

## ПОЭТАПНАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ДЕФЕКТОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Карасева В. В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

### Введение

Наличие обширных приобретенных дефектов верхней челюсти, проникающих в верхнечелюстную пазуху или носовую полость, приводит к резким функциональным нарушениям: расстройствам жевания, дыхания, речи (открытая гнусавость), глотания [1, 6].

При наличии сквозных дефектов верхней челюсти изготавливается замещающий протез с obtурирующей частью (протез-obtуратор). Основной проблемой является фиксация резекционного протеза [10]. Она усугубляется тем, что вдыхаемый через нос воздух давит на протез изнутри, сбрасывая его, а оставшиеся лишь на одной половине челюсти зубы не дают хороший удерживающий эффект [7, 8]. Ухудшает фиксацию протеза большой объем восстанавливаемого дефекта и, как следствие, значительное его утяжеление. Обширные дефекты в области альвеолярной части приводят к западанию мягких тканей лица (щеки или губы). Для того, чтобы уменьшить массу протеза, его делают разборным или пустотелым [9].

Особенностью в выборе конструкции протеза являются также сроки относительно проведения операции по удалению опухоли [13]. В зависимости от сроков проведения резекции различают следующие методы протезирования: *непосредственное* (протез изготавливают до операции, а накладывают сразу после нее, прямо на операционном столе), *раннее* (протез изготавливают и накладывают вскоре после операции, после начала рубцевания швов и уменьшения послеоперационных отеков) и *отдаленное* (протезирование после полного заживления раневой поверхности) [5].

Использование дентальных имплантатов при замещении дефектов зубного ряда является эффективным методом лечения больных с частичным или полным отсутствием зубов [11]. Современная имплантология — это разработка более совершенных конструкций дентальных имплантатов, направленных на равномерное распределение нагрузки в окружающей костной ткани и оптимизацию процессов остеоинтеграции [3].

**Цель** — изучение эффективности применения различных конструкций съемных зубочелюстных протезов (в том числе пустотелого и с фиксацией на имплантатах) при послеоперационных тотальных дефектах верхней челюсти на разных этапах ортопедической реабилитации.

### Материалы и методы

Клинический случай. В клинику кафедры ортопедической стоматологии УГМУ обратилась пациентка Л., 1977 г. р., через 1 месяц после тотальной резекции верхней челюсти слева по поводу злокачественного новообразования.

Внешне: выражена рубцовая асимметрия лица. Левая щека запавшая, плотная, малоподвижная. Отмечается косая линия смыкания губ и затрудненное открывание рта не в полном объеме. Со слов пациентки качество ее жизни резко ухудшилось, так как, являясь школьным преподавателем, она не может выполнять свои профессиональные обязанности.

В полости рта после резекции левой половины верхней челюсти на уровне носовой области образовался дефект альвеолярного и небного отростка размером 6×5 см. В области дефекта видны послеоперационные грануляции, слизистая оболочка гиперемирована и отечна. На сохранившейся половине челюсти дефекты зубного ряда восстановлены металлокерамическим мостовидным протезом с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.4 и 1.7 в удовлетворительном состоянии. Фрагмент твердого неба плоский (рис. 1).



Рис. 1. Клиническая картина пациентки Л. (на момент обращения)

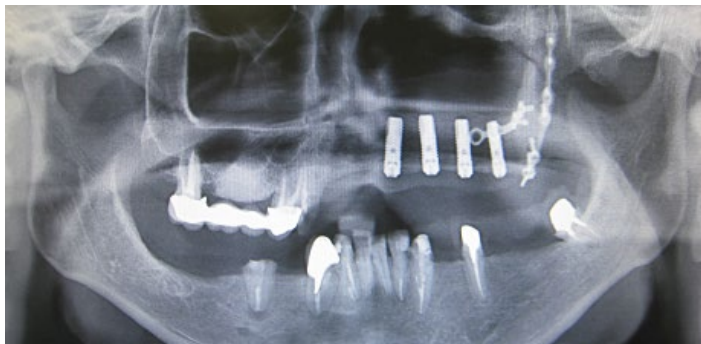
Пациентке необходима противовоспалительная терапия, дефект тампонируется стерильными марлевыми салфетками [2].

На этапе раннего протезирования был изготовлен частичный пластиночный протез с металлическим базисом, отлитым на дублированной модели. Протез фиксируется с помощью перекидных цельнолитых опорно-удерживающих кламмеров, которые плотно охватывают зубы, а опирающиеся окклюзионные накладочки способствуют распределению жевательного давления. Металлический базис делает протез более прочным, так как восстанавливаемый дефект обширен. Поскольку полного заживления раневой поверхности еще не произошло, obtурирующая часть протеза глубоко в дефект не вводится.

После наложения протеза отмечались его удовлетворительная фиксация, восстановление речи, возможность приема пищи, правильное дыхание. Пациентка была обучена введению и выведению протеза



**Рис. 2. Тест на плавучесть  
резекционного протеза**



**Рис. 3. ОПТГ больной Л.  
после установки имплантатов**

из полости рта, ознакомлена с особенностями адаптации к нему, а также были даны рекомендации по уходу за полостью рта и протезом.

При осмотре через 8 месяцев отмечается полное заживление операционного поля. Пациентка пользуется протезом постоянно, соблюдает рекомендованные гигиенические процедуры. Отмечает восстановление речи и дыхания. Испытывает затруднение при приеме пищи из-за смещения протеза в область дефекта во время жевания и затекания под протез жидкой пищи.

Для предупреждения опрокидывания резекционного протеза используют опору внутри дефекта. Эта опора может быть обеспечена контактом протеза с любой анатомической структурой, служащей достаточно твердым основанием. Для уменьшения смещения резекционного протеза в вертикальном направлении необходимо уменьшить массу, делая его пустотелым. Был изготовлен облегченный протез с пустотелой обтурирующей частью, входящей в дефект. Изготовленный по такой методике полый резекционный протез имеет выраженную обтурирующую часть грибовидной формы, которая легко входит в полость дефекта, препятствует смещению протеза и способствует его удержанию во время функции (рис. 2).

Наложение протеза включает ряд проверочных тестов: герметизация, окклюзионные взаимоотношения, фиксация и др. Основными признаками герметизации ротовой полости являются восстановление речи и устранение открытой гнусавости, а также то, что при приеме жидкой пищи она не попадает в носоглотку. Степень изоляции ротовой полости определяется также прополаскиванием ее водой при наклонном положении головы. Если вода не попадает в нос, значит разобщение полости рта и носа достигнуто хорошо. Кроме того, у больного должна появиться возможность надуть щеки и при этом воздух не должен проходить через нос, а также должно быть свободное открывание рта.

В процессе привыкания пациентка была обучена рациональному введению протеза и даны рекомендации по правильному уходу и использованию средств гигиены за полостью рта и протезом. Это привело к положительному результату и подтверждается проведением проб на герметизацию и фиксацию. Несколько лет пациентка успешно пользовалась съемным пустотелым протезом, но при этом испытывала определенный дискомфорт при введении-выведении из-за большого объема обтурирующей части. Особенно не устраивал молодую женщину внешний вид, который был улучшен протезом незначительно, поскольку из-за грубого рубцевания мягких тканей лица сохранилось затрудненное смыкание губ.

Она обратилась к московским специалистам, которые провели комплексное оперативно-ортопедическое восстановление. Вначале дефект верхней челюсти слева был закрыт костно-мышечно-кожным аутотрансплантатом, взятым с голени. Следующим шагом в реабилитации пациентки явилась установка имплантатов (рис. 3).

Усовершенствование хирургических восстановительных методов, а также повышенные требования к протезам требуют высокоточной диагностики, планирования и размещения. Успех имплантационной терапии зависит прежде всего от тщательного планирования лечения и надлежащим образом проведенной имплантации. Это требует тесного сотрудничества стоматологов-ортопедов и хирургов для совместной работы в команде, которая способствует точной подготовке хирургического этапа. Планирование протеза на имплантате является проблемой для функции и эстетики [4, 12].

Хирургическо-ортопедический этап длился более двух лет, потребовавший время на приживание ауто-трансплантата, установку имплантатов и формирования десны (рис. 4).

Все это время пациентка пользовалась временным частичным пластинчатым протезом.

В завершение был изготовлен постоянный частичный съемный протез с хорошей балочной фиксацией на внутрикостные имплантаты.

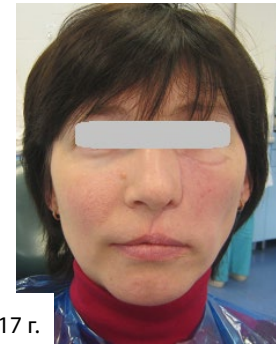
Одновременно с этим большую работу провели пластические хирурги: восстановили левую ноздрю носа, разгладили грубые послеоперационные рубцы, восстановили объем и эластичность мягких тканей левой половины лица. Все это значительно улучшило внешний вид и психо-эмоциональное состояние пациентки и позволило вернуться к работе с детьми младших классов (рис. 5).



Рис. 4. Клиническая картина после установки формирователей десны



2007 г.



2017 г.

Рис. 5. Вид пациентки Л. в разные годы реабилитации

## Выводы

Выполнение обширных хирургических вмешательств сопровождается образованием дефектов, что в свою очередь ставит вопрос о функциональной, косметической и социальной реабилитации больных.

Для решения этих целей большое значение имеет изготовление функционально полноценного пострезекционного протеза с учетом индивидуальных особенностей как границ дефекта окружающих его тканей, так и самого больного. Применение современных ортопедических и хирургических методов реабилитации онкологических больных после односторонней резекции верхней челюсти позволяет добиться положительных результатов в восстановлении утраченных функций зубочелюстной системы, что способствует более успешной адаптации таких пациентов в обществе и позволяет им вернуться к активной жизни.

## Литература

1. Комплексная реабилитация пациентов с ассиметричными деформациями челюстей/А. Андреищев, А. Герасимов, А. Мошкалова, Ю. Мишустина // Форум практикующих стоматологов. – 2013. – № 2 (8). – С. 30–35.
2. Влияние отечественного ополаскивателя на состояние ротовой жидкости и слизистой оболочки полости рта у пациентки с раком языка на этапе послеоперационной лучевой терапии/А.Д. Басаргина, М.В. Смирнов, В.В. Карасева, Т.М. Еловицова // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: мат. II Международной (72 Всероссийской) научно-практич. конф. Молодых ученых и студентов, II Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вызовов “За качественное образование». – 2017. – С. 127–130.
3. Дентальная имплантация: состояние вопроса на сегодняшний день (обзор литературы)/А.В. Гуськов, Н.Е. Митин, Д.А. Зиманков [и др.] // Клиническая стоматология. – 2017. – № 2 (82). – С. 32–34.
4. Жолудев, С.Е. Современные знания и клинические перспективы использования для позиционирования дентальных имплантатов хирургических шаблонов. Обзор литературы/С.Е. Жолудев, П.М. Нерсесян // Проблемы стоматологии. – 2017. – Т. 13, № 4. – С. 74–80.
5. Жулев, Е.Н. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология: учебник/Е.Н. Жулев, С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебедеенко. – Москва: МИА, 2008. – 160 с.
6. Карасева, В.В. Особенности ортопедического лечения при дефекте верхней челюсти в боковом отделе/В.В. Карасева // Проблемы стоматологии. – 2008. – Т. 1, № 2. – С. 37–38.
7. Карасева, В.В. Проблемы адаптации к съемным протезам на верхней челюсти у больных со сложно-челюстной патологией/В.В. Карасева // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 8. – С. 36–40.
8. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis/M.C. Goiato, A.A. Pesqueira, C. R. da Silva [et al.] // Literature review Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. – 2009. – Vol. 62, № 2. – P. 157–286.
9. Kumar, S. Prosthetic rehabilitation of a hemimandibulectomy patient/S. Kumar, R. Yadav // Gen Dent. – 2014. – № 62 (2). – P. 30–32.
10. Роль врача стоматолога-ортопеда в планировании установки имплантатов с использованием хирургического шаблона и программного комплекса Implant-assistant®/С.Е. Жолудев, В.А. Стрижаков, А.Ю. Ремов, Д.С. Жолудев, П.М. Нерсесян // Проблемы стоматологии. – 2015. – № 5-6. – С. 54–63.
11. Маннанова, Ф.Ф. Особенности лечения взрослых с мезиоокклюзией, сочетанной дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями/Ф.Ф. Маннанова, Г.А. Тимербулатова, М.В. Галиуллина // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12, № 4. – С. 40–46.
12. Опыт зубочелюстного протезирования пациента с послеоперационным дефектом верхней челюсти/Н.Е. Митин, О.С. Гуйтер, В.В. Волкова, Ю.А. Силкина, М.В. Мамонова // Проблемы стоматологии. – 2018. – Т. 14, № 2. – С. 93–97.
13. Ближайшие и отдаленные результаты протетической коррекции мезиоокклюзии штифтовыми конструкциями/Г.А. Тимербулатова, И.Ф. Ибрагимов, Ф.Ф. Маннанова, М.В. Галиуллина, Т.И. Ганеев, Д.Р. Хасанова // Проблемы стоматологии. – 2018. – Т. 14, № 4. – С. 110–116.

## PHASED ORTHOPEDIC REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACQUIRED DEFECT OF THE UPPER JAW

Karaseva V. V.

Ural state medical university, Ekaterinburg

**Summary.** The article describes the experience of many years of orthopedic rehabilitation of a patient with an acquired defect of the upper jaw with the use of modern technologies, including implantation.

A significant number of defects and deformities of the maxillofacial region are formed due to neoplasms. In the combination of a jaw defect with a defect of nearby organs and tissues of the face, as well as the absence of one or both upper jaws, always leads to disorders of the functions of swallowing, chewing, breathing, speech, facial disfigurement and disability of patients. Orthopedic rehabilitation in such cases is very problematic, because it is necessary to restore not only a large defect, but also lost functions.

**Keywords:** jaw resection, orthopedic rehabilitation, removable hollow prosthesis, the bone-muscle-skin graft with implants