Rohner D., Yeow V., Hammer B. "Endoscopically assisted Le Fort I osteotomy. J. Cranio-maxill. facial surgery, 2001, V.29, №6, p.360-365.
15. Santler G.H., Karcher H., Ruda C. "Indications and limitations of three-dimensional models in craniomaxillofacial surgery. J. Craniomaxillofac. surg., 1998, V.26, №1, p.11-16.
16. Wagner B.D.S., Reyneke J.P. «The Le Fort I downsliding osteotomy: a study of long-term hard tissue stability. Int. J. Adult Orthod. Orthognat. surg. 2000, V.15, №1, p.37-49.

#### AESTHETIC AND FUNCTIONAL RESULTS OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH COMBINED DEFORMATION OF JAWS

V.I.GUNKO, V.L.ZANDELOV, A.T.NARTSISSOV

Department of maxillo-facial surgery and surgical dentistry RPFU, Moscow, 117198, M-Maklaya st. 8. Medical faculty

The given article is devoted to the analysis of the treatment results of 109 patients with combined deformations of jaws. The estimation of the results was based on the analysis of the clinical data and the questioning results in the nearest and remote terms of supervision. It was determined, that it was possible to receive stable functional and aesthetic results, the complex approach to medical rehabilitation of the patients being observed. The correct planning of the treatment at all the stages of rehabilitation and securing reliable immobilization in the postoperative period allow to achieve high results which in full measure satisfy aesthetic and functional demands of the patients with combined deformations of jaws.