

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ТЕЛА И ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*В.А. Шаранда*

*Белорусский государственный медицинский университет*

**Введение.** Резекция фрагмента нижнечелюстной кости при хирургическом лечении огнестрельных ранений, оперативных вмешательств по поводу опухолей и опухолеподобных образований, травм, остеомиелитов, болезней височно-нижнечелюстного сустава, приводит к значительному обезображиванию лица а так же и снижению, а иногда полной утрате функции жевания и речи со всеми вытекающими последствиями. Проблема комплексной реабилитации таких пациентов становится все более актуальной проблемой современной медицинской науки и практики.

Принцип комплексного лечения и реабилитации пациентов с костными дефектами нижней челюсти, реализуемого совместным трудом челюстно-лицевых хирургов, ортопедов-стоматологов, анестезиологов, терапевтов, психоневрологов и других специалистов, позволяет получить хорошие функционально-эстетические результаты в лечении с данной патологией.

**Результаты и их обсуждение.** По настоящее время челюстно-лицевой протезирование нижней челюсти при нарушении непрерывности ее не может полноценно восстановить нарушенные функции. Комплекс лечебных мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с костными дефектами нижней челюсти в обязательном порядке включает операцию костной пластики, проводимую в стационаре челюстно-лицевой хирургии. В современной челюстно-лицевой хирургии широко применяются трансплантаты из аутогенной кости пациента, забираемые из различных донорских участков. Наиболее современные из методик аутотрансплантации подразумевают пересадку комплексных трансплантатов, состоящих из фрагмента кости и мягкотканного компонента с сохранением васкуляризации. Это ускоряет сроки приживления трансплантата. Вместе с тем, не у всех пациентов возможно использовать для замещения дефекта нижнечелюстной кости собственную (аутогенную) кость и получить хороший функциональный и эстетический результат по причине известных недостатков, присущих методам аутоостеопластики. Спектр альтернативных материалов включает аллогенные и ксеногенные трансплантаты, как биологической, так и искусственной природы.

Наряду с этим, в комплексной реабилитации в обязательном порядке присутствует и реконструктивное ортопедическое лечение, направленное на восстановление функции утраченных зубов и альвеолярных отростков. Даже по завершению перестройки и приживления костного трансплантата пациент не может считаться полноценно реабилитированным без качественно проведенного зубного и челюстно-лицевого протезирования. Традиционные конструкции челюстно-лицевых протезов далеко не всегда могут в полной мере восстановить нарушенные функции жевания, фонетики

и эстетики лица. Перспективным является применение в челюстно-лицевом протезировании эндостальных дентальных имплантатов. Эндостальная дентальная имплантация может проводиться в костную ткань резидуальной части нижней челюсти с целью фиксации челюстно-лицевых протезов, а также в костный трансплантат по методике непосредственной имплантации, т.е. в ходе операции костной пластики, так и по отсроченной методике, в сформировавшийся костный регенерат. Исследования показали высокую клиническую эффективность обеих методик при условии приживления трансплантата в условиях изоляции от среды полости рта.

Конструкции челюстно-лицевых протезов, использующих дентальные имплантаты для опоры и фиксации, значительно варьируют в зависимости от топографии и локализации дефекта, количества и геометрических размеров введенных имплантатов, их расположения в костной ткани, местных (состояние слизистой оболочки) и общих факторов. В планировании лечения учитываются: 1) возможности восстановления утраченных функций без имплантации, 2) возможность введения достаточного количества имплантатов с учетом местных условий и общего здоровья, 3) предсказуемость поведения имплантатов, 4) возможность пациента проводить необходимые ежедневные гигиенические процедуры, 5) финансовые возможности пациента. Протезы, опирающиеся на имплантаты, планируются таким образом, чтобы их прочность и степень ретенции не превышала известную врачу конструкционную прочность имплантатов.

**Выводы.** Таким образом, лишь сочетанный труд челюстно-лицевых хирургов и ортопедов-стоматологов может создать базисные условия для последующей социальной реабилитации пациентов со сложной патологией челюстей. Дальнейшее совершенствование клинических этапов и технологий реконструктивного комплексного лечения позволит обеспечить восстановление утраченных функций в большей степени и в сокращенные сроки. Необходимым кажется дальнейшая разработка системы нормативно-правового, финансового и организационного обеспечения лечебного процесса. Несомненно, что высокая стоимость реконструктивного лечения не должна ограничивать его доступность для пациентов, что должно предусматривать участие государства в организации помощи такой категории пациентов.

#### Литература.

1. Реабилитация пациента после реконструкции нижней челюсти ревааскуляризованным реберным аутогосплантатом с применением метода дентальной имплантации / А.И. Неробеев [и др.] // Стоматология. – 2005. – № 3. – С. 39-42
2. О.П. Чудаков, В.А. Шаранда Первичная костная пластика нижней челюсти аллогенным ортотопическим трансплантатом с инкорпорированными в него эндостальными дентальными имплантатами // Современная стоматология. – 2007. – № 4. – С. 37 – 40
3. Free vascularized bone grafts for reconstruction of traumatic bony defects of mandible and maxilla / M. Kildal, F.C. Wei, Y.M. Chang // World J. Surg. – 2001. – Vol. 25, № 8. – P.1067 – 1074
4. Mandibular reconstruction with fibula osteoseptocutaneous free flap and osseointegrated dental implants / M. Kildal [et al.] // Clin. Plast. Surg. – 2001. – Vol. 28, № 2. – P. 403 – 410

## REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE ACQUIRED DEFECTS OF THE BODY AND MANDIBULAR BRANCH

*V.A. Sharanda*

Complex treatment of patients with acquired defects of mandible due to the traumatic lesions, bone resection in treating tumors of mandible, osteomyelitis, temporomandibular joint pathology, includes treatment of such a patient by methods of bone augmentation, performed by maxillofacial surgeon, followed by prosthodontic maxillofacial rehabilitation. Dental implants offer multiple options of improving the quality of life in many treatment cases, however the system of complex rehabilitation of patients with this pathology, including the treatment protocol and regulatory and financial government support, is still in development.