

УДК 616-08-059: 615.825

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БИСФОСФОНАТНОГО ОСТЕОНЕКРОЗА ЧЕЛЮСТЕЙ

Журавлев А. Н.¹, Филимонова Л. Б.¹, Журавлева А. Н.²,
Журавлева А. С.³

*ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет
им. академ. И. П. Павлова» Минздрава России,¹кафедра хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом ЛОР-
болезней,²стоматологическая поликлиника,³кафедра терапевтической
и детской стоматологии,
г. Рязань, Российская Федерация*

Цель работы — повысить качество лечения лиц с химическими остеонекрозами челюстно-лицевого скелета за счет грамотного планирования оперативного вмешательства и медицинской реабилитации пациентов, направленной на тесное сотрудничество врачей смежных специальностей, а также участие и мотивация самого пациента в данном процессе.

Объекты и методы. Было проведено обследование и лечение 9 пациентов с бисфосфонатным остеонекрозом нижней челюсти в возрасте 40–65 лет. Всем пациентам проводили стандартный стоматологический осмотр, компьютерную томографию. На основании данных клинического и лучевого исследования на заранее изготовленных стереомоделях было спланировано оперативное лечение.

Результаты. Установлено, что в медицинской реабилитации данной группы пациентов всегда участвуют три специалиста: стоматолог-хирург, стоматолог-ортопед, ортодонт. Во время проведения хирургического лечения иссекаются патологически измененные ткани, с последующим восстановлением трансплантатами. Завершающим этапом реабилитации является ортопедическая помощь, которая позволяет восстановить утраченные функции и эстетическую гармонию лица. Немаловажную роль для лиц данной категории играла психологическая реабилитация.

Заключение. Изложенное диктует необходимость поиска и совершенствования методов для объективной оценки распространенности остеонекроза, определения оптимальной тактики лечения с использованием высокотехнологичных методов и правильного планирования медицинской реабилитации пациентов, что обеспечивает

благоприятный прогноз и хорошее качество жизни в послеоперационном периоде.

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

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF BISPHOSPHONATE OSTEONECROSIS OF THE JAW

Zhuravlev A. N.¹, Filimonova L. B.¹, Zhuravleva A. N.²,
Zhuravleva A. S.³

Ryazan State Medical University named by academ. I. P. Pavlova,¹Department of Oral Surgery and Maxillofacial Surgery with a course in Otorhinolaryngology;²Dental Clinic;³Department of Therapeutic and Pediatric Dentistry, Ryazan, Russian Federation

The aim of the work is to improve the quality of treatment of persons with chemical osteonecrosis of the maxillofacial skeleton through competent planning of surgical intervention and medical rehabilitation of patients aimed at close cooperation of doctors of related specialties, as well as the participation and motivation of the patient himself in this process.

Objects and methods. 9 patients with bisphosphonate osteonecrosis of the mandible aged 40–65 years were examined and treated. All patients underwent a standard dental examination and computed tomography. Based on the data of clinical and radiation studies on pre-made stereo models, surgical treatment was planned.

Results. It has been established that three specialists always participate in the medical rehabilitation of this group of patients: a dental surgeon, an orthopedic dentist, and an orthodontist. During surgical treatment, pathologically altered tissues are excised, followed by restoration with transplants. The final stage of rehabilitation is orthopedic care, which allows you to restore lost functions and aesthetic harmony of the face. Psychological rehabilitation played an important role for people in this category.

Conclusion. The above dictates the need to search for and improve methods for an objective assessment of the prevalence of osteonecrosis, to determine the optimal treatment tactics using high-tech methods and proper planning of medical rehabilitation of patients, which ensures a favorable prognosis and a good quality of life in the postoperative period.

Keywords: rehabilitation; dental rehabilitation; psychological training; bisphosphonate osteonecrosis.

Введение. Бисфосфонатный остеонекроз челюстей — осложнение антирезорбтивной терапии, характеризующееся омертвением и оголением участка кости, сугубо влияющее на качество жизни пациентов, и способное привести к инвалидности [3].

В исследованиях, проведенных J. Brown et al. (2013), было установлено, что частота развития остеонекроза челюсти у пациентов, получающих терапию золендроновой кислотой, после удаления зубов составляет 86,4% [5].

Особенностью клинического проявления бисфосфонатного остеонекроза челюстей является хроническое течение и диффузный характер поражения, протекающий с оголением костной ткани, вялой ее 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 ведет к снижению, а, часто, и потере жевательной функции, в то же время нарушается эстетика челюстно-лицевой области. Кроме того, пациент, перенесший лечение по поводу онкологического заболевания, а затем и бисфосфонатный остеонекроз нижней челюсти (БФОНЧ), нуждается в психологической помощи [2, 4]. Следует отметить, что определяющим фактором в реабилитации таких пациентов является высокая склонность к рецидивированию процесса.

Медицинская реабилитация после таких операций занимает одну из главных позиций в стоматологической практике. Чтобы был обеспечен комплексный подход к восстановлению качества жизни пациентов данной категории, необходимо совместное участие специалистов разного профиля. Реабилитационные мероприятия планируются врачами стоматологами-хирургами еще до проведения операции и включают в миогимнастику, физиопроцедуры, медикаментозную подготовку, изготовление стереомоделей для планирования хирургических вмешательств, временных протезов и специальных шин, которые при необходимости будут фиксироваться непосредственно после операции [1]. При обширных вмешательствах 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 оказывает значительное влияние на качество жизни пациента.

Цель работы — повысить качество лечения лиц с химическими остеонекрозами челюстно-лицевого скелета за счет грамотного пла-

нирования оперативного вмешательства и медицинской реабилитации пациентов, направленной на тесное сотрудничество врачей смежных специальностей, а также участие и мотивация самого пациента в данном процессе.

Объекты и методы. За 2015–2023 года в стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академ. И. П. Павлова» было проведено обследование и лечение 9 пациентов с бисфосфонатным остеонекрозом нижней челюсти в возрасте от 40 до 65 лет. Всем пациентам проводили стандартный стоматологический осмотр, после чего назначали дополнительный метод исследования в виде компьютерной томографии. На основании данных клинического и лучевого 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 лицам было рекомендовано удаление зуба в амбулаторных условиях и уже с этого момента пациентам проводили психологическую подготовку, которая продолжалась и в послеоперационном периоде совместно с врачами стоматологами разных профилей: ортопедами, ортодонтами, хирургами.

Результаты. На основании клинических наблюдений имеются основания сделать вывод, что особенностью клинического проявления бисфосфонатного остеонекроза челюстей является хроническое течение и диффузный характер поражения, а определяющим фактором в медицинской 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 операции желателно синтетическим не рассасывающимся материалом монофиламентной структуры.

После успешно проведенного повторного амбулаторно-хирургического лечения, пациенты поступают в стационар для лечения БФОНЧ, где им проводят частичную резекцию нижней челюсти. Затем следует медицинская реабилитация в амбулаторных условиях.

В стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академ. И. П. Павлова» была проведена медицинская реабилитация пациентов после перенесенного стационарного хирургического лечения по поводу БФОНЧ. Одной из основных задач данного периода стала профилактика воз-

никновения деформаций в смежных областях посредством восстановления гармоничных пропорций челюстно-лицевой области и полноценной функции зубочелюстной системы. Стоматологам, участвующим в реабилитации, необходимо учитывать особенности кровоснабжения и иннервации челюстно-лицевой области, понимать особенности поведения и психики пациентов. Следует помнить, что пациенты получили данное осложнение в качестве БФОНЧ в результате лечения онкологического процесса и учитывать тот факт, что лицо является эстетически значимым органом и значительно влияет на их качество жизни.

Было установлено, что в медицинской реабилитации данной группы пациентов всегда участвуют три специалиста: стоматолог-хирург, стоматолог-ортопед, ортодонт. Во время проведения хирургической лечения 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 уделили мио-гимнастике. При повышенном тоне 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 пациенту в послеоперационном периоде давали 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; снизить содержание простых углеводов, так как они препятствуют синтезу коллагена, а, следовательно, увеличивают срок заживления; 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; лечебную физкультуру по В. А. Епифанову, определившему задачи физической нагрузки в зависимости от периода реабилитации пациента. Поэтому в острую фазу, непосредственно после операции, были назначены упражнения, направленные на

профилактику осложнений, и приспособление пациента 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 уделяли восстановлению нарушенных функций нижней челюсти и полной трудоспособности пациента. Немаловажную роль для лиц данной категории играла психологическая реабилитация. Г. Н. Пономаренко (2021) указывает на взаимосвязь психологического равновесия и своевременного восстановления функций органов и тканей пациента. Автор подчеркивает, что несвоевременное и некорректное оказание такой помощи приводит к самолечению, а это 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 реабилитационных мероприятий, по данным внешнего осмотра через 6 месяцев после выписки из стационара у пациентов отмечали умеренное нарушение конфигурации лица за счет деформации мягких тканей его нижней трети и дефицита костной ткани. В подчелюстной области визуализировался рубец бледно-розового цвета, без видимого отделяемого. При бимануальной пальпации по ходу фиксации пластины пальпировали плотный эластичный массив мягких тканей. В полости рта отсутствовали зоны обнажения кости.

Заключение. Представленный в статье материал отражает необходимость тесного взаимодействия специалистов смежных областей для грамотной медицинской реабилитации пациентов с постоперационными дефектами челюстно-лицевого скелета. Стоматологическая реабилитация направлена на максимальное эстетическое и морфологически полное восстановление и начинается уже на этапах предоперационной подготовки. Пациенты с данной патологией нуждаются в индивидуальном подходе. Подробное обследование в предоперационном периоде с использованием современных лучевых методов позволяет произвести удаление патологически измененных тканей в полном объеме при условии максимального сохранения здоровых и ускорить адаптацию пациента, а также 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 пациента, помочь ему выработать привычку работать над собой.

Все изложенное выше диктует необходимость поиска и совершенствования методов для объективной оценки распространенности остеонекроза, определения оптимальной тактики лечения с использованием высокотехнологичных методов и правильного планирования медицинской реабилитации пациентов, что обеспечивает благоприятный прогноз и хорошее качество жизни в послеоперационном периоде.

Литература.

1. Керимханов, К. А. Патофизиологические и клинические аспекты стоматологической реабилитации при полной потере зубов / К. А. Керимханов, И. И. Бобынцев, А. К. Иорданишвили // Человек и его здоровье. — 2022. — Т. 256 № 2. — С. 83–89. doi: 10.21626/vestnik/2022-2/08
2. Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области / Е. В. Кочурова [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. — 2015. — Т. 151, № 2. — С. 88–93.
3. Теремов, Д. Д. Остеонекроз нижней челюсти как осложнение антирезорбтивной терапии / Д. Д. Теремов, В. А. Румянцев // Остеопороз и остеопатии. — 2023. — Т. 26, № 1. — С. 40–46. doi: <https://doi.org/10.14341/osteo12965>
4. Kranjcic, J. Simplified prosthetic rehabilitation of a patient after oral cancer removal / J. Kranjcic, N. Dzakula, D. Vojvodic // Acta. Stomatol. Croat. — 2016. — Vol. 50, N 3. — P. 258–264. doi: 10.15644/asc50/3/9
5. 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 / J. Brown [et al.] // Abstracts Book the European Cancer Congress. — 2013, Sep 30, 2013. — P. 1305.