

УДК: 617.51:617.53-006-039.74

БОШ, БЎЙИН, ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИДА НУҚСОНЛАРИ БЎЛГАН САРАТОНГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ

Убайдуллаев Хамидулла Асатуллаевич,

тиббиёт фанлари номзоди, «Онкология ва стоматология» кафедрасининг илмий ходими, Россия ва Ўзбекистон Республикаси онкологлари ва стоматологлари уюшмаси аъзоси;

Ғаффаров Суннатулла Амруллаевич,

тиббиёт фанлари доктори, профессор, «Стоматология, болалар стоматологияси ва ортодонтикаси» кафедраси мудири;

Ғафур-Охунов Мирза-Али Аллаярович,

тиббиёт фанлари доктори, профессор, «Онкология» кафедраси мудири

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти,

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Аннотация. Муаллифлар жарроҳлик операцияларидан кейин юз-жағ соҳасидаги нуқсонларни реабилитация даволаш самарадорлигини ўрганиб, нуқсонни бартараф этиш учун мураккаб эндо- ва экзоортопедик протезлардан фойдаланганлар. Жарроҳлик амалиётидан сўнг юз-жағ соҳасида хавфли ўсмалари бўлган беморларни реабилитация қилиш жараёнида комплекс протезлаштириш усули ишлаб чиқилган ва жорий қилинган. Юз-жағ соҳасида нуқсонлари бўлган 107 нафар саратон касаллиги билан оғриган беморларнинг касаллик тарихи ва амбулатор карталари таҳлил қилинди, уларда протезлашнинг турли усуллари қўлланилди. Тадқиқот натижаларига кўра, полиуретан пластмассадан фойдаланган ҳолда юз-жағ соҳасида нуқсонларни комплекс протезлаштириш методикаси яхшиланди, бу эса жарроҳлик кунда ҳимоя пластиналарини ишлаб чиқиш имконини беради. Кенг қамровли реабилитациядан сўнг хавфли ўсмалар ва юз-жағ соҳасида нуқсонлари бўлган беморлар доктор Корниевскийнинг ўлчови бўйича 80-85% гача соғаядилар.

Таянч тушунчалар: саратонга чалинган беморлар, реабилитация, юз-жағ соҳаси нуқсонлари, эндо-ва экзоортопедия протезлар.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ГОЛОВЫ, ШЕИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Убайдуллаев Хамидулла Асатуллаевич,

кандидат медицинских наук, научный сотрудник кафедры «Онкология и стоматология», член Ассоциации онкологов и стоматологов России и Республики Узбекистан;

Ғаффаров Суннатулла Амруллаевич,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой «Стоматология, детская стоматология и ортодонтия»;

Ғафур-Ахунов Мирза-Али Аллаярович,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой «Онкология»

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский

специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Аннотация. Авторами изучена эффективность реабилитационного лечения дефектов челюстно-лицевой области после хирургических операций при использовании сложных эндо- и экзо- ортопедических аппаратов для устранения дефекта. Разработан и внедрен метод комплексного протезирования при реабилитации больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области после хирургического лечения. Проведен анализ истории болезни и амбулаторных карт 107 онкологических больных с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, которым были выполнены различные методы протезирования. По результатам исследования усовершенствована методика комплексного протезирования дефектов челюстно-лицевой области с использованием полиуретановых пластиков, что позволяет изготавливать защитные пластины в день операции. При комплексной реабилитации пациенты со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области выздоравливают до 80-85% по шкале доктора Корниевского.

Ключевые слова: онкологические больные, реабилитация, дефекты челюстно-лицевой области, эндо- и экзо- ортопедические аппараты.

REHABILITATION OF ONCOLOGIC PATIENTS WITH HEAD, NECK AND MAXILLOFACIAL DEFECTS

Ubaydullaev Khamidulla Asatullaevich,

Candidate of Medical Sciences. Chair of Oncology and Stomatology, researcher, Member of Association of Oncologists and Dentists of Russia and Republic of Uzbekistan;

Gaffarov Sunnatullo Amrulloevich,

Professor, Head of Stomatology, Pediatric Dentistry and Orthodontics Department, Chair of Stomatology

Gafur-Akhunov Mirza-Ali Aliyarovich,

MD, Professor, Head of Oncology Department

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology

Abstract: The article reviews the efficacy of the rehab course of treatment on maxillofacial area after surgery operations using complex endo- and exo-orthopedic instruments for removal of defects. A method of complex prosthesis was developed and introduced for the rehabilitation of patients with malignant tumors in the upper-jaw area after surgeries. The analysis of the medical history and outpatient records of 107 oncological patients with postoperative defects of maxillofacial area has been carried out, those undergone various prosthesis methods. According to the results of the study the methodology of the complex prosthesis of defects on the upper-jaw area, using polyurethane plastic materials was improved, which enables making protective plates on the day of surgery. Due complex rehabilitation, patients with malignant tumors and defects in the maxillofacial area recover up to 80-85% according to Dr. Kornievsky's scale.

Keywords: oncological patients, rehabilitation, defects of maxillofacial area, endo- and exo-orthopedic instruments.

Введение

Результаты реабилитационного лечения больных с дефектами челюстно-лицевой области (ЧЛО) получены путем динамического наблюдения, оценивались состоянием основного заболевания и степенью функциональной и косметической эффективности эндо- и экзо-протезов ортопедических

аппаратов (имеется 2 патента IP-CENTER, свидетельства № 000875 и № 000876 – 09.09.2018).

Комплексная реабилитация больных с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области приобретает особую важность в связи с все более эффективным применением средств радикального лечения,

например, с использованием лучевого, химиотерапевтического, гипертермического и других методов воздействия, позволяющих увеличить продолжительность жизни пациентов [3, 7, 8, 9, 10].

Поэтому разработка вопросов повышения эффективности не только хирургического, но и реабилитационного и ортопедического лечения данной категории больных имеет актуальное значение [1, 2, 4, 6, 7]. Послеоперационные дефекты челюстно-лицевой области, образовавшиеся в результате проведенных оперативных вмешательств, представляют собой тяжелую патологию, так как разрушение анатомических образований данной области приводит к нарушению функций жевания, глотания, речи, слуха, значительно искажает внешний вид больного и, как правило, влечет за собой тяжелое психическое состояние [2, 3, 4, 8]. В настоящее время для возмещения дефектов челюстно-лицевой области, образовавшихся после удаления злокачественных опухолей, широко применяется сложное протезирование, позволяющее в относительно короткие сроки восстановить утраченные функции полости рта и сохранить нормальный внешний вид больного.

При этом неизбежно встает вопрос о качестве жизни, связанный, в частности, с необходимостью применения комплексной реабилитации функциональных челюстно-лицевых эндо- и экзопротезов, устранения обширных дефектов косметическими путями и восстановления психо-социальной совместимости больного в обществе.

Цель исследования состоит в усовершенствовании реабилитационного лечения больных с дефектами челюстно-лицевой области путем разработки новых эндо- и экзопротезов ортопедических аппаратов.

Материалы и методы

Для достижения целей и выполнения задач исследования были использованы данные наблюдений над 107 онкологическими больными с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, которые применяли различные методы протезирования в клиниках Национального медицинского ис-

следовательского центра онкологии имени Н.Н. Блохина Министерства здравоохранения Российской Федерации и Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Материалом исследования послужили истории болезни и амбулаторные карты. Кроме обычных методов клинического исследования были использованы методы изучения влияния сложно-челюстного протезирования в сочетании с лучевой терапией, химиотерапией, локальной УВЧ-гипертермией на слизистую оболочку полости рта, иммунологическую реактивность и психоневрологическую резистентность организма.

Распределение больных по полу и возрасту. В исследовании приняли участие из общего количества больных – мужчины и женщины в возрасте от 20 до 70 лет.

Распределение больных по стадиям заболевания. Большинство исследуемых больных находились на III и IV стадиях заболевания, но также имели место случаи с больными I и II стадий.

Распределение больных по локализации заболевания и гистологическому строению опухоли. Рак, саркома, меланома, цилиндрома и прочие злокачественные опухоли составили основные виды гистологического строения опухоли.

Распределение больных по виду оперативного вмешательства и локализации послеоперационного дефекта: а) дефект правой верхней челюсти; б) дефект левой верхней челюсти; в) дефект обеих верхних челюстей; г) дефект верхней челюсти и обширный дефект глазницы и мягких тканей лица; д) дефект альвеолярного отростка нижней челюсти; е) дефект кожи носа и уха.

Определение клинической картины дефектов позволяло подойти к выбору метода их устранения. Для облегчения разработки программы комплексной реабилитации больные были распределены на 3 клинические группы: I группа – больные с дефектами верхней челюсти с интактным зубным рядом на оставшейся верхней челюсти (61

человек); II группа – больные с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях (43 человека); III группа – больные с обширными дефектами верхней челюсти, мягких тканей лица и полной вторичной адентии альвеолярного отростка на оставшейся верхней челюсти (3 человека).

Больные I и II группы имели наиболее благоприятные условия для фиксации съемных протезов с obturatorом. Больные III группы находятся в крайне неблагоприятных условиях для фиксации и стабилизации съемных протезов с obturatorом на мягких тканях лица.

Для применения сложных ортопедических аппаратов нами были рекомендованы следующие показания: ограниченные возможности пластической хирургии, сопутствующие заболеванию, наличие рубцово-измененной ткани вокруг послеоперационного дефекта, инфицированная рана; отказ больного от дальнейшего хирургического вмешательства; при отсроченном

пластическом вмешательстве, протез изготавливается на период подготовки пластического материала, по каким-либо причинам пластическая операция откладывается.

При протезировании дефектов верхней и нижней челюсти нами достигнуты следующие цели: 1) обеспечен самостоятельный прием пищи и сохранена функция речи сразу же после операции; 2) восстановлены в короткие сроки нарушенные функции полости рта.

Исходя из опыта протезирования основной группы больных после расширенной электрохирургической резекции верхней и нижней челюсти разработан поэтапный метод протезирования. Трехэтапная методика заключалась в следующем: во время хирургического вмешательства изготавливается предварительный протез – защитная пластина; на 10-15-е сутки после операции – формирующий протез; на 30-е сутки после операции – окончательный протез.

Каждый этап протезирования имеет свои цели и задачи. Задачи начального этапа



До реабилитации

После реабилитации

Рис. Изготовленный протез для одного из пациентов

ортопедического вмешательства, непосредственно на операционном столе, состоят в: обеспечении в послеоперационном периоде самостоятельного приема пищи и сохранении речи; создании надежного разобщения между раневой поверхностью и полостью рта; удержании тампонов с антисептиками в послеоперационной полости. Задачами второго этапа ортопедического вмешательства являются: улучшить утраченные функции жевания, глотания и дикции; предупредить развитие рубцовой деформации лица; создать адекватное ложе для обтурирующей части постоянного протеза. Задачи окончательного этапа протезирования: восстановить утраченные функции полости рта (жевание, глотание и речь); сохранить, по возможности, нормальный внешний вид лица.

Полученные результаты

Через 10-12 месяцев было проведено повторное протезирование 61 больному. 43 больных пользовались съемными протезами с obturatorом более 5 лет. Из-за возникших рецидивов 2-3 больным были изготовлены пластинчатые съемные протезы. Из-за подвижности зубов, расположенных по краю дефекта, в течение двух лет 17 больным были изготовлены новые протезы (рис.).

На 3-5 году жизни после операции 41 больному были изготовлены повторные съемные протезы с obturatorом. У этих больных не отмечалось уменьшение устойчивости опорных зубов. Это подтверждает необходимость целенаправленного формирования послеоперационной полости и использование ее для разгрузки опорных зубов.

Изготовление опорно-удерживающих протезов позволяет избежать перегрузки парадонта опорных зубов, перераспределяя нагрузку на ткани протезного ложа. Это подтверждается десятилетним наблюдением за 36 больными.

Выводы

Обтурирующая часть съемного протеза, заполняющая весь послеоперационный дефект верхней челюсти у онкологического больного, является индикатором объема послеоперационной полости. В 36,1% случаев obturatorная часть съемного протеза помогла выявить рецидивы челюстно-лицевой области на ранних сроках реабилитации и улучшить качество жизни больных.

При комплексных реабилитациях больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области восстанавливаются до 80-85% по шкале доктора Корниевского.

Источники и литература

1. Арутюнов А.С. Медико-организационные принципы оказания ортопедической стоматологической помощи больным с послеоперационными челюстно-лицевыми дефектами / А.С. Арутюнов, И.С. Кицул, И.Ю. Лебедеко // *Стоматология*. – 2011. – № 3. – С. 4-6.
2. Арутюнов А.С., Арутюнов С.Д. Совершенствование ортопедического стоматологического лечения больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза // *Ученые Записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. – 2015. – Том XXII. – № 2. – С. 45-49.
3. Асташина Н.Б. Комплексный подход к лечению больных с дефектами нижней челюсти / Н.Б. Асташина, С.И. Рапекта, Г.И. Рогожников // *Стоматология*. – 2012. – № 5. – С. 21-23.
4. Асташина, Н.Б. Обоснование возможности применения новых имплантационных систем на этапах комплексного лечения больных с дефектами челюстных костей / Н.Б. Асташина, Г.И. Рогожников // *Институт стоматологии*. – 2010. – Т. 46. – № 1. – С. 90-91.
5. Баринов С.М., Сергеева Н.С., Решетов И.В., Свиридова И.К., Кирсанова В.А., Комлев В.С., Филлюшин М.М. Реконструкция костных дефектов челюстно-лицевой зоны биокерамическими материалами у онкологических больных // *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена*. – 2013. – № 6. – С. 22-26.
6. Барышев В.В., Андреев В.Г., Акки Э.Д. Возможности реконструкции орбиты у онкологических больных (обзор литературы) // *Сибирский онкологический журнал*. – 2012. – № 5 (53). – С. 80-84.

7. De Martel C., Ferlay J., Franceschi S. *Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis // The Lancet Oncology.* – 2012. – Т.13. – Pp. 607-615.

8. Kochurova E., Nikolenko V. *Immunobiological indicators in oral cavity at stages of dental rehabilitation of patients with oncology disease // Российский стоматологический журнал.* – 2014. – № 4. – С. 200-202.

9. Mantri S.S. *Head and neck cancer. Prostodontic rehabilitation of asquired maxillofacial defects / S.S. Mantri, Z. Khan, M. Agulnil.* – Croatia: Intech, 2012. – Pp. 317-322.

Рецензент:

Абдуллаев Ш.Ю., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой
«Заболеваний челюстно-лицевой области и травматологии»

Ташкентского государственного стоматологического института.