

А. Н. Седракан, И. Н. Пустынский, В. Л. Любаев

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ПОВОДУ НОВООБРАЗОВАНИЙ

НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

Основное место в системе реабилитации больных, перенесших лечение по поводу новообразований челюстей, занимает адекватное протезирование дефектов челюстно-лицевой области. Применение современных протезных материалов и сплавов открыло новые возможности в оказании помощи данному контингенту больных. В отделении стоматологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН разработана система реабилитации больных, перенесших различные виды оперативных вмешательств по поводу новообразований челюстей, включающая оценку характера планируемого дефекта тканей и степени нарушения функций челюстно-лицевой области, планирование ортопедических мероприятий, изготовление необходимых слепков и моделей челюстей с отображением на них объема предстоящей операции, а также психологическую подготовку пациента с разъяснением ожидаемых результатов реабилитации после окончания специального лечения. Показано, что при протезировании дефектов верхней челюсти после онкологических операций оптимальной является трехэтапная методика, включающая изготовление непосредственного, формирующего и окончательного протезов. Современные протезы челюстей, изготовленные из синтетических материалов в комбинации со сплавами, позволяют полноценно восстанавливать внешность больного, функции глотания и речи. Степень восстановления функций зависит от класса дефекта и сохранения нормального взаимоотношения верхней и нижней челюсти.

Ключевые слова: опухоли верхней и нижней челюсти, протезирование, послеоперационные дефекты челюстей, реабилитация.

Adequate prosthesis of jaw and face defects is an important component of rehabilitation of patients undergoing surgery for cancer of jaws. Development of modern implant materials and alloys opens new prospects in this field. The Dentistry Department, N. N. Blokhin CRC, has developed a rehabilitation system for patients undergoing various surgical operations for cancer of jaws including assessment of expected tissue defect and degree of jaw and face dysfunction, planning of orthopedics procedures, manufacture of jaw moulds and models with marks demonstrating further surgery extent as well as psychological preparation of patients including explanation of expected rehabilitation results after completion of specific treatment. Three-stage prosthesis of maxillary defects including manufacture of an immediate, a forming and a final implants is an optimal method after surgical operation. Modern jaw prostheses made of synthetic materials and alloys ensure restoration of patient appearance, functions of swallowing and speaking. Degree of function restoration depends upon defect type and preservation of normal upper-lower jaw interaction.

Key words: maxillary and mandibular tumors, prosthesis, postoperative defects of jaws, rehabilitation.

Основное место в системе лечебных мероприятий при новообразованиях челюстей сегодня занимает оперативное вмешательство, выполняемое в самостоятельном варианте или в комбинации с лучевой и/или химиотерапией. Разви-

тие онкологии и хирургии позволило расширить показания к радикальным хирургическим вмешательствам при онкологических заболеваниях челюстей и значительно увеличить продолжительность жизни больных. В то же время хирургическое удаление новообразований челюстно-лицевой области обязательно должно сопровождаться последующей реабилитацией пациента, направленной на максимальное

восстановление утраченных органов и функций, восстановление формы лица.

Основное место в системе реабилитации больных, перенесших лечение по поводу новообразований челюстей, сегодня занимает адекватное протезирование образовавшихся дефектов челюстно-лицевой области. Применение современных протезных материалов и сплавов открыло новые возможности в оказании помощи данному контингенту больных. Однако до настоящего времени не во всех лечебных учреждениях, занимающихся лечением больных с опухолями челюстей, в полной мере используются современные возможности оказания им лечебной и реабилитационной помощи. Одной из причин является отсутствие достаточной информации о роли и месте стоматолога-ортопеда в системе лечебных мероприятий у больных с рассматриваемой патологией. Все еще бывают случаи, когда хирург, оперирующий больных с онкопатологией челюстей, не имеет непосредственного контакта со стоматологом-ортопедом. Отсутствие достаточной информации о прогнозе реабилитационных мероприятий затрудняет планирование врачом и пациентом ожидаемых конечных результатов лечения и не позволяет составить систему реабилитационных мероприятий как процесс, направленный на достижение реальной цели. Все это затрудняет эффективное восстановление больного после перенесенной операции, возвращение его к нормальной жизни, а в некоторых случаях заставляет пациента отказаться от операции. Очевидно, что эффективная реализация намеченных положений осуществима лишь в специализированных учреждениях, занимающихся лечением больных с опухолями головы и шеи.

В отделении стоматологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН реабилитация больных с новообразованиями челюстей проводится совместно рядом специалистов включая стоматолога-ортопеда, хирурга отделения опухолей головы и шеи, терапевта, психолога и при необходимости других врачей. В соответствии с разработанными в клинике принципами ведения данного контингента больных проводится соответствующая подготовка, которая подразумевает оценку характера ожидаемого дефекта тканей и степени нарушения функций челюстно-лицевой области, планирование ортопедических мероприятий, изготовление необходимых слепков и моделей челюстей с отображением на них объемов предстоящей операции, а также психологическую подготовку пациента с разъяснением ожидаемых результатов реабилитации после специального лечения.

В работах клиники показано, что при протезировании дефектов верхней челюсти после онкологических операций оптимальной является трехэтапная методика, при которой первым этапом является изготовление до операции непосредственного протеза. Он устанавливается в операционной сразу после хирургического вмешательства и служит для оптимизации ухода за послеоперационной раной и первичного восстановления утраченных функций в раннем послеоперационном периоде. Установка такого протеза нередко осуществляется с участием изготовившего его стоматолога-ортопеда. Через 10—15 сут после операции изготавливают формирующий протез и лишь через месяц после полного формирования и заживления операционной раны — окончательный протез верхней челюсти (второй и третий этапы).

Каждый из этапов протезирования имеет свои задачи и средства в соответствии с течением послеоперационного периода. Планирование формы и характера формирующего и окончательного протезов осуществляется с учетом класса послеоперационного дефекта, для чего нами разработана классификация дефектов с выделением 10 основных вариантов. При сравнительном анализе результатов лечения в различных группах больных было показано, что нарушение по тем или иным причинам этапности протезирования может привести к осложнениям в послеоперационном периоде и к неудовлетворительным результатам окончательной реабилитации пациента.

Протезирование дефектов нижней челюсти осуществляется с учетом их характера и локализации, а также метода пластики, примененного для восстановления непрерывности нижней челюсти. При невозможности восстановления непрерывности нижней челюсти во время операции удаления опухоли челюстно-лицевой хирург совместно со стоматологом-ортопедом составляют оптимальный план пластического восстановления дефекта мягкими тканями.

В послеоперационном периоде важно сохранение нормального прикуса, для чего до операции изготавливают направляющие пластины для верхней и нижней челюсти, обеспечивающие впоследствии их нормальное взаимоотношение. В случае одномоментного восстановления дефекта нижней челюсти костными трансплантатами сроки протезирования альвеолярного края не имеют решающего значения для окончательного результата реабилитации. Однако при протезировании данного контингента больных нужно учитывать необходимость постоянной коррекции протеза в связи с тем, что со временем форма протезного ложа изменяется в результате трансформаций, происходящих в трансплантате.

Нами проведен многофакторный анализ результатов реабилитационных мероприятий 215 больных, перенесших лечение по поводу новообразований верхней (120 больных) и нижней (95 больных) челюсти. При анализе учитывались характер и распространенность заболевания, виды лечения, предшествующие операции, объем удаленных во время операции тканей и тяжесть возникших нарушений, общее и психоэмоциональное состояние больных до и после лечения, примененный метод протезирования и окончательные результаты реабилитации.

Удаление новообразований альвеолярного края верхней и нижней челюсти влечет за собой тяжелые функциональные и косметические нарушения и влияет на общее состояние пациентов, вызывая у большинства больных психоэмоциональные и общесоматические расстройства. Для эффективного лечения возникающих расстройств необходимо соблюдение разработанной системы реабилитационных мероприятий, включающих адекватное и своевременное протезирование. В результате проведенного исследования установлено, что современные протезы челюстей, изготовленные из синтетических материалов в комбинации со сплавами, позволяют полноценно восстанавливать внешность больного, функции глотания и речи. Степень восстановления функций зависит от характера дефекта. Функция жевания может быть восстановлена при условии сохранения нормального взаимоотношения верхней и нижней челюсти.

Поступила 11.06.03