

РАЗДЕЛ: СТОМАТОЛОГИЯ

Ю.А. Медведев, Л.Б. Филимонова, А.Н. Журавлев

Реабилитация пациентов после оперативного вмешательства по поводу лечения бисфосфонатного остеонекроза нижней челюсти

ФГБОУ ВО РязГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России

Резюме. Реабилитация после челюстно-лицевых операций занимает значимую роль в стоматологической практике, так как эти вмешательства могут нарушить акты жевания, глотания, речи. Реабилитационные мероприятия несут в себе много сложностей не только со стороны восстановления функции и эстетики, но и требуют психологической помощи пациентам. В связи с тем, что химические остеонекрозы в челюстно-лицевой области встречаются достаточно часто, данная тема остается актуальной в настоящее время. Нами изучены вопросы возникновения и клинического проявления бисфосфонатных остеонекрозов челюстей. Проведено обследование 9 пациентов с данной патологией, сделаны определенные выводы об амбулаторном вмешательстве пациентам, принимающим бисфосфонатные препараты, составлены рекомендации для реабилитации таких пациентов. Грамотное планирование реабилитации пациентов, направленное на тесное сотрудничество врачей смежных специальностей, а также активное участие больного являются залогом благоприятного прогноза послеоперационного периода.

Ключевые слова: реабилитация, стоматологическая реабилитация; психологическая подготовка, бисфосфонатный остеонекроз.

Актуальность. Бисфосфонатный остеонекроз челюстей - осложнение антирезорбтивной терапии, характеризующееся омертвением и оголением участка кости, сугубо влияющее на качество жизни пациентов, и может привести к инвалидности [1].

В исследованиях, проведенных Brown и соавтр. в 2013 году, было установлено, что частота развития остеонекроза челюсти у пациентов, получающих терапию золендроновой кислотой, после удаления зубов составляет 86,4% [2].

Особенностью клинического проявления бисфосфонатного остеонекроза челюстей является хроническое течение и диффузный характер поражения, протекающий с оголением костной ткани, вялой её регенерацией, формированием в кости участков секвестрации и остеопороза, низкой эффективностью проводимого лечения. Результатом течения данного процесса, как правило, является потеря зубов и костной ткани, что ведёт к снижению, а, зачастую, и потере жевательной функции, в то же время нарушается эстетика челюстно-лицевой области, помимо этого пациент, перенесший лечение по поводу онкологического заболевания, а затем и БФОНЧ, нуждается и в психологической помощи [3,4]. Стоит отметить, что определяющим фактором в реабилитации таких пациентов является высокая склонность к рецидивированию процесса.

Реабилитация после таких операций занимает одну из главных ролей в стоматологической практике. Чтобы был обеспечен комплексный подход к восстановлению качества жизни таких пациентов, необходимо совместное участие специалистов разного профиля. Реабилитационные мероприятия планируются врачами стоматологами-хирургами еще до проведения операции и включают в себя

миогимнастику, физиопроцедуры, медикаментозную подготовку, изготовление стереомоделей для планирования операции, временных протезов и специальных шин, в случае необходимости, которые будут фиксироваться непосредственно после операции [5-9]. При обширных операциях могут пострадать функции жевания, глотания и дыхания. Поэтому данная тема остается актуальной в настоящее время для специалистов многих областей медицины. Большую роль в восстановительном периоде играют врачи-ортодонты и ортопеды. Так же необходимо помнить, что это эстетически важная область и косметический эффект сильно влияет на качество жизни пациента.

Целью данной работы явилось повышение качества лечения пациентов с химическими остеонекрозами челюстно-лицевого скелета за счет грамотного планирования оперативного вмешательства и реабилитации пациентов, направленной на тесное сотрудничество врачей смежных специальностей, а также участие и мотивация самого больного в данном процессе.

Материал и методы исследования. За 2015-2023 года в стоматологической поликлинике РязГМУ было проведено обследование и лечение 9 пациентов с бисфосфонатным остеонекрозом нижней челюсти в возрасте от 40 до 65 лет. Всем пациентам сначала проводился стандартный стоматологический осмотр, после чего назначался дополнительный метод исследования в виде компьютерной томографии. На основании данных клинического и рентгенологического исследования на заранее изготовленных стереомоделях было спланировано оперативное лечение, которое заключалось в субтотальной резекции нижней челюсти в условиях стационара под общим наркозом. На дооперационном этапе некоторым пациентам рекомендовано удаление зуба в амбулаторных условиях и уже с этого момента пациентам проводилась психологическая подготовка, которая продолжалась и в послеоперационном периоде совместно с врачами стоматологами разных профилей: ортопедами, ортодонтами, амбулаторными хирургами.

Полученные результаты и их обсуждение. На основании клинических случаев мы сделали вывод, что особенностью клинического проявления бисфосфонатного остеонекроза челюстей является хроническое течение и диффузный характер поражения, а определяющим фактором в реабилитации таких пациентов является высокая склонность к рецидивированию процесса, поэтому при удалении зуба в амбулаторных условиях при принятии пациентом препаратов золедроновой кислоты необходимым условием является полное ушивание лунки удаленного зуба сразу после экстракции зуба желательно синтетическим не рассасывающимся материалом монофиламентной структуры.

После успешно проведенного повторного амбулаторно-хирургического лечения, больные поступают в стационар для лечения БФОНЧ, где им проводится частичная резекция нижней челюсти, а реабилитация проводится опять в амбулаторных условиях.

В стоматологической поликлинике РязГМУ нами была проведена реабилитация пациентов после перенесенного стационарного хирургического лечения по поводу

БФОНЧ. Одной из основных задач данного периода стала профилактика возникновения деформаций в смежных областях посредством восстановления гармоничных пропорций лица и полноценной функции зубочелюстной системы. Стоматологам, участвующим в реабилитации, необходимо учитывать особенности кровоснабжения и иннервации челюстно-лицевой области, понимать особенности поведения и психики пациентов. Ведь эти пациенты получили данное осложнение в качестве БФОНЧ в результате лечения от такого страшного заболевания, как онкология, в то же время лицо является эстетически значимым органом и результаты реабилитации очень сильно влияют на качество жизни таких больных.

Практически нами определено абсолютно точно, что в реабилитации данной группы пациентов всегда участвуют три специалиста: стоматолог-хирург, стоматолог-ортопед, ортодонт. Во время проведения хирургической помощи иссекаются патологически измененные ткани, с последующим восстановлением трансплантатами. Завершающим этапом реабилитации является ортопедическая помощь, которая позволяет восстановить утраченные функции и эстетическую гармонию лица.

Помимо непосредственно реабилитационной терапии врачами-стоматологами разных профилей, большое внимание мы уделили миогимнастике. При повышенном тонусе мышц лица и языка операции могут не иметь успеха. Поэтому было необходимо перед началом лечения обучить пациента специальным упражнениям, направленным на расслабление мышц.

Также мы считаем, что после оперативных вмешательств очень важно придерживаться диеты, поэтому после оперативного вмешательства данному пациенту были определены следующие рекомендации: воздержаться от приема острой, жареной и раздражающей пищи; при чистке зубов выбирать зубную пасту без лаурилсульфата натрия, так как он вызывает денатурацию коллагена; в пищевом рационе в период реабилитации - снизить содержание простых углеводов, так как они препятствуют синтезу коллагена, а, следовательно, увеличивают срок заживления; в восстановительный период нужно соблюдать режим отдыха, так как гормон роста синтезируется в ночное время и влияет положительно на регенерацию тканей, необходим здоровый сон, не менее 8 часов; физиопроцедуры, так как они повышают реактивность организма, способствуют заживлению ран, улучшают трофику тканей, положительно перестраивают нервную систему; ЛФК по Епифанову В.А., который определил задачи физической нагрузки в зависимости от периода реабилитации пациента.

Вострую фазу, непосредственно после операции, были назначены упражнения, направленные на профилактику осложнений, и приспособление больного к элементарным бытовым навыкам. Также автор различает подострый и восстановительный периоды. Таким образом, во втором периоде были назначены упражнения, направленные на восстановление подвижности височно-нижнечелюстных суставов, мышц, а также на борьбу с развитием контрактур.

На заключительном этапе внимание уделялось восстановлению полной трудоспособности и нарушенных функций нижней челюсти.

Немаловажную роль играла психологическая реабилитация пациента. Пономаренко Г.Н. указывает на взаимосвязь психологического равновесия и своевременного восстановления органов и тканей больного. Автор подчеркивает, что несвоевременное и некорректное оказание такой помощи приводит к самолечению, а это в свою очередь пагубно влияет на выздоровление. Психотерапия была направлена на коррекцию неадекватных эмоциональных реакций, а также на формирование активной позиции реабилитируемого пациента в преодолении болезненных проявлений.

Таким образом, после проведенных нами реабилитационных мероприятий, по данным внешнего осмотра через 6 месяцев после выписки отмечается умеренная асимметрия лица за счет деформации мягких тканей нижней трети лица за счет дефицита костной ткани. В подчелюстной области визуализируется рубец бледно-розового цвета, без видимого отделяемого. При бимануальной пальпации по ходу фиксации пластины пальпируется плотноэластичный массив мягких тканей. В полости рта отсутствуют зоны обнажения костной ткани.

Выводы. Представленные в статье материалы отражают необходимость тесного взаимодействия специалистов смежных областей для грамотной реабилитации пациентов с постоперационными дефектами челюстно-лицевого скелета. Стоматологическая реабилитация направлена на максимальное эстетическое и морфологическое восстановление и начинается уже на этапах предоперационной подготовки. Пациенты с данной патологией нуждаются в индивидуальном подходе. Подробное обследование в предоперационном периоде с использованием современных рентгенологических методов позволяет произвести удаление патологически измененных тканей в полном объеме с максимальным сохранением здоровых тканей и ускорить адаптацию пациента и восстановление функций после операции.

Реабилитация должна быть направлена на улучшение качества жизни пациентов, нормализацию эстетических и анатомо-морфологических параметров. По мнению экспертов, главное внимание следует уделять первым месяцам послеоперационного периода, своевременно приступить к действиям по восстановлению больного, помочь ему выработать привычку работать над собой.

Всё вышеизложенное диктует необходимость поиска и совершенствования методов для объективной оценки распространенности некроза, определения оптимальной тактики лечения с использованием высокотехнологичных методов и правильное планирование реабилитации пациентов, что обеспечивает благоприятный прогноз и хорошее качество жизни в послеоперационном периоде.

Литература / References.

1. Теремов Д.Д., Румянцев В.А. Остеонекроз нижней челюсти как осложнение антирезорбтивной терапии // Остеопороз и остеопатии. — 2023. — Т. 26. — №1. — С. 40-46. doi:

<https://doi.org/10.14341/osteo12965>

2. Brown J, Saad F, Stopeck A, et al. Risk factors for developing osteonecrosis of the jaw (ONJ) in patients receiving denosumab or zoledronic acid for bone metastases: Results from three phase 3 trials. The European Cancer Congress 2013, Sep 30. Abstract 1305.

3. Кочурова Е.В., Николенко В.Н., Деменчук П.А. и др. Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области // Кубанский научный медицинский вестник. - 2015. - № 2 (151). - С. 88-93.

4. Kranjčić J., Dzakula N., Vojvodic D. Simplified Prosthetic Rehabilitation of a Patient after Oral Cancer Removal // Acta. Stomatol. Croat. - 2016. - Vol. 50(3). - P. 258-264.

5. Керимханов К.А., Бобынцев И.И., Иорданишвили А.К. Патофизиологические и клинические аспекты стоматологической реабилитации при полной потере зубов. Человек и его здоровье. 2022;25(2):83-89. DOI: 10.21626/vestnik/2022-2/08.

6. Яцук А.В., Сиволапов К.А. Лечение и реабилитация пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава. Вестник РУДН. Серия: МЕДИЦИНА. 2023;27(1):110—118. DOI 10.22363/2313-0245-2023-27-1-110-118

7. Короткова Н.Л., Иванов С.Ю., Митрофанов Н.В., Мураев А.А. Восстановительное лечение пациентов с послеожоговыми деформациями ротовой области. Стоматология. 2013;(6):41-44.

8. Смердина Л.Н., Тё Е.А., Смердина Ю.Г. Стоматологическая реабилитация пациентки с микростомией. Фундаментальная и клиническая медицина. 2021; 6(2):136-141. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2021-6-2-136-141>.

9. Mundhe K., Pruthi G., Jain V. Prosthodontic rehabilitation of patient with marginal mandibular resection using attachment supported prostheses: A clinical report // Con-temp. Clin. Dent. - 2014. - Vol. 5(1). - P. 123-126.

Abstract.

Y. A. Medvedev, L. B. Filimonova, A. N. Zhuravlev

Rehabilitation after surgical interventions in bisphosphonate related lower jaw osteonecrosis

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Dep. of surgical dentistry and maxillofacial surgery with a course of ENT diseases

Rehabilitation after the maxillofacial operations plays a significant role in dental practice as the surgical interventions can impair mastication, swallowing and speech. Rehabilitation creates a lot of difficulties not only from the side of restoring function and aesthetics, but it requires psychological care. Due to the fact that the chemical maxillofacial osteonecrosis are quite common this theme recently remains relevant.

The ethiopathogenesis and clinical aspects of the bisphosphonate related lower jaw osteonecrosis have been studied by us. 9 patients have been examined with this pathology, some certain conclusions about outpatient interventions for patients taking bisphosphonates medications, rehabilitation recommendations have been formed.

Competent rehabilitation aimed at close cooperation between the doctors of related specialties and also an active patient's participation are the pledge of a favorable prognosis in postoperative period.

Keywords: rehabilitation, dental rehabilitation, psychological care, bisphosphonate osteonecrosis

Сведения об авторах: Филимонова Любовь Борисовна – к.м.н. доцент заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом ЛОР-болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России bsprgmu@yandex.ru; Медведев Юрий Алексеевич – д.м.н. профессор профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом ЛОР-болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России uamedvedev@gmail.com; Журавлев Александр Николаевич – к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом ЛОР-болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России sanekzhu@yandex.ru