

А.С. Утюж,  
к.м.н., доцент, зав. кафедрой  
ортопедической стоматологии

А.В. Юмашев,  
к.м.н., профессор кафедры ортопедической  
стоматологии

Р.М. Лушков,  
врач-стоматолог, ординатор кафедры  
ортопедической стоматологии

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

## Клинический пример ортопедического лечения пациента после резекции нижней челюсти по поводу саркомы с использованием дентальных имплантатов

**Резюме.** Вопросы лечения пациентов после резекции нижней челюсти остаются нерешенными, а именно восстановление анатомической целостности нижней челюсти, зубного ряда, полноценной функции и внешнего вида. На данном клиническом примере представлена возможность ортопедического лечения такого пациента с использованием дентальных имплантатов.

**Ключевые слова:** резекция челюсти, саркома, берцовая кость, костная пластика, дентальная имплантация, съемное протезирование

**Summary.** Issues of treatment of patients after resection of the mandible remain unresolved, namely, the restoration of the anatomical integrity of the lower jaw, dentition, full function and appearance. In this clinical example illustrates the ability of orthopedic treatment of a patient using dental implants.

**Key words:** resection of the jaw, sarcoma, tibia, bone grafting, dental implants, removable dentures

Одним из типов новообразований нижней челюсти является саркома — злокачественная опухоль соединительнотканной этиологии. Челюстно-лицевая саркома — редкое, но весьма опасное заболевание, требующее самой серьезной и неотложной терапии.

Саркому дифференцируют на первичную — самостоятельную, и вторичную — появившуюся в результате прорастания метастазов из других очагов новообразований. Причины первичной саркомы нижней челюсти могут быть как внутренние — хронические воспалительные процессы в твердых тканях, так и внешние — травма кости. Вторичная форма саркомы встречается чаще у женщин и развивается на фоне рака молочных желез, щитовидной железы, надпочечников. Сама саркома, ввиду очень интенсивного течения заболевания, метастазирует редко, в основном гематогенным путем, не оставляя регионарных очагов.

Основным методом лечения заболевания является хирургическое удаление поврежденных тканей. Почти все виды саркомы являются радиорезистентными. Поэтому консервативная медицина, в том числе лучевая и химиотерапия, признана практически неэффективной и используется как вспомогательная мера для закрепления послеоперационного результата [3, 5].

Оперативное лечение саркомы предполагает резекцию нижней челюсти — иссечение органа в пределах здоровых тканей, которое бывает следующих видов:

- **резекция с нарушением непрерывности нижней челюсти или без такового;**

- **сегментарная или половинная резекция с вычленением — экзартикуляцией — зараженного фрагмента;**
- **широкая резекция нижней челюсти с захватом мягких тканей.**

Выбор конкретного метода удаления осуществляет хирург, принимая во внимание вид саркомы, ее локализацию, площадь очага поражения и наличие метастазов, возраст и общее состояние больного.

Операция по удалению саркомы нижней челюсти любым из представленных видов достаточно сложная и травматичная. Проводят ее под эндотрахеальным наркозом при одновременном переливании крови и кровезамещающих жидкостей. Предварительно на основе клинических и морфологических данных, а также результатов рентгенографии продумывается способ крепления костей челюсти, оставшихся после вычленения пораженного сегмента, принимается решение о возможности первичной пластики. При этом одномоментная пластика считается уместной лишь в том случае, если она не производится в ущерб радикальному иссечению больных тканей. Более того, некоторые специалисты пластическую коррекцию челюсти после ее резекции рекомендуют проводить не раньше чем через два года после операции в случае отсутствия рецидивов. Этот период необходим не только для наблюдения за течением основного заболевания, проведения профилактических процедур, но и для восстановления регенеративных функций тканей, ослабленных предшествующей терапией. В противном случае, трансплантат





Рис. 4. Протез в полости рта пациента



Рис. 5. Ортопантомограмма через 12 месяцев после лечения

надежной фиксации съемного протеза было принято решение использовать балочную конструкцию протеза с опорой на имплантатах. Для исключения ошибки при снятии оттиска зубные техники изготовили каркас балки из пластмассы (pattern resin), которая была припасована в полости рта до изготовления самой балки. После примерки и убеждения в правильном позиционировании

конструкции, было принято решение об изготовлении балки. Балка была изготовлена по CAD/CAM-технологии методом фрезерования. В дистальных отделах балки были установлены 2 замка (аттачмента).

На этапе примерки балки был изготовлен прикусной шаблон с окклюзионными валиками для определения центрального соотношения. Центральное соотношение челюстей было определено анатомо-физиологическим способом.

После загипсовки модели в артикулятор техник приступил к изготовлению супраконструкции съемного протеза с искусственными зубами. Затем произвели проверку конструкции съемного протеза в полости рта. После проверки конструкции протеза в полости рта и представлении ее пациенту, техник приступил к изготовлению непосредственно самого протеза. После чего была произведена винтовая фиксация балки и индивидуальных абатментов к имплантатам. Проведены припасовка и наложение самого съемного протеза (рис. 4).

Пациенту были даны рекомендации по гигиене полости рта и уходу за протезом. К настоящему времени срок использования протеза составляет 12 месяцев (рис. 5).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На данном клиническом примере продемонстрирована возможность использования дентальной имплантации в малоберцовую кость, замещающую дефект нижней челюсти, что позволяет восстановить функцию и эстетику зубочелюстного комплекса.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. — М.: Медицина, 1983. — 416 с.
2. Утюж А.С., Адмакин О.И., Лушков Р.М. Рекомендации по диагностике и лечению периимплантита. — Успехи современной науки и образования. — 2016; 7: 20—5.
3. Кочурова Е.В., Николенко В.Н., Деменчук П.А., Утюж А.С. и др. Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области. — Кубанский научный медицинский вестник. — 2015; 2 (151): 88—93.

4. Тесевиц Л.И., Хомич С.Ф. Планирование восстановительных операций в челюстно-лицевой области. Показания и противопоказания: учебно-методическое пособие. — Минск: БГМУ, 2009. — 29 с.

5. Loktionova M.V., Zhakhbarov A.G., Yumashev A.V., Utyuzh A.S., Nefedova I.V. Rehabilitation of patients with total mandible defects. — *The USA Journal of Applied Sciences*. — 2016; 2: 10—2.