

ческих дополнительных сигналов при ультразвуковой биолокации средостения. Совершенствование диагностических критериев позволило нам повысить

раннюю диагностику КОМ. Так, в течение первых 2–3 суток госпитализации КОМ был диагностирован у 85% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю.И. Гнойная челюстно-лицевая хирургия /Ю.И. Бернадский, Н.И. Заславский, Г.П. Бернадская. – Киев: Здоровье, 1993. – 242 с.
2. Губин М.А. Прогрессирующие флегмоны лица и шеи: Дисс. д-ра мед наук, 1987. – 356с.
3. Гирко Е.И. Диагностика и лечение контактного одонтогенного медиастинита: Автореф. дисс. к.м.н. – 1994. – 18 с.
4. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь. – Л.: Медицина, 1998. – 156с.
5. Попов Н.Г. Контактный одонтогенный медиастинит. Дисс. д-ра мед. наук. – 1972. – 365 с.
6. Харитонов Ю.М. Ранняя диагностика, прогнозирование и лечение одонтогенного сепсиса: Дисс. д-ра мед. наук. – 1999. – 256с.
7. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. – М., 1985. – 185 с.
8. Popkirow S., Fitschev G., Aidemirska A. Klinische probleme der chirurgische Sepsis //Aktuel. Traumat. – 1984. – Bd. 14. – P. 200-205.
9. Wilson R. F. Special problems in the diagnosis and treatment of surgical sepsis //Surg. Clin. N. Amer. – 1985. – № 4. – P. 965-990.

УДК 616.716.8+617.52

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Губин М.А., Харитонов Ю.М., Киков Р.Н.
ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н.Бурденко»

TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL AND ACQUIRED JAWS DEFORMATIONS

Gubin M.A., Haritonov Ju.M., Kikov R.N.
The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Успешное лечение больных с врожденными и приобретенными деформациями челюстей во многом зависит от комплекса диагностических и лечебных мероприятий. Одним из основных этапов лечения является послеоперационное ведение больных.

Ключевые слова: деформации челюстей.

Successful treatment of patients with congenital and acquired jaws deformations mainly depends on complex diagnostic and medical actions measures. One of the basic stages of treatment is postoperative care of patients.

Key words: jaws deformations.

Проблема медицинской реабилитации больных с врожденными и приобретенными деформациями челюстей за последние десятилетия стала привлекать внимание челюстно-лицевых хирургов, что объясняется большой частотой зубочелюстных деформаций у детей, подростков и взрослых, создающих косме-

тические неудобства и сопровождающихся функциональными расстройствами органов челюстно-лицевой области. Особенности проведения реконструктивных операций на лицевом скелете связаны с различными аномалиями развития челюстей, а имеющаяся специальная литература, представ-

ленная диссертационными работами, монографиями и учебниками по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, в достаточной степени не дает ответа на вопрос об особенностях лечения больных в раннем и позднем периоде медицинской реабилитации [3].

На основании результатов комплексного лечения более 300 больных с различными формами врожденных и приобретенных аномалий прикуса проведен анализ выполненных авторами операций с указанием их положительных и отрицательных сторон.

При изложении материала использована Международная классификация болезней (МКБ-10) с выделением следующих нозологических форм заболеваний: нижняя и верхняя макрогнатия, верхняя и нижняя микрогнатия, открытый и глубокий прикус.

Степени сагиттальной разобщенности зубных рядов при различных формах аномалий прикуса приведены в соответствии со схемой Б.Д. Кабакова, В.А. Сукачева (1975) [1].

В разные периоды времени (1980–2009) в отделении челюстно-лицевой хирургии находились на лечении 308 больных (в возрасте от 16 до 32 лет) с различными деформациями челюстно-лицевой области. Из них в 45% случаев указанная патология наблюдалась у женщин, а в 55% – у мужчин. Нижняя прогнатия была диагностирована у 112 (36,1%) пациентов, верхняя прогнатия – у 57 (18,4%), сочетанная деформация верхней и нижней челюстей – у 45 (14,8%) больных, верхняя микрогнатия – у 65 (21,3%), открытый и глубокий прикус – у 29 (9,4%) больных.

Проведенный ретроспективный анализ показал, что в период с 1976 по 1982 год выполнялись операции на нижней челюсти по методу В.С. Васильева, на верхней челюсти – по К. Schuchardt, Н. Kole, В.М. Безрукову [3].

Для устранения прогнатий нижней челюсти выполнялись операции на ветвях нижней челюсти по типу косой «скользящей» остеотомии. При этом осуществлялся внеротовой доступ, после обнажения ветви нижней челюсти проводилась остеотомия суставного отростка от вырезки до угла челюсти. Малый фрагмент накладывался на наружную поверхность ветви. Отрицательной стороной данного метода являлось создание неблагоприятных условий для консолидации из-за контактов фрагментов не губчатым, а компактным слоем.

Для устранения верхней прогнатии в сочетании с глубоким прикусом использовалась методика К. Schuchardt, которая заключалась в удалении первых премоляров на верхней челюсти с обеих сторон и проведении остеотомии переднего отдела альвеолярного отростка. Костный фрагмент смещался вверх и кзади, а фиксация осуществлялась наложением костного шва и назубными шинами [4].

В нашей модификации с вестибулярной стороны выполнялись не горизонтальные, а вертикальные

разрезы, обеспечивающие хорошую васкуляризацию фронтального отдела верхней челюсти. Также необходимо отметить длительный лимфостаз мягких тканей в области углов нижней челюсти, наличие наружного послеоперационного рубца. Количество реопераций было отмечено в 22,5%.

С 1986 года и по настоящее время при сочетанных деформациях верхней и нижней челюстей выполняются операции в объеме плоскостной остеотомии ветви нижней челюсти по методике Dal Pont или Obwegeser, а в области верхней челюсти – по методике В.М. Безрукова.

Из положительных сторон необходимо отметить следующие: операции выполняются только из интраорального доступа, с интубацией через нос, фиксация костных фрагментов осуществляется титановыми мини-пластинами, обязательна предоперационная подготовка с участием врача-ортодонта.

Разработанная программа ранней и поздней медицинской реабилитации позволила уменьшить количество осложнений и проведения повторных операций, добиться в 91,7% случаев хорошего косметического и функционального эффекта.

Определенные трудности возникают при устранении асимметричных деформаций верхней и нижней челюстей, сочетающихся с уменьшением вертикальных размеров ветви нижней челюсти, нарушении сагиттальной окклюзии в пределах 10–12 градусов. В таких случаях, используя программу предоперационной подготовки и комбинированные схемы проведения операций на верхней и нижней челюсти (вне- и внутриротовые доступы), у 36 пациентов удалось в 85,5% случаев добиться хорошего и удовлетворительного функционального результата.

Особенности реабилитационного периода

Как известно, послеоперационный период начинается с момента завершения оперативного вмешательства и выведения больного из состояния наркотического сна.

Из антибактериальных препаратов предпочтение отдавалось остеотропным средствам, обладающим противомикробным действием на грамположительную и грамотрицательную флору, смешанную флору. Этим требованиям соответствовали препараты цефалоспоринового ряда (3-е поколение) вместе с препаратами имидазолового ряда. Препараты цефалоспоринового ряда вводились фракционно в течение всей операции. Это позволило снизить послеоперационные осложнения (первичное нагноение костной раны, остеомиелит, абсцедирование гематомы) до 5,6%.

Симптоматическая терапия включала в себя коррекцию метаболических, гемодинамических нарушений. С этой целью внутривенно применялись низкомолекулярные декстраны, 10% раствор альбумина, жировые эмульсии, аминокислотные смеси и т. д.

Для снятия послеоперационных болей применялись нестероидные противовоспалительные препараты (кеторол, ибобруфен, НАЙЗ и их аналоги). Одновременно назначались антигистаминные и десенсибилизирующие средства.

Несмотря на большое количество специальных литературных источников, в которых описано питание больных после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области, мы считаем целесообразным остановиться на некоторых особенностях нутритивной поддержки у данной категории больных.

Больные, перенесшие операционную травму на челюстях, оказываются в неблагоприятных условиях для приема полноценной по составу и витаминной насыщенности пищи. По калорийности и составу пищевых веществ все лечебные диеты не достигают уровня общей диеты (ст. № 3), которая является наиболее физиологичной для здорового человека. Особенно низки основные показатели челюстной и зондовой диеты. Целесообразно назначать таким больным пищу, устраняющую дефицит белков, жиров и углеводов. Калорийность ее составляет 1200–1500 ккал. Дополнительное питание следует назначать не ранее 7-го дня после операции, когда послеоперационные боли стихают и не вызывают болезненности при глотании пищи.

Длительная межчелюстная фиксация приводит к слабости жевательных мышц. В связи с этим, чтобы не допустить грубого рубцевания в мягких тканях, целесообразно, начиная со 2-й недели, назначать пере-

менное или постоянное магнитное поле до 10 сеансов с обеих сторон. Для профилактики мышечной атрофии и усиления притока крови к мышцам назначают ДДТ в количестве 10 сеансов. Для улучшения репаративных процессов в области костных фрагментов больным назначается электрофорез с препаратами Са.

После клинико-рентгенологического контроля, исходя из общепринятых положений и индивидуальных особенностей больного, решается вопрос о целесообразности снятия межчелюстной фиксации. Критерием для снятия на зубных шин может служить прочность сращения костных фрагментов.

Объективная оценка эффективности проведенного оперативного лечения деформаций челюстей в ранние сроки реабилитации возможна лишь при учете комплекса объективных показателей. Следует учитывать психоэмоциональную динамику больного, оценку им проведенного лечения.

Поздняя медицинская реабилитация оценивается по тем же критериям, что и ранняя. Дополнительно обращают внимание на устойчивость челюстей и зубных дуг в заданном операцией положении, полноту трудовой и социальной адаптации пациентов.

В конечном итоге результат проведенного комплексного лечения больных с деформациями челюстей полностью отражает полноту диагностических мероприятий, правильность выбора оперативного лечения, технический уровень выполненной операции и рациональность реабилитационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабаков Б.Д. О классификации аномалии прикуса у взрослых /Б.Д. Кабаков, В.А. Сукачев //Стоматология. – 1975. – № 5. – С. 92-95.
2. Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии /Т.Г. Робустова и др. – М., 2000. – 456 с.
3. Dal Pont G. Die retromolare Osteotomie zur Korrektur der Progenie der Retrogenie und des Mordes appertur //Ost. Z. Stomat. – 1961. – Bd. 58. – № 5. – S. 8-10.
4. Obwegesser H. Die Bewegung des interen Alveolarfortsatzes zur Korrektur von Kieferstellungsanomalien //Dtsch. Zahnärztl. Z. – 1968. – Bd. 23. – № 11. – S. 1075-1019.