

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТОТАЛЬНЫМИ ДЕФЕКТАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

### REHABILITATION OF PATIENTS WITH TOTAL MANDIBULAR DEFECTS

*M. Loktionova  
A. Zhidovinov  
A. Zhahbarov  
M. Saltovets  
A. Yumashev*

#### Annotation

Despite the technical complexity and multi-stage structure, surgical correction of total defects of the mandible in the postoperative period is often accompanied by complications with the subsequent formation of bone deformities. This causes the functional and aesthetic disorders and diminution quality of life, which determines the necessity to improve traditional approaches to surgical treatment of this pathology. The study is focused on assessing the effectiveness of the proposed rehabilitation method for patients after resection of voluminous tumors of the mandible.

**Keywords:** rehabilitation, transplantation, tumors of the mandible, dental surgery.

*Локтионова Марина Владимировна  
К.мед.н., доцент каф. ортопедической  
стоматологии ГБОУ ВПО Первого  
МГМУ им. И.М. Сеченова*

*Жидовинов Александр Вадимович  
К.мед.н., асс-т каф. ортопедической  
стоматологии ГБОУ ВПО ВГМУ*

*Жахбаров Ахмед Гамзатович  
К.мед.н., врач-стоматолог,  
челюстно-лицевой хирург, зав. отд. ЧЛХ  
Республиканской больницы в г. Махачкала*

*Салтовец Мария Владимировна  
К.мед.н., асс-т каф. стоматологии  
фак. послевузовского профессионального  
образования врачей Первого МГМУ  
им. И.М. Сеченова*

*Юмашев Алексей Валерьевич  
К.мед.н., профессор каф. ортопедической  
стоматологии ГБОУ ВПО Первого  
МГМУ им. И.М. Сеченова*

#### Аннотация

Несмотря на техническую сложность и многоэтапность, хирургическая коррекция тотальных дефектов нижней челюсти в постоперационном периоде нередко сопровождается осложнениями с последующим образованием костных деформаций. Это обуславливает функциональные, эстетические нарушения и снижение качества жизни пациентов, что определяет необходимость усовершенствования традиционных подходов к хирургическому лечению данной патологии. Исследование посвящено оценке эффективности предложенного метода реабилитации пациентов после резекции объёмных новообразований нижней челюсти.

#### Ключевые слова:

Реабилитация, трансплантация, новообразования нижней челюсти, хирургическая стоматология.

Среди причин возникновения дефектов нижней челюсти, согласно статистическим данным, наиболее распространёнными являются посттравматические дефекты, несколько реже дефекты обусловлены воспалительными процессами. В отдельную группу выделяют изменения, развивающиеся вследствие хирургического лечения объёмных новообразований челюстных костей, постлучевых остеомиелитов, а также остеонекрозов, индуцированных использованием химиопрепаратов при лечении онкологических процессов. Авторами профильных исследований установлено, что дефицит костной ткани, образующийся в связи с указанными выше обстоятельствами, в той или иной мере способствует

формированию рубцовой деформации мягких тканей нижней трети лица и шеи.

В ходе многочисленных клинических наблюдений установлено, что основной причиной посттравматических и воспалительных осложнений в челюстно-лицевой хирургии является несвоевременность оказания квалифицированной помощи. Формирующиеся при этом эстетические и функциональные нарушения в большинстве случаев обусловлены отсутствием профилактических и реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде. Так, лучевая терапия в послеоперационном периоде субтотальной резекции нижней челюсти нередко прово-

цирует явления воспалительного характера сохранённой костной ткани. Особенность постлучевых остеомиелитов и остеонекрозов костей лицевого скелета, развивающихся после химиотерапевтического лечения, заключается в длительном их течении и отсутствии выраженного положительного эффекта при использовании самых современных методов противовоспалительной терапии. В указанных случаях также отмечается прогрессирующее поражение костной ткани за счёт контактного распространения воспалительных компонентов и вовлечение значительных объёмов мягких тканей лица и шеи, что приводит к нарушению функциональной активности покровных тканей, способствуя формированию так называемого патологического замкнутого круга.

По мнению ряда специалистов, с целью эффективного лечения необходимо осуществлять одномоментное воздействие на большинство звеньев патогенеза, участвующих в поддержании замкнутого патологического круга. Начинать рекомендуется со стабилизации дисбаланса биомеханики зубочелюстной системы, повышения иммунного статуса на клеточном, тканевом и органном уровнях. При этом следует исключить из плана лечебных мероприятий малоэффективные, но общепринятые средства, в ходе проводимой терапии применять доступные и высокоинформативные способы мониторинга, в том числе и онкотерапевтические методы. Необходимо также принимать меры по профилактике прогрессирующего дефицита кости, на фоне которого образуется рубцовая деформация мягких тканей, развивается дислокационная асфиксия с клиническими признаками функциональной недостаточности пищеварительного тракта.

Очевидно, что устранение формирующихся дефектов костной ткани является сложной общемедицинской задачей, решением которой более ста лет занимается профессиональное сообщество. В разные годы с целью устранения дефицита кости были предложены различные виды трансплантатов, остеопластических материалов или их сочетаний. Кроме того, были предложены комбинированные хирургические способы замещения костных дефектов с использованием сложных мягкотканых трансплантатов на сосудистой ножке, содержащих надкостницу. В настоящее время в повседневной практике активно используются высокотехнологичные способы хирургического лечения, которые позволяют эффективно устранять объёмные дефекты нижней челюсти. Наряду с этим, многие исследователи предлагают новые и продолжают совершенствовать уже применяемые хирургические методики.

Очевидно, что существующие высокотехнологичные методы лечения связаны с определенными трудностями, так как требуют значительных материальных затрат, проводятся в несколько этапов и не всегда доступны гражданам ввиду территориальной удалённости специализи-

рованных лечебных центров.

Отмеченные факторы характеризуются прямой зависимостью со сроками существования звеньев патологической цепи. Нарастающий дефицит костной ткани сопровождается выраженной инфильтрацией и прогрессирующей рубцовой деформацией мягких тканей нижней трети лица и шеи, что способствует недостаточности дыхательной и пищеварительных систем. Вышеизложенные причины определили актуальность проблемы и необходимость поиска решений, в том числе на региональном уровне.

Цель исследования: оптимизировать методы профилактики и способы реабилитации пациентов с тотальными дефектами нижней челюсти.

#### Материалы и методы

Клиническое исследование включало 11 пациентов основной группы и 8 пациентов группы сравнения, прошедших курс комбинированного лечения по поводу онкологических заболеваний нижней челюсти, сопровождавшегося субтотальной или тотальной резекцией нижнечелюстной кости.

В основной группе исследования резекция нижней челюсти у пациентов проводилась наружным доступом с ведением их в послеоперационном периоде без использования стабилизирующих конструкций.

У пациентов группы сравнения фрагменты челюсти фиксировались в единый блок при помощи индивидуально изготовленного позиционирующего устройства. В случаях тотальной резекции костного остова нижней челюсти, фиксация мягкотканого компонента нижней трети лица и шеи к своду черепа осуществлялась в анатомически близком положении посредством системы кронштейнов. У четырёх пациентов основной группы лечение было расширено и дополнительно включало футлярно-фасциальное иссечение лимфатического аппарата шеи. Двум пациентам проведено двустороннее футлярно-фасциальное иссечение лимфатического аппарата шеи в два этапа. Оперативное лечение проводилось под эндотрахеальным наркозом в необходимом объёме, доступом по Мартину или по Крайлу, при необходимости резецировали и удаляли окологлазничные мышечные ткани, поражённые инфильтративным ростом. Удаление опухолевого процесса завершалось послойным сшиванием и дренированием операционной раны.

В послеоперационном периоде всем пациентам назначался курс противовоспалительной терапии, проводился мониторинг клинических и лабораторных показателей в соответствии с принадлежностью больного к клинической и диспансерной группам.

## Результаты и обсуждение

Согласно плану клинического исследования, у всех пациентов в послеоперационном периоде определялись показатели уровня качества жизни (КЖ). Для измерения уровня КЖ пациентов использовалась русифицированная версия опросника "The MOS 36-item Short-Form Hervey".

Анализ анкетных данных в обеих группах характеризовался низкими показателями КЖ с выраженными депрессивно-тревожными расстройствами и психической нестабильностью у всех пациентов в раннем послеоперационном периоде в независимости от гендерной, возрастной принадлежности.

Физическая активность большинства пациентов в первые сутки после операции была минимальной. При этом в основной группе физическая активность была снижена в течение трёх-четырёх дней, восстановительный период был менее интенсивный. В то время как в группе сравнения со вторых суток физическая активность пациентов имела положительную динамику и характеризовалась самостоятельным перемещением не только в пределах палаты, но и активным передвижением в границах большинства помещений лечебного учреждения.

Наибольший научный и практический интерес представлял показатель интенсивности болевых ощущений. В ходе исследования оценивались такие характеристики боли, как локализация, интенсивность, выраженность, длительность боли. Пристальное внимание к данному элементу обусловлено тем, что его можно считать наибо-

лее информативным среди прочих показателей уровня качества жизни.

Известно, что минимальное ощущение боли характеризуется высокими показателями шкалы, так как данный показатель имеет обратный критерий качественных показателей уровня качества жизни. У пациентов основной группы болевой компонент, по данным шкалы, был минимальным на протяжении длительного времени, что сопровождалось соответствующей клинической картиной с ярко выраженным травматическим компонентом, обусловленным отсутствием стабильной фиксации костных фрагментов. У пациентов, вошедших в группу сравнения, данный показатель стремился к максимальному значению, что коррелировало с клинической картиной, в которой отмечалась стабильная положительная динамика процесса с первых суток послеоперационного периода вне зависимости от объёма резецированных тканей.

## Выводы

Предложен и клинически апробирован комплексный метод реабилитации пациентов после резекции объёмных новообразований нижней челюсти. Мониторинг критериев качества жизни у пациентов в группе сравнения характеризуется высокими показателями, что стало возможным благодаря предложенному способу адаптации костных, сухожильно-мышечных и сосудисто-нервных структур.

*Предложенный комплекс мер значительно повысил эффективность хирургического лечения, способствовал сокращению сроков реабилитации и ранней социальной адаптации пациентов в обществе.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дробышев А.Ю., Лечение бифосфонатных остеонекрозов челюстей у больных со злокачественными новообразованиями различной локализации // материалы I Междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи. Медицина XXI века – междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи. Опухоли головы и шеи. Москва 27–29 мая 2013г.
2. Сирак С.В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов/Сирак С.В., Слетов А.А., Дагуева М.В. [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011.– Т. 21. – № 1. – С. 51–54.
3. Слетов А.А. Удаление объёмных новообразований нижней челюсти внутри ротовым способом / Слетов А.А., Сирак С.В., Давыдов А.Б. [и др.] // Стоматология для всех. – 2014. – № 1. – С. 38–43.
4. Слетов А.А. Хирургическое лечение опухолей краниовертебральной локализации / Слетов А.А., Елисеев В.В., Панченко Д.В. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 231.
5. Михальченко Д.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съёмными протезами / Михальченко Д.В., Слётов А.А., Жидовинов А.В. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 407.