

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ НАРУЖНОГО НОСА И ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ЗОВНІШНЬОГО НОСА І ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ – У даній статті наведено аналіз літературних даних щодо проблеми поєднаної деформації носа і зубощелепної системи. Аналіз показує, що деформацію носа і зубощелепної системи лікують окремо різні фахівці (щелепно-лицевий хірург, оториноларинголог і ортодонт). Невирішеним залишається визначення поетапності консервативного та хірургічного методів лікування, визначення вікових показань до операції.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ НАРУЖНОГО НОСА И ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ – В данной статье приводится анализ литературных данных о проблеме сочетанной деформации носа и зубочелюстной системы. Анализ показывает, что деформация носа и зубочелюстной системы лечится отдельно у разных специалистов (челюстно-лицевого хирурга, оториноларинголога и ортодонта). Нерешённым остается определение поэтапности консервативного и хирургического методов лечения, определение возрастных показаний к операции.

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ASSOCIATED DEFORMATION OF THE EXTERNAL NOSE AND DENTITION – In this article provides an analysis of literature data to combined problem of nose and dentition deformation. Analysis shows that deformation of the nose and dentition treated separately at different specialists (maxillofacial surgeon, otolaryngologist and orthodontist). Remain unsolved determination of phasing of conservative and surgical treatment, determination of age indications to operation.

**Ключові слова:** деформація носа, зубощелепна система, реабілітація.

**Ключевые слова:** деформация носа, зубочелюстная система, реабилитация.

**Key words:** nose deformation, dentition, rehabilitation.

В современных условиях развития общества повышение качества оказания медицинской помощи имеет исключительно важное социальное значение. Научно-технический прогресс и вся совокупность современных общественных отношений предъявляют все более высокие профессиональные, морально-этические и правовые требования к специалистам в сфере здравоохранения [2, 4, 9].

Термин “челюстно-лицевая хирургия” окончательно сформировался в конце 60-х годов, когда французский челюстно-лицевой хирург-пластик Поль Тесье впервые начал постоянно выполнять плановые операции по поводу сочетанных деформаций лицевого и мозгового черепа из внутричерепного доступа. До этого ранние публикации были об отдельных клинических случаях, кроме этого сообщалось о лобно-лицевых травмах, сочетанных повреждениях лица и черепа, а хирургическую обработку таких сочетанных повреждений проводили еще в XIX веке. Развитие этой отрасли хирургии обусловило создание в 1970 г. Европейской Ассоциации черепно-челюстно-лицевых хирургов. История развития современной черепно-челюстно-лицевой хирургии отражает историю многотрудного и многолетнего процесса развития и постепенного слияния нескольких

ранее совершенно изолированных и самостоятельных разделов хирургии [5, 7, 11].

Переломным моментом в развитии зубоортодонтии и челюстно-лицевой хирургии было учреждено во Франции в начале XVIII века особой степени. По данным отечественной и зарубежной литературы, которые свидетельствуют о сочетанных деформациях носа и зубочелюстной системы (НЗЧ), связанных с оказанием качественной пластической хирургической помощи, является актуальной проблемой. По мнению ряда авторов, в ходе хирургического лечения больных с деформацией НЗЧ возможно возникновение различных ошибок и осложнений, по поводу которых ведется дискуссия в специальных периодических изданиях [13, 15, 19].

С 1915 г. многие исследователи пытались создать объемную модель лица с зубами, стоящими в анатомически правильном положении. Это был сложный и трудоемкий процесс, который оказался неприменимым для использования. В 1935 г. профессор Н. М. Михельсон впервые в России в качестве пластического материала применял хрящ, разработал методику взятия хрящевой ткани, способы ее хранения и пересадки, а также изучал результаты морфологических изменений. Для получения более устойчивого результата при дефектах спинки носа Т. Ress (1980) предлагал верхний конец вкладыша из реберного хряща вводить поднадкостнично. Однако его опыт показал, что травмы и воспалительные процессы разрушают надкостницу в этой области, поэтому при введении вкладыша под надкостницу туннель необходимо формировать несколько выше [1, 4, 9].

В 1980 годах стало развиваться 3D-изображение челюстно-лицевой области. Эта технология включала лазерное и компьютерно-топографическое сканирование, стереолитографию, муаровую топографию, стереофотограмметрию и другие методы. Совершенствование методов диагностики в ортодонтии требует внедрения в практику более информативных и эргономичных методик, что стало возможным благодаря компьютерным технологиям. Необходим переход от двухмерного анализа – телерентгенограммы головы в боковой и прямой проекциях, симметроскопии, симметрографии, фотосимметроскопии и ее модификации двухмерных дигитайзеров – к трехмерному, при котором возможна наиболее достоверная оценка параметров зубочелюстной системы. Стандартные измерения с помощью линейки не могут дать пространственного представления о лечебной или диагностической ситуации. В последние годы увеличивается количество больных, требующих пластических операции по поводу исправления деформаций челюстно-лицевой области. В последнее время во всем мире заметно возросли и продолжают возрастать требования, предъявляемые пациентами к качеству предоставляемой медицинской помощи [12].

В современной стоматологии значительное место занимают костно-пластические операции, проводимые при повреждениях и заболеваниях нижней челюсти. На протяжении многих лет отечественные и зарубежные хирурги упорно занимаются разработкой новых, более эффективных методов хирургического лечения этой патологии. Часто успех оперативного вмешательства обусловлен выбором пластического материала, позволяющего восстановить анатомическую структуру и функциональное значение нижней челюсти и имеющего достаточный запас механической прочности. Однако, несмотря на эти усилия, недостаточно уделяется внимания исправлению аномалии зубов и зубных рядов у этих больных [6, 9].

Перелом костей носа занимает одно из ведущих мест среди травм средней зоны лица. При этом сочетание переломов костей носа с травмами других отделов средней зоны лица сопровождается нарушением целостности кожного покрова, отрывом тканей и дефектом костей, приводящим в последующем к обезображиванию лица. Результаты лечения больных в аналогичных ситуациях часто бывают неудовлетворительными, что объясняется отсутствием четких и последовательных рекомендаций в осуществлении лечебных мероприятий. Перелом костей носа является чрезвычайно распространенной травмой на протяжении всей истории существования человечества. Прослеживается ежегодное увеличение травматических повреждений лицевого скелета и носа в среднем на 2 %. При этом более половины пациентов требуют экстренной госпитализации. Основная причина роста такой патологии обусловлена увеличением количества дорожно-транспортных происшествий, бытовыми и техногенными травмами [16, 18, 20].

Методика лечения переломов костей носа не претерпела существенных изменений с того момента, когда появилось ее первое описание. Еще в Древнем Египте применяли репозицию костей носа пальцами, использовали внутриносые стабилизирующие сплинты, твердую наружную повязку. Тем не менее определение сроков и тактики хирургического лечения больных с травмами носа по-прежнему вызывает разногласия у специалистов [12, 18, 20].

С современных позиций оториноларингологии нос рассматривается как парный орган, что подразумевает наличие определенных механизмов координации его как единого целого. Деформации перегородки носа, нарушая эти механизмы, приводят к изменению основных функций полости носа, что создает условия для формирования хронического ринита. В последние годы операции на перегородке носа получают все большее распространение в практике оториноларинголога. Устранение дефектов и деформаций спинки носа – одно из распространенных вмешательств в ринопластике. Поэтому вполне закономерно стремление хирургов изыскать наиболее доступные и наименее травматические методы корригирующих операций для получения наилучших функционально-косметических результатов [11, 19, 21].

Прогресс в челюстно-лицевой хирургии позволил с разных сторон рассматривать вопросы диагностики, планирования и лечения больных с деформациями лицевого скелета. Выявлен ряд деформаций, лечение которых направлено на эстетические аспекты аномалии лица, а не на функциональные нарушения зубочелюстной системы.

Эстетическая ринопластика включает широкий диапазон хирургических вмешательств, направленных на устранение врожденных и приобретенных деформаций наружного носа. В США около 85 % ринопластики выполняют оториноларингологи, которые одновременно проводят внутриносовые операции для восстановления дыхательной функции и восстанавливают форму носа. Анализ показал, что наиболее приемлемыми материалами при пластике полных дефектов носа являются трансплантаты из реберных или аутохрящей, также разработаны приемы, улучшающие фиксацию трансплантатов при пластике дефектов спинки носа [6, 8, 10, 18, 21].

Несмотря на значительный прогресс в развитии челюстно-лицевой хирургии, вопросы диагностики, планирования и лечения больных с врожденными и приобретенными деформациями лицевого скелета не утратили актуальности. Важность проблемы, прежде всего определена большой частотой этой патологии. Многообразие клинических проявлений деформаций лица и факторов, влияющих на их возникновение, продолжительность и трудности лечения, неустойчивость результатов делают актуальным изучение патогенеза таких деформаций и совершенствование способов лечения. Хотя данная проблема относится к разделу реконструктивной хирургии, так как операции проводятся на измененных тканях, результаты лечения оцениваются в основном по эстетическим критериям [3, 4, 7, 10].

Актуальной проблемой является оказания высокоспециализированной помощи больным с сочетанными деформациями НЗЧ системы, одновременного хирургического и ортопедического лечения с целью восстановления основных функций зубочелюстной системы и эстетических параметров лица [6, 8, 10, 13].

Контурная пластика играет решающую роль в получении эстетического результата при пластике спинки носа. Мировая статистика показывает, что от 5 до 7 % пациентов нуждаются в ревизионной ринопластике. Совершенствование технологий ринопластических операций и разработка новых инструментов для их выполнения позволяют значительно улучшить косметические результаты хирургического лечения. Однако комплексного исследования морфофункциональных изменений, происходящих в слизистой оболочке при деформациях перегородки носа, до настоящего времени не проводилось. Таким образом, выбор оптимальных методов хирургической коррекции функционального и эстетического характера при деформациях наружного носа, сочетанных с искривлением перегородки носа являются наиболее эффективным методом хирургической реабилитации больных с данной патологией и избавляет их от повторных оперативных вмешательств [9, 11, 12].

Для устранения деформации и дефектов носа применяются различные пластические материалы, аутохрящи, которые дают хороший косметический эффект. Однако механизм развития сочетанной деформации НЗЧ-системы изучено недостаточно.

При сочетанных деформациях НЗЧ-системы пластические хирурги ограничиваются исправлением наружного носа, а зубочелюстная аномалия остается на втором плане.

Несмотря на рост травматизма и увеличение количества больных со стойкими деформациями носа, вопросы реабилитации при этой патологии не нашли полного решения до настоящего времени. Вместе с тем, сейчас уже общепринято положение о необходимости при проведении реабилитационных операций по поводу стойких деформаций носа одновременно решать вопросы косметики и функции органа. Задача врачей состоит в разработке и совершенствовании методов реабилитации стойких деформаций носа.

Зубочелюстно-лицевые аномалии занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой области и характеризуются значительными морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями уже на ранних этапах формирования прикуса. Чаще всего наблюдается сочетание сагиттальных и вертикальных аномалий окклюзии. Обследование органов полости рта играет основную роль в выявлении стоматологической патологии, постановке диагноза, выборе метода лечения и представляет собой важную часть общего обследования организма. Новые способы обследования органов зубочелюстной системы позволяют более правильно, точно и объективно оценить состояние каждой ее составляющей при той или иной степени вовлеченности в патологический процесс, выявить возможное влияние одного патологического очага на другой [14–20].

Частой причиной зубочелюстных деформаций являются патологии, оказывающие влияние на развитие носолобных отростков верхней челюсти, передней части скуловых дуг и области верхних носовых ходов. Вопрос о влиянии искривления перегородки носа на развитие детского организма в целом и зубочелюстной системы до сих пор является мало изученным. Восстановление непрерывности альвеолярного отростка и последующее ортодонтическое лечение снижают вероятность развития деформаций верхней челюсти. Коррекция деформаций носа одновременно с первичной операцией на губе улучшает внешний вид пациентов и снижает вероятность психологической травмы. Раннее восстановление строения и функции органов среднего отдела лица улучшает качество жизни пациентов, их социальную адаптацию, снижает возможность развития вторичных деформаций.

Диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями НЗЧ-системы принадлежат к числу сложных проблем. Затронувшая проблема имеет нерешенные аспекты. Определение поэтапности лечения больных с сочетанными деформациями НЗЧ-системы требует уточнения. Возрастные показания к проведению хирургического лечения данной категории больных до конца не определены. Уточнение показаний и противопоказаний к оперативному лечению больных с сочетанными деформациями НЗЧ-системы является одной из важных проблем медицинской реабилитации данной категории больных и требует дальнейшего изучения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Абдукадыров А. А. Современные взгляды на проблемы деформаций лицевого скелета / А. А. Абдукадыров, А. С. Кубаев, Д. А. Абдукадырова // *Стоматология*. – Ташкент. – 2010. – № 1–2. – С. 96–99.
- Алексамян Т. А. Анализ ошибок и неблагоприятных исходов после ринопластики / Т. А. Алексамян // *Вестник оториноларингологии*. – 2011. – № 5. – С. 26–29.
- Алексамян Т. А. Хирургическая коррекция деформаций наружного носа – анализ ошибок и неблагоприятных исходов / Т. А. Алексамян // *Вестник оториноларингологии*. – 2011. – № 2. – С. 49–51.
- Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : учеб. пособие. – М. : МИА, 2005. – 256 с.
- Повышение эффективности ортопедического лечения онкологических больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти / А. С. Арутюнов, А. Н. Седракан, М. А. Ахмедов [и др.] // *Российский стоматологический журнал*. – 2009. – № 3. – С. 24–27.
- Комплексный подход к лечению больных с дефектами нижней челюсти / Н. Б. Асташина, С. И. Рапекта, Г. И. Рогожников [и др.] // *Стоматология*. – М., 2012. – № 5. – С. 21–23.
- Бессонов С. Н. Изучение пролиферативной активности хондробластов в формирующихся больших хрящевых крыльях носа / С. Н. Бессонов, А. В. Кораблев, П. А. Кораблев // *Стоматология*. – 2009. – № 3. – С. 29–33.
- Бессонов С. Н. Первичная ринохейлопластика в комплексном лечении детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и альвеолярного отростка / С. Н. Бессонов, А. В. Кораблев, П. А. Кораблев // *Стоматология*. – 2009. – № 5. – С. 64–67.
- Бернадский Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области : учеб. пособие. – М. : Мед. лит., 2006. – 456 с.
- Боймурадов Ш. А. К вопросу диагностики больных с посттравматическими дефектами и деформациями носа / Ш. А. Боймурадов, А. А. Жилонов // *Stomatologiya*. – 2009. – № 1–2. – С. 61–63.
- Добрякова О. Б. Старые и новые способы в контурной пластике носа / О. Б. Добрякова, Б. С. Добряков, Б. Б. Добряков // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2010. – № 3. – С. 30–39.
- Куницкий В. С. Диагностика переломов костей носа с использованием ультразвукового метода исследования / В. С. Куницкий, С. А. Семенов // *Вестник оториноларингологии*. – 2013. – № 1. – С. 72–76.
- Лопатин А. С. Выбор метода хирургической коррекции вторичных деформаций перегородки носа / А. С. Лопатин, М. В. Шаройко // *Российская ринология*. – 2012. – № 3. – С. 8–14.
- Набиев Ф. Х. Диагностика и лечение пациентов с деформациями нижней челюсти в области углов / Ф. Х. Набиев, К. В. Филиппов, П. В. Либин // *Стоматология*. – М., 2011. – № 4. – С. 54–58.
- Комплексный подход к лечению больных с зубочелюстными аномалиями, сопровождающимися функциональными нарушениями и эстетическими деформациями носа / Ф. Х. Набиев, Р. О. Даминов, П. В. Либин, К. В. Филиппов // *Стоматология*. – М., 2010. – № 6. – С. 47–53.
- Персин А. С. Использование комплексной 3D-модели головы для диагностики аномалий зубочелюстной системы / А. С. Персин, Ч. Р. Дзараев, Е. В. Таллаева // *Стоматология*. – М., 2011. – № 2. – С. 74–77.
- Пискунов В. С. Функциональные и морфологические изменения слизистой оболочки при деформации перегородки носа / В. С. Пискунов, О. Ю. Мезенцева // *Вестник оториноларингологии*. – 2011. – № 1 – С. 13–15.
- Суриков Е. В. Клинико-анатомическая характеристика травм носа / Е. В. Суриков, И. В. Иванец // *Вестник оториноларингологии*. – 2009. – № 5. – С. 30–32.
- Устьянов Ю. А. Опыт применения нового метода остеотомии при реконструктивной операции по поводу стойкого сколиоза носа / Ю. А. Устьянов // *Российская ринология*. – 2010. – № 1. – С. 26–29.
- Эзрохин В. М. К вопросу коррекции врожденных деформаций концевой части / В. М. Эзрохин, Д. С. Безденежных, Н. Е. Гивировская // *Стоматология*. – 2011. – № 6. – С. 17–24.
- Эзрохин В. М. Опыт восполнения опорных структур дефектов спинки носа / В. М. Эзрохин, Д. С. Аверченков, А. Ю. Мечалина // *Стоматология*. – 2010. – № 3. – С. 57–60.

Отримано 22.01.14