

гулярное использование трейнера позволяет нормализовать не только форму нёба, но и носовой перегородки – дно полости носа опускается, и твердое нёбо приобретает правильную куполообразную форму. Во второй половине сменного прикуса такого эффекта уже не наблюдается. Именно поэтому мы рекомендуем начинать комплексное лечение детей с подобными нарушениями в раннем возрасте (в период молочного и раннего сменного прикуса).

У детей с нарушениями дыхания, не имеющими патологии размера и структуры дыхательных путей, использование миофункциональных трейнеров позволяет восстановить носовой тип дыхания и нормализовать функции дыхательной системы всего за 2-3 месяца. Для восстановления носового дыхания у детей после аденоидомии (операции по удалению аденоидов) применение трейнера тем более необходимо, так как быстро позволяет нормализовать вентиляцию носовых ходов и предотвратить повторные аденоидные разрастания.

Инструкция по применению:

Размещение трейнера «Infant» в ротовой полости осуществляется следующим образом:

- трейнер необходимо взять в руку маркерным язычком вверх;
- устройство размещается во рту таким образом, чтобы зубы находились в специально предназначенных для этого углублениях;
- язык ребенка должен касаться маркерного язычка изделия;
- после размещения в ротовой полости трейнер необходимо слегка прикусить,
- после этого плотно сомкнуть губы и дышать носом.

Таким образом, благодаря совместной работе педиатра, логопеда и стоматолога при раннем выявлении миофункциональных нарушений более 90% потенциальных ортодонтических пациентов избежали операции по ортодонтическим и ЛОР-показаниям, а речевые проблемы у них корректировались гораздо быстрее и эффективнее.

Список литературы

1. Григоренко Н.Ю. Преодоление произносительных расстройств у детей с аномалиями органов артикуляции: Дис. ... канд. пед. наук. – М., 2005. – 260 с.
2. Григоренко Н.Ю., Цыбульский С.А. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с нетяжелыми аномалиями органов артикуляции. – М.: Книголюб, 2003. – 144 с.
3. Дистель В.А., Вагнер В.Д. Основы ортодонтии: Руководство к практическим занятиям. – Н. Новгород, 2001. – 244 с.
4. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Пособие по ортодонтии. – М., 2000. – С. 137-143.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-9>
УДК: 616.716.8-007.272-089.853-06:615.036

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ



Азимов М.И., Дусмухамедов Д.М., Юлдашев А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Annotation

One of the important aspects of evaluating the outcome of complex treatment of patients with gnathic forms of occlusion abnormalities (GFOA) is patient satisfaction with the result of the treatment. After analyzing the long-term results of surgical interventions based on a survey of patients with GFOA, it was determined that men imposed more requirements on the functional state of their dental-maxillary systems, and women made higher demands on the aesthetic result of surgical treatment.

Аннотация

Одним из важных аспектов оценки результата комплексного лечения больных с гнатическими формами аномалий окклюзии (ГФАО) является удовлетворенность самого пациента результатом выполненного лечения. Проанализировав отдаленные результаты оперативных вмешательств на основании анкетирования пациентов с ГФАО, определено, что мужчины больше предъявляли требования к функциональному состоянию их зубочелюстной систем, а женщины предъявляли более высокие требования к эстетическому результату оперативного лечения.

Цель: анализ отдаленных результатов оперативных вмешательств на основании анкетирования пациентов с ГФАО. **Материал и методы:** для оценки итогов хирургического лечения проанализированы результаты хирургического лечения больных с ГФАО (анкетирование и контрольное обследование), оперированных в клинике детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ в 2009-2017 гг. **Результаты:** балльная оценка в отдаленные сроки после лечения показала улучшение всех показателей и значительное приближение к максимально возможной положительной оценке. Это говорит о достаточно высокой

оценке пациентами результатов лечения. Как показали результаты анкетирования, мужчины более высокие требования предъявляли к функциональному состоянию своей зубочелюстной систем, а женщины – к эстетическому результату оперативного лечения. **Выводы:** главной составляющей комплексной терапии пациентов с ГФАО является персональное восприятие эстетических и функциональных критериев.

Ключевые слова: гнатические формы аномалий окклюзии, зубочелюстная система, ортогнатическая хирургия, эстетический результат.

Одним из важных аспектов оценки результата комплексного лечения больных с гнатическими формами аномалий окклюзии (ГФАО) является удовлетворенность самого пациента результатом лечения. Аномалии прикуса и обусловленные ими различия формы и пропорций лица, функциональные нарушения тесно переплетаются между собой. Особое место при медицинской реабилитации больных с ГФАО отводится ортогнатической хирургии, позволяющей устранить анатомические, функциональные и эстетические нарушения (Гуныко В.И., 2005; Овчинникова Н.В., 2003; Sarver, 2003). Проведенные в течение нескольких десятилетий исследования позволили определить наиболее эффективные методы хирургического лечения больных с ГФАО, осуществить модернизацию методик лечения и добиться достаточно хороших функциональных и эстетических показателей.

В то же время в отечественной и зарубежной литературе появились сообщения об осложнениях, возникающих на различных этапах медицинской реабилитации пациентов с зубочелюстными аномалиями (Дробышев А.Ю., 2007; Абдукадиров А., 2007; Гуныко В.И., 2009; Набиев Ф.Х., 2009; Шакиров Ш.Т., 2012; Posnick J.C., 2008). Следует отметить, что большинство этих исследований были эпизодическими, основывались на небольшом клиническом материале и лишь констатировали наиболее часто встречающиеся осложнения без определения путей и методов их предупреждения.

В основе фундаментальной концепции, структурирующей основные задачи комплексного лечения, лежат факторы симметрии, пропорциональности и соответствия усредненному стандарту внешней привлекательности (УСВП). Важным фактором, влияющим на объективизацию стратегических целей ортогнатической хирургии, являются этнико-культурные черты курируемых пациентов. Степень несоответствия плана терапии пациентов разных этнических групп, имеющих сходные деформации, варьирует от 28 до 50% (Золотарева Е.Ю., 2015; Муртазаев С.С., 2017).

Цель исследования: анализ отдаленных результатов оперативных вмешательств на основании анкетирования пациентов с ГФАО.

Материал и методы

Для оценки итогов хирургического лечения проанализированы результаты хирургического лечения больных с ГФАО (анкетирование и контрольное обследование), оперированных в клинике детской челюстно-лицевой хирур-

гии ТГСИ в 2009–2017 гг. Распределение больных в зависимости от пола и возраста представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Возрастная группа, лет			Итого
	14-19	20-24	25-35	
Мужчины	14	12	3	29
Женщины	9	11	6	26
Всего	23	23	9	55

Все больные в зависимости от вида аномалии окклюзии (Энгль, 1898) были разделены на 2 группы: 1-ю группу составляли 17 пациентов с ГФАО II класса – дистальная окклюзия (верхняя макропрогнатия, нижняя микроретрогнатия), во 2-ю группу включены 38 человек с ГФАО III класса – мезиальный прикус (нижняя макропрогнатия, верхняя микроретрогнатия).

Хирургическое лечение проводили по общепринятым методикам, широко применяющимся как в нашей стране, так и за рубежом: остеотомия верхней челюсти (ОВЧ) по В.М. Безрукову (1987), вертикальная клиновидная резекция (ВКР) по В.Ф. Рудько (1966), плоскостная остеотомия ветвей нижней челюсти (ПОНЧ) по Dal Pont – Obwegeser (1967). Следует отметить, что с учетом характера патологии некоторым пациентам хирургическое лечение проводилось на обеих челюстях – бимаксиллярная остеотомия: ВКР + ОВЧ; ПОНЧ + ОВЧ (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от формы патологии и метода операции

Группа	Методика оперативного вмешательства					Итого
	ВКР +ОВЧ	ПОНЧ +ОВЧ	ПОНЧ	ВКР	ОВЧ	
1-я	2/1			14/11	1/	17/12 (29)
2-я	2/2	5/1	5/3	8/10		20/16 (36)
Всего	7	6	8	33	1	65

Примечание. В числителе данные мужчин, в знаменателе – женщин.

Восприятие себя пациентом, особенно с дефектами и деформациями ЧЛЮ, носит сугубо субъективный характер. Учитывая это обстоятельство, чтобы оценить результаты комплексного лечения, мы предложили пациентам оценить следующие аспекты: *улучшение эстетики* лица во фронтальной проекции и в профиль – симметрию лица, смещение челюсти, деформацию носа, нарушение мимики, улучшение улыбки; *оценить нормализацию функции жевания* – удобство откусывания и пережевывания пищи; а также *состояние внутреннего психологического комфорта (СВПК)*. Оценка результатов проводилась на основании субъективных ощущений пациентов: плохо; удовлетворительно; хорошо; отлично.

Результаты исследования

В процессе наблюдения данные об отдаленных результатах хирургического лечения (9 мес. и более) удалось получить у 31 (56,3%) пациента, на контрольное обследо-

вание явились 14 (25,4%) из них. В отдаленные сроки эстетическими результатами хирургического лечения (табл. 3) полностью были удовлетворены 20 (64,5%) больных, частично удовлетворены – 8 (25,8%), неудовлетворение результатами лечения с эстетической точки зрения высказали 3 (9,7%) опрошенных.

Изучение результатов субъективной оценки эстетики лица у всех пациентов до операции показали (табл. 3) неудовлетворенность своим внешним видом, в основном, из-за нарушения симметрии лица (увеличение размеров нижней челюсти, нарушение пропорциональности высот средней и нижней трети лица).

Таблица 3. Частота встречаемости некоторых показателей эстетики лица у больных с ГФАО

Показатели эстетики лица	До операции, n=31				После операции, (9 мес. и больше), n=31			
	плохо	удовл.	хорошо	отлично	плохо	удовл.	хорошо	отлично
Нарушение симметрии лица	29	2	-	-	2	7	17	5
Смещение н/ч	23	2	6	-	1	1	19	10
Деформация носа	4	2	16	9	4	2	16	9
Нарушение мимики	3	3	17	8	1	1	21	8
Нарушение улыбки	11	17	3	-	1	6	19	5
Нарушение откусывания и жевания	12	14	5	-	1	6	20	4
Нарушение СВПК	27	4	-	-	2	5	17	6

Кроме того, 22,4% пациентов жаловались на смещение нижней челюсти в сторону, у 19,2% больных наблюдалась различной степени выраженности деформации носа, мимические движения не удовлетворяли 19,2% опрошенных. В совокупности оценку «плохо» дали 29 (92,8%) пациентов, «удовлетворительно» – 2 (6,2%). После операции свой внешний вид оценили: «плохо» – 2 (6,2%), «удовлетворительно» – 7 (22,4%), «хорошо» – 17 (54,4%), «очень хорошо» – 5 (16%).

Результаты субъективной оценки улыбки пациентов до операции были следующими: «плохо» – 11 (35,2%) пациентов, «удовлетворительно» – 17 (54,4%), «хорошо» – 3 (9,6%). В отдаленные сроки после операции эти пациенты были довольны своей улыбкой, результаты исследования были следующими: «плохо» – 1 (3,2%), «удовлетворительно» – 6 (19,2%), «хорошо» – 19 (60,8%), «очень хорошо» – 5 (16%).

Результаты субъективной оценки по показателю «откусывание и пережевывание пищи» до операции: «плохо» – 12 (38,4%) пациентов, удовлетворительно – 14 (44,8%), хорошо – 5 (16%). После операции эти показатели имели значительный положительный сдвиг: «плохо» – 1 (3,2%) больной, «удовлетворительно» – 6 (19,2%), «хорошо» – 20 (64%), «очень хорошо» – 4 (12,8%).

Необходимо отметить, что в отдаленные сроки после реконструктивных операций состояние внутреннего психологического комфорта в группах значительно наблюдаемых больных улучшилось. Результаты его оценки у пациентов до

операции распределялись следующим образом: «очень хорошо» – 0, «хорошо» – 0, «удовлетворительно» – 4 (12,8%), «плохо» – 27. (87,2%). В отдаленные сроки после операции результаты исследования следующие: «плохо» – 2 (6,2%), «удовлетворительно» – 5 (16%), «хорошо» – 17 (54,4%), «отлично» – 6 (19,2%).

Таким образом, результаты балльной оценки в отдаленные сроки после лечения показали улучшение всех показателей и значительное приближение к максимально возможной положительной оценке. Это говорит о достаточно высокой оценке пациентами результатов лечения. Кроме того, необходимо отметить, что по результатам анкетирования мужчины более высокие требования предъявляли к функциональному состоянию своей зубочелюстной системы, а женщины – к эстетическому результату оперативного лечения.

Проанализировав полученные результаты, мы пришли к заключению, что ключевой составляющей комплексной терапии пациентов с ГФАО является персональное восприятие эстетических и функциональных критериев.

Список литературы

1. Агапов В.С. Особенности реабилитации больных с аномалиями и деформациями челюстей // Актуальные вопросы детской челюстно-лицевой хирургии и нейростоматологии. – М., 2002. – 29 с.
2. Азимов М.И. Хирургическое лечение деформаций челюстей у детей учетом оперативно-анестезиологического риска // Пробл. стоматол. – Алматы, 2001. – Т. 2.
3. Бессонов С.Н. Роль ортогнатической хирургии в формировании эстетики лица // Эстетическая медицина. – 2012. – №3. – С. 395-400.
4. Гунько В.И., Лежава Н.Л., Калмыков А.В., Уварова Е.О. Эстетические критерии планирования костно-реконструктивных операций на лицевом черепе // Реконструктивная и пластическая хирургия: Тез. симп. – М., 2001. – С. 121-122.
5. Зорич М.Е., Яцкевич О.С., Иванов С.Ю., Мураев А.А. Дистальная окклюзия: некоторые аспекты диагностики и комплексного ортодонтико-хирургического лечения // Стоматология. – 2014. – №2. – С. 52-54.
6. Козлова А.В., Дробышев А.Ю., Клипа И.А. и др. Алгоритм лечения пациентов с микрогнатией верхней челюсти и макрогнатией нижней челюсти // Стоматология для всех. – 2013. – №1. – С. 12-19.
7. Bobinskas A.M., Subramaniam S.S., Vijcich N.J., Nastri A.L. Bilateral Distraction Osteogenesis of Vascularized Iliac Crest Free Flaps Used in Mandibular Reconstruction // Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open. – 2016. – Vol. 4, №3. – P. 635.
8. Chang E.I., Yu P. Prospective series of reconstruction of complex composite mandibulectomy defects with double island free fibula flap // J. Surg. Oncol. – 2017. – Vol. 116, №2. – P. 258-262.
9. Lonie S., Herle P., Paddle A. et al. Mandibular reconstruction: meta-analysis of iliac- versus fibula-free flaps // ANZ J Surg. – 2016. – Vol. 86, №5. – P. 337-342.