
АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

О.М. Белова, В.И. Гунько

Кафедра челюстно-лицевой хирургии
и хирургической стоматологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Приведен анализ результатов хирургического лечения 296 больных с деформациями челюстных костей в сроки от 2 до 25 лет. Установлено, что все осложнения, которые могут возникнуть в процессе медицинской реабилитации больных с деформациями челюстей, можно разделить на 3 группы по отношению к проводимому лечению: предоперационные, интраоперационные и послеоперационные. В отдаленные сроки после хирургического лечения были выявлены следующие осложнения: рецидив деформации (1,35%), недовольство пациента эстетическими результатами (5,49%), нарушение чувствительности тканей в зоне иннервации тройничного нерва (16,22%), возникновение нарушений в функции височно-нижнечелюстного сустава (12,16%). Полученные данные показывают, что комплексный подход к лечению больных с деформациями челюстей, применяющийся в нашей клинике, позволяет обеспечить высокие функциональные и эстетические результаты.

Ключевые слова: челюстно-лицевая хирургия, деформации челюстей, остеотомия, осложнения.

Лечение больных с деформациями челюстных костей и лицевого черепа остается актуальным до настоящего времени во всем мире. Особое место при медицинской реабилитации больных с деформациями челюстей отводится ортогнатической хирургии, позволяющей устранить анатомические, функциональные и эстетические нарушения (В.И. Гунько, 2004; 2005; Н.В. Овчинникова, 2003; А.Н. Сенюк, 2003; Bell, Profitt, White, 1980; Profitt, White, Sarver, 2003). Проведенные в течение нескольких десятилетий исследования позволили определить наиболее эффективные методы хирургического лечения больных с деформациями, осуществить модернизацию существующих методик лечения, чтобы добиться высоких функциональных и эстетических показателей, проследить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

В то же время в отечественных и зарубежных публикациях появились сообщения об осложнениях, возникающих на различных этапах медицинской реабилитации пациентов с деформациями челюстей (В.М. Безруков, 1981; В.И. Гунько, 1986; М.Г. Панин, 1992; В.М. Безруков, В.И. Гунько, Э.И. Жибицкая, 1983; Behrman, 1972; Grimm, Beitlich, 1973; Macintosh, 1981). В этих работах представлены данные анализа встречающихся осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после проведенного хирургического лечения.

Наибольшее внимание в них уделяется следующим аспектам: выявлению частоты развития рецидивов деформации и определению причин и механизмов их

возникновения, нарушению чувствительности тканей в зоне иннервации ветвей тройничного нерва, а также, другим более редким осложнениям, возникающим на этапах медицинской реабилитации больных с деформациями зубочелюстной системы. Следует подчеркнуть, что эти исследования, в своем большинстве, носили эпизодический характер, основывались на небольшом клиническом материале и сводились лишь к констатации наиболее часто встречающихся осложнений без определения путей и методов их предупреждения. В отечественной литературе таких исследований практически не проводили, что указывает на важность и актуальность данного направления в изучении аспектов медицинской реабилитации больных с деформациями челюстных костей.

Материал и методы. Ретроспективный анализ итогов хирургического лечения больных с деформациями челюстных костей проводили у 400 больных, находившихся на лечении с 1983 по 2008 годы. Особенности хирургического лечения определяли на основании анализа стационарных историй болезни пациентов, данных контрольного обследования и анкетирования. В процессе проведения научного исследования данные об отдаленных результатах хирургического лечения удалось получить от 296 больных. При этом на контрольное обследование явилось 198 больных, ответили на вопросы разосланной анкеты 98 больных. Возраст больных от 18 до 52 лет. Мужчин было 57, женщин 239. Время, прошедшее от момента проведения хирургического лечения до проводимого исследования, составляло от 2 до 25 лет. Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Из представленных данных видно, что из 400 больных, выбранных для изучения отдаленных результатов, не явились на контрольный осмотр и не представили о себе сведений в разосланных анкетах-вопросниках 161 человек (103 мужчины и 58 женщин). Данные о количестве больных и сроках отдаленных исследований приведены в табл. 2.

Таблица 1

| Пол | Возрастные группы | | | | | | | Итого |
|---------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| | 16—20 лет | 21—25 лет | 26—30 лет | 31—35 лет | 36—40 лет | 41—50 лет | 51 и выше | |
| Мужчины | 3 | 4 | 18 | 6 | 13 | 11 | 2 | 57 |
| Женщины | 17 | 24 | 33 | 62 | 56 | 41 | 6 | 239 |
| Всего | 20 | 28 | 51 | 68 | 59 | 52 | 8 | 296 |

Таблица 2

| Пол | Сроки наблюдения | | | | Итого |
|---------|------------------|----------|-----------|-----------|-------|
| | 2—5 лет | 6—10 лет | 11—15 лет | 16—25 лет | |
| Мужчины | 5 | 25 | 16 | 11 | 57 |
| Женщины | 45 | 92 | 50 | 52 | 239 |
| Всего | 50 | 117 | 66 | 63 | 296 |

Следует отметить, что из 296 больных, изъявивших желание провести контрольное обследование по полной программе, прошли всестороннее исследование в клинике лишь 183 пациента, 137 женщин и 46 мужчин. 123 больных прислали лишь ответы на анкету-опросник, а на обследование в клинику не явились. Всем

больным хирургическое лечение проводили по общепринятым методикам, широко применяющимся в нашей стране и за рубежом. На верхней челюсти для устранения ее деформации использовали способ остеотомии верхне-челюстного комплекса по В.М. Безрукову с соавт. (1987) и сегментарной остеотомии (Л.А. Григорьянц, 1983), а на нижней челюсти методику плоскостной остеотомии ветвей нижней челюсти (Obwegeser, 1967) или вертикальной субкондилярной остеотомии (Hinds, 1958).

Особый интерес представляют данные о характере деформации, виде оперативного лечения, позволившего устранить деформацию челюстных костей.

Все 183 пациентов, пришедших на контрольный осмотр в клинику, прошли клинико-рентгенологическое обследование по той же схеме, как и перед хирургическим лечением (клинический осмотр с тщательным выявлением жалоб пациента, оценки состояния зубо-челюстной системы и тканей челюстно-лицевой области, антропометрическое изучение пропорций лица, телерентгенографии в прямой и боковой проекциях, зонографии либо томографии височно-нижнечелюстных суставов при открытом и закрытом рте, ортопантомографии). Оценку результатов проведенного хирургического лечения в отдаленные сроки проводили с учетом субъективных данных пациентов при опросе или анкетировании, а также объективных показателей функционирования зубо-челюстной системы при контрольном обследовании больного.

Результаты и обсуждение. При устранении деформации челюстных костей было проведено 473 операции (фрагментарная остеотомия верхней челюсти — 101 операция; остеотомия верхнечелюстного комплекса по В.М. Безрукову с соавт. (1987) — 152 операции; плоскостная остеотомия ветвей нижней челюсти — 92 операции, вертикальная субкондилярная остеотомия нижней челюсти — 128 операций). Хирургическое лечение в порядке проводимых операций осуществлялось у больных с верхней макро- и прогнатией; верхней микро- или ретрогнатией; нижней микро- или ретрогнатией и нижней макро- или прогнатией. У 177 пациентов хирургическое лечение проводили на обеих челюстях, а у 119 — на одной из челюстей, являющейся ведущей в формировании и проявлении нарушений со стороны зубо-челюстной системы.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с деформациями челюстных костей позволил выявить характер осложнений, их частоту и определить причины, приводящие к их возникновению. Систематизация полученных данных позволила сделать вывод, что осложнения после хирургического лечения больных с деформациями челюстных костей можно классифицировать следующим образом: предоперационные осложнения (неправильный и необоснованный выбор методики оперативного лечения, отсутствие множественных окклюзионных контактов между зубами антагонистами за счет неправильного расположения зубов, нарушения размеров и формы зубных дуг, наличие дефектов зубных рядов, неправильное проведение ортодонтического лечения), интраоперационные осложнения (повреждение зубов и их корней при проведении остеотомии, нарушение кровоснабжения остеотомированных фрагментов, кровотечение, переломы

костных фрагментов, повреждение нервных стволов, повреждение жизненно важных структур и органов), послеоперационные осложнения (развитие воспалительных процессов в операционной ране и окружающих ее структурах, кровотечение, нестабильная фиксация остеотомированных фрагментов, нарушение чувствительности тканей в зоне иннервации ветвей тройничного нерва, развитие синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстных суставов с последующими морфологическими изменениями в них, развитие рецидива деформации).

Установлено, что на окончательный результат хирургического лечения существенно влияют все виды осложнений — предоперационные, интраоперационные и послеоперационные. При оценке отдаленных результатов лечения больных с деформациями челюстей пациенты обращают основное внимание на следующие нарушения: наличие рецидива деформации, изменение эстетических аспектов (наличие рубцов, характеристика контуров лица), нарушение чувствительности мягких тканей лица, наличие болей и ограничение подвижности в височно-нижнечелюстных суставах.

Анализ клинических и рентгенологических данных свидетельствует, что рецидивы деформаций за счет неконтролируемого перемещения остеотомированных фрагментов в послеоперационном периоде выявлены у 5 больных, что составляет 1,35%. Величина рецидива составляла 1—3 мм, что в конечном итоге не оказывало существенного влияния на функциональные возможности зубо-челюстной системы.

Эстетическими результатами лечения полностью удовлетворены 138 больных (46,62%), частично удовлетворены 112 больных (37,89%), неудовлетворение результатами лечения с эстетической точки зрения высказали 46 больных (5,49%). В основном это были женщины в возрастных группах старше 40 лет.

Нарушение чувствительности в области нижней губы в отдаленные сроки наблюдения нами выявлены у 48 больных (16,22%), причем у 46 больных эти нарушения остались после плоскостной остеотомии нижней челюсти в области ветвей. Ни в одном клиническом наблюдении при оценке отдаленных результатов хирургического лечения мы не выявили признаков повреждения ветвей лицевого нерва.

У 36 больных в отдаленные сроки после хирургического лечения выявлены симптомы дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, выражающиеся в наличии щелканья и треска. Только у 4 больных (1,35%) отмечено наличие слабо-выраженных болевых проявлений дисфункции без деструктивных изменений в суставах, что подтвердили данные рентгенологического исследования.

Таким образом, поведенное исследование показывает, что методики хирургического лечения больных с деформациями челюстей, применяемых в нашей практике, обладают высокой эффективностью, позволяют достичь стабильных эстетических и функциональных результатов.

Успешная медицинская реабилитация больных с изолированными или сочетанными деформациями челюстей основывается на тщательном планировании хирургического лечения с определением эффективного способа хирургического лечения и объекта вмешательства на фоне скрупулезной ортодонтической подготовки и рационального ортопедического лечения при необходимости.

Выбор способа хирургического лечения должен основываться на основополагающем принципе — сохранение объема полости рта после перемещения остеотомированных фрагментов челюстных костей в планируемое положение.

Щадящая техника хирургического лечения, надежная фиксация костных фрагментов во время операции и в ближайшие сроки послеоперационного лечения при наличии множественных окклюзионных контактов между зубами антагонистами обеспечивает получение стойких результатов. Использование при операциях на нижней челюсти методики вертикальной субкондилярной остеотомии нижней челюсти позволяет снизить число больных с нарушениями чувствительности в области нижней губы.

Отсутствие жесткой фиксации костных фрагментов после их перемещения (предпочтительное использование проволочного шва) обеспечивает широкие возможности для адаптации височно-нижнечелюстных суставов к вновь созданным условиям их функционирования.

Таким образом, применение различных видов лечения в медицинской реабилитации больных с деформациями челюстей не может не сопровождаться риском возникновения осложнений. Основная задача специалистов в том, чтобы минимизировать элементы риска и увеличить положительные аспекты проводимого лечения с четким пониманием причин возникновения возможных осложнений. Накопление данных о возникающих осложнениях позволяет разработать рациональные подходы к их предупреждению.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Безруков В.М. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций лицевого скелета: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1981. — 44 с.
- [2] Гунько В.И. Эстетические проблемы лечения больных с несимметричными деформациями лицевого черепа // Эстетическая медицина. — 2005. — Т. IV. — № 1. — С. 21—29.
- [3] Bell W.H., Proffit W.R., White R.P. Surgical correction of dentofacial deformities. — Philadelphia, London, Toronto. — 1980. — Vol. I—II. — 1785 p.
- [4] Proffit W.R., White R.P., Sarver D.M. Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity. Masby. St. Louis. London, Philadelphia, Sidney, Toronto. — 2003. — 1665 p.
- [5] Гунько В.И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей: Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1986. — 525 с.
- [6] Панин М.Г. Реабилитация больных после реконструктивных операций при врожденных деформациях челюстей: Дисс. докт. мед. наук. — М., 1996. — 409 с.
- [7] Безруков В.М., Гунько В.И., Жибицкая Э.И. Отдаленные результаты лечения больных с нижней макрогнатией // Стоматология. — 1983. — Т. 62. — № 4. — С. 30—32.
- [8] Behrman S.J. Complications of sagittal osteotomy of the mandibular ramus // J. Oral surg. — 1972. — V. 30. — № 8. — P. 554—561.
- [9] Grimm G., Beitlich E. Kritische Bewertung der Operation — sergebnisse von 101 Progeniefällen unter besonderer Berücksichtigung des Verfahrens nach Obwegese — Dal Pont // Dtsch. Zahn — Mund, Kieferheilk. — 1973. — V. 28. — № 2. — P. 293—313.
- [10] Macintosh R.B. Experience with the Sagittal Osteotomy of the Mandibular Ramus: A 13 — Year Review // J. Max.-fac. Surg. — 1981.

ANALYSIS OF ERRORS AND COMPLICATIONS DURING SURGERY OF PATIENT WITH JAW DEFORMITIES

O.M. Belova, V.I. Gunko

Department of Maxillo-Facial Surgery
and Surgical Stomatology
Medical faculty

Peoples' Friendship University of Russia
Mikluho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

The results of analyses of surgical treatment on 296 patients with deformity of jaw bones carried-out during a period of 2—25 years, established that all complications which could occur in the process of medical rehabilitation of patients with deformities of jaws can be divided into three groups in relation to the treatment applied: pre-operationals; Intra-operationals; post-operationals. After a long duration of time following surgical treatment certain, complications were noted: re-occurrence of deformation (1,35%), dissatisfaction with aesthetic result (5,49%), damage of sensitivity of tissue in the area of convergence of trigeminal nerve (16,22%), occurrence of malfunction of temporomandibular joint (12,16%). Results found show that the complex approach of treatment of patients with deformity of jaws used in our clinic affords a high functional and aesthetic result.

Key words: Maxillo-facial surgery, jaws deformity, osteotomy, complications.