

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Х.А. Убайдуллаев

Свободный соискатель кафедры стоматологии, детской стоматологии, ортодонтии

ЦРПКМР, Узбекистан г. Ташкент, ул. Бахор, 16-61, dr.khamid@mail.ru

Аннотация

В ходе реабилитации пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, определение клинической картины дефектов позволило подойти к выбору метода их устранения. Для облегчения разработки программы комплексной реабилитации больные были распределены на 3 клинические группы:

1-группа - больные с дефектами верхней челюсти с интактными зубным рядом на оставшейся верхней челюсти - 61 человек;

2-группа - больные с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях - 43 человека;

3-группа - больные с обширными дефектами верхней челюсти, мягких тканей лица и полной вторичной адентии альвеолярного отростка на оставшейся верхней челюсти - 3 человека.

Ключевые слова: онкологические больные, реабилитация, дефекты челюстно-лицевой области.

Rehabilitation of Oncological Patients with Defects of Maxillofacial Area

Ubaydullayev Kh. A.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, researcher. Address: 16-61 Bakhor Street, Tashkent, Uzbekistan. Email: dr.khamid@mail.ru

Rehabilitation of patients with malignant tumors and defects of the maxillofacial region allowed choosing the method for removing them. Patients were divided into three groups, depending on the localization of the defect:

Group 1 – patients with defects of the upper jaw with intact definition of the remaining upper jaw – 61 people; group 2- patients with defects of the upper and lower jaw with partial defect of definition of the remaining upper and lower jaw – 43 people; 3 group – patients with extensive defects of the upper jaw, facial soft tissues and full secondary adentia of the alveolar bone of the remaining upper jaw – 3 people.

Key words: oncological patients, maxillofacial, defects, rehabilitation.

Актуальность. Результаты реабилитационного лечения больных изучались путем динамического наблюдения и оценивались как состоянием основного заболевания, так и степенью функциональной и косметической эффективности эндо- экзо- ортопедических аппаратов. Реабилитация больных раком челюстно-лицевой области приобретает все большее значение в связи с тем, что продолжительность жизни после проведенного лечения неуклонно возрастает. Поэтому разработка вопросов повышения эффективности не только хирургического, но и реабилитационного и ортопедического лечения данной категории больных имеет актуальное значение [1-2-4-6-7-8-9-11-13-15-17] 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.[3-5-10-12-14-16-18]. 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. Комплексная реабилитация больных с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области ныне приобретает особую актуальность в связи с всё более эффективным применением средств радикального лечения, например комплексного с использованием лучевого, химиотерапевтического, гипертермического и других методов воздействия, позволяющих увеличить продолжительность жизни пациентов [3-7-8-10-11-13-15-17]. При этом неизбежно встает вопрос о качестве жизни, связанной, в частности, с необходимостью применения комплексной реабилитации функциональных челюстно-лицевых эндо- и экзопротезов, устранения обширных дефектов косметическими путями и для восстановления психо-социальной совместимости больного в обществе.

Цель исследования: разработка и внедрение метода сложного протезирования при реабилитации после хирургического лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Из 107 онкологических больных с дефектами верхней челюсти 48,6% жили более 5 лет. Непосредственное протезирование было проведено 107 больным. Все они после операции удовлетворительно пользовались защитными пластинками. Последующее протезирование было проведено всем оперированным больным.

В течение года больные осматривались через 3-5 месяцев, и, при необходимости, проводилась коррекция съёмного протеза с obturatorом. Она сводилась к замещению освободившихся от костных секвестров мест заполнений мягкой пластмассой.

Полученные результаты.



До реабилитации



После реабилитации

Через 10-12 месяцев было проведено повторное протезирование 61 больным. 43 больных пользовались съёмными протезами с obturatorом более 5 лет. Из-за возникших рецидивов 2-3 больным были изготовлены пластинчатые съёмные протезы. Из-за подвижности зубов, расположенных по краю дефекта, в течение двух лет 17 больным были изготовлены новые протезы. (рис .1-2)

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

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

Результаты исследования.

1. Усовершенствована методика сложного протезирования дефектов челюстно-лицевой области с применением полиуретановой пластмассы позволяет изготовить защитную пластинку в день операции, что улучшает результаты непосредственного ортопедического лечения.
2. Усовершенствован комплекс упражнений, комплекс артикуляционной гимнастики механотерапии, направленный на уменьшение тризма нижней челюсти и восстановления нарушенных функций жевания, глотания, дыхания, который позволяет сократить сроки изготовления онкологическим больным с дефектами челюстно-лицевой области формирующих протезов до 10-15 суток, окончательных протезов 26-30 суток.
3. Усовершенствованы оптимальные сроки реабилитационного лечения онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области.
4. Усовершенствована реабилитация онкологических больных со злокачественными опухолями с дефектами челюстно-лицевой области методом 3-х этапного сложного челюстно-лицевого протезирования.
5. Разработан метод сложного челюстно-лицевого протезирования после комплексного лечения с применением локальной УВЧ гипертермии.
6. Разработана усовершенствованная методика сложного протезирования трудоспособным пациентам, позволяющая приступать к активной трудовой деятельности через 12-13 месяцев после радикального лечения.
7. Применение комплекса лечебных мероприятий позволило:
 - повысить эффективность сокращения сроков реабилитации;
 - улучшить качество жизни онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области после протезирования;
 - увеличить продолжительность жизни больного.
8. Применение лечебной психофармакологической и психо-социальной реабилитации онкологических больных со злокачественными опухолями стабилизирует качество жизни больного.

Заключение. Obturiрующая часть съёмного протеза, заполняющая весь послеоперационный дефект верхней челюсти у онкологического больного, является индикатором объема послеоперационной полости. В 36,1% случаев obturiрующая часть

съёмного протеза помогла выявить рецидивы челюстно-лицевой области в ранние сроки реабилитации улучшает качество жизни больных.

Литература/References

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. Лебеденко // Стоматология. - 2011. - № 3. - 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, N0 2. – С.45-49.
3. Арутюнов А.С., Кицул И.С., Лебеденко И.Ю. Комплексный подход к реабилитации пациентов с челюстно-лицевыми дефектами // Вопросы челюстно-лицевой, пластической хирургии, имплантологии и клинической стоматологии. – 2011.- №5-6. стр
4. Арутюнов А.С., Седракан А.Н., Трефилов А.Г., Царева Т.В. Анализ первичной микробной адгезии и колонизации базисных пластмасс у онкологических пациентов с послеоперационными дефектами челюстей // Вопросы челюстно-лицевой, пластической хирургии, имплантологии и клинической стоматологии. – 2011. - №5-6. стр
5. Арутюнов А.С. Клинико-организационные основы повышения эффективности ортопедической стоматологической реабилитации онкологических больных с приобретенными дефектами верхней челюсти: Автореф. диссертации на соискание учёной степени д-ра мед. наук. - М., 2011. стр
6. 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.
7. 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.
8. Ахинян Э. К. Клинико-экспериментальное обоснование выбора имплантатов в реконструктивной хирургии орбиты // VI Международная научно-практическая конференция по реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. – Красногорск, 2014. стр
9. Баринов СМ., Сергеева Н.С., Решетов И.В., Свиридова И.К., Кирсанова В.А., Комлев В.С., Филюшин М.М. Реконструкция костных дефектов челюстно-лицевой зоны биокерамическими материалами у онкологических больных // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2013. - №6. – С. 22—26.
10. 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.
11. Boyes-Varley J.G., Howes D.G., Davidge-Pitts K.D., Brånemark P.I., McAlpine A.J. A new protocol for maxillary reconstruction following gunshot and oncology resection using zygomatic implants // Int. J. of Prosthodontics. - 2007 - № 20 - P. 521 - 531
12. Chau A.M.T., Mobbs R.J. Bone graft substitutes in anterior cervical discectomy and fusion. Eur. Spine J. 2009; 18: 449—64. doi: 10.1007/s00586-008-0878-4.
13. Chuchkov V. M. Medical rehabilitation of cancer patients with maxillary defects / V. M. Chuchkov, A. A. Kulakov, E. G. Matiakin, A. A. Akhundov, A. M. Mudunov, M.V. Chuchkov, SKh. Ataev // Stomatologiya (Mosk). – 2009. – № 88 (2). – P. 50–53.
14. 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. - T13. – P.607-615.
15. Dingman C. A., P. D. Hegedus, C. Likes, P. McDowell, E. McCarthy, C. Zwilling Coordinated multidisciplinary approach to caring for the patients with head and neck cancer // J. support oncol. – 2008. – Vol. 6. № 3. – P. 125–131.
16. Kaveh K., Ibrahim R., Bakar M.Z.A., Ibrahim T.A. Bone grafting and bone graft substitutes. J. Anim. Vet. Adv. 2010; 9: 1055—67. doi: 10.3923/javaa.2010.1055.1067.
17. Kochurova E., Nikolenko V. Immunobiological indicators in oral cavity at stages of dental rehabilitation of patients with oncology disease // Российский стоматологический журнал. -2014. - №4. стр 200-202
18. Mantri S. S. Head and neck cancer. Prostodontic rehabilitation of asquired maxillofacial defects / S. S. Mantri, Z. Khan, M. Agulnil. – Croatia: Intech, 2012. – p. 317–322.