

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-6>  
УДК: 616.716.1/2-617.52]-006.04-036.86-089.847

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



**Убайдуллаев Х.А., Гаффаров С.А.,  
Гафур-Ахунов М.А.**

*Республиканский онкологический научный центр,  
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

**Цель:** разработка и внедрение метода сложного протезирования при реабилитации больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области после хирургического лечения. **Материал и методы:** проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 107 онкологических больных с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, у которых применяли различные методы протезирования. **Результаты:** усовершенствованная методика сложного протезирования дефектов челюстно-лицевой области с применением полиуретановой пластмассы позволяет изготовить защитную пластинку в день операции, что улучшает результаты непосредственного ортопедического лечения. **Выводы:** при комплексной реабилитации больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области восстанавливаются до 80-85% по шкале доктора Корниевского, улучшается качество жизни больного.

**Ключевые слова:** онкологические больные, хирургическое лечение, послеоперационные дефекты челюстно-лицевой области, протезирование, полиуретановая пластмасса.

### Annotation

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:

1 group - patients with defects of the upper jaw with intact dentition of the remaining upper jaw - 68 people; 2 group - patients with defects of the upper and lower jaw with partial defect of dentition of the remaining upper

and lower jaw - 53 people; 3 group - patients with extensive defects of the upper jaw, facial soft tissues and full secondary adentia of the alveolar bone on the remaining upper jaw - 13 people.

### Аннотация

Реабилитация больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области позволило подойти к выбору метода их устранения. Сформированы 3 группы больных в зависимости от локализации дефекта:

1 группа - больные с дефектами верхней челюсти с интактным зубным рядом на оставшейся верхней челюсти - 68 человек; 2 группа - больные с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях. - 53 человека; и 3 группа - больные с обширными дефектами верхней челюсти, мягких тканей лица и полной вторичной адентии альвеолярного отростка на оставшейся верхней челюсти - 13 человек.

Реабилитация больных раком челюстно-лицевой области приобретает все большее значение потому, что продолжительность жизни после проведенного лечения неуклонно возрастает. В связи с этим разработка методов повышения эффективности не только хирургического, но и реабилитационного и ортопедического лечения данной категории больных приобретает особую актуальность [2,3,5,9].

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 больного [7,8].

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. Клинические наблюдения последних лет показали, что наиболее рациональной является трехэтапная методика протезирования больных этой категории [2-4].

Среди специалистов отсутствует единое мнение относительно конкретных сроков комплексной реабилитации. Также нет данных о влиянии сложных протезов на подлежащие ткани протезного поля у онкологических больных со злокачественной патологией.

Изучение заживления ран и восстановления трофики слизистой оболочки твердого неба на интактной полости верхней челюсти, а также влияния резекционных протезов из полиуретановой пластмассы необходимо для определения конкретных сроков протезирования после образовавшихся послеоперационных дефектов.

Оценка особенностей течения регенерационных процессов является важным моментом в понимании действия резекционных протезов на подлежащие ткани протезного ложа у онкологических больных, так как до настоящего времени некоторые авторы считают, что неумелое использование резекционных протезов может привести к развитию предраковых заболеваний и рецидиву опухоли [1-3,5].

В то же время в массовой практике сложного челюстно-лицевого протезирования прочно сохраняется механистическая фиксация протезов при медицинской помощи. В подавляющем большинстве случаев протезы изготавливаются без учета индивидуальной реакции тканей протезного поля и организма на сам протез и применяемые протезные материалы. Такой подход к сложному протезированию обусловлен не только ограниченным выбором протезных материалов, но и недостаточностью теоретической разработки данной проблемы [4,-6].

Комплексная реабилитация больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области приобретает особую актуальность в связи с более эффективным применением средств радикального лечения, например, комплексного с использованием лучевого, химиотерапевтического, гипертермического и других методов воздействия, позволяющих увеличить продолжительность жизни пациентов [1,2,5,7,10].

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 психосоциальной совместимости больного в обществе.

### Цель исследования

Разработка и внедрение метода сложного протезирования при реабилитации больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области после хирургического лечения.

### Материал и методы

Материалом для исследования послужили истории болезни и амбулаторные карты 107 онкологических больных с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, у которых применяли различные методы протезирования. Больные находились на лечении в клиниках РОНЦ и ТашИУВ.

Кроме обычных методов клинического исследования, использованы методы изучения влияния сложного челюстного протезирования в сочетании с лучевой терапией; эффективности химиотерапии, иммунологической реактивности и психоневрологической резистентности организма.

В исследовании были включены мужчины и женщины, больные раком, в возрасте от 20 до 70 лет. У большинства пациентов была III и IV стадии заболевания,

но также были больные с I и II стадиями. По гистологическому строению у этих больных диагностированы рак, саркома, меланома, цилиндрома и пр.

Послеоперационный дефект у больных локализовался изолированно в правой и левой верхней челюстях, встречались дефекты обеих верхних челюстей; дефекты верхней челюсти и обширный дефект глазницы и мягких тканей лица; дефекты альвеолярного отростка нижней челюсти; дефекты кожи носа и уха.

Определение клинической картины дефектов позволило выбрать наиболее адекватный метод их устранения.

Для облегчения разработки программы комплексной реабилитации больные были разделены на три группы: 1-я группа – 68 больных с дефектами верхней челюсти с интактным зубным рядом на оставшейся верхней челюсти; 2-я группа – 53 пациента с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях; 3-я группа – 13 человек с обширными дефектами верхней челюсти, мягких тканей лица и полной вторичной адентии альвеолярного отростка на оставшейся верхней челюсти.

Больные 1-й и 2-й групп имели более благоприятные условия для фиксации съемных протезов с обтуратором. Больные 3-й группы находились в крайне неблагоприятных условиях для фиксации и стабилизации съемных протезов с обтуратором на мягких тканях лица.

Сложные ортопедические аппараты могут применяться по следующим показаниям:

- ограниченные возможности пластической хирургии, сопутствующие заболевания, 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, или по каким-либо причинам пластическая операция откладывается.

При протезировании дефектов верхней и нижней челюсти преследовались следующие цели:

- обеспечить самостоятельный прием пищи и сохранить функции речи сразу же после операции;
- восстановить как можно раньше нарушенные функции полости рта.

Исходя из опыта протезирования больных основной группы после расширенной электрохирургической резекции верхней и нижней челюстей 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.

**Задачами начального этапа** ортопедического вмешательства непосредственно на операционном столе являются:

- обеспечение в послеоперационном периоде самостоятельного приема пищи и сохранение речи;
- создание надежного разобщения между раневой поверхностью и полостью рта;
- удержание тампонов с антисептиками в послеоперационной полости;
- **Задачами второго этапа** ортопедического вмешательства являются:
- улучшение утраченных функций жевания, глотания и дикции;
- предупреждение развития рубцовой деформации лица;
- создание адекватного ложа для obtурирующей части постоянного протеза.

**Задачи окончательного этапа** протезирования: восстановление утраченных функций полости рта (жевание, глотание и речь); сохранение по возможности нормального внешнего вида лица.

### Результаты исследования

Усовершенствованная методика сложного протезирования дефектов челюстно-лицевой области с применением полиуретановой пластмассы позволяет изготовить защитную пластинку в день операции, что улучшает результаты непосредственного ортопедического лечения.

Усовершенствован комплекс упражнений, комплекс артикуляционной гимнастики, механотерапии, направленный на уменьшение тризма нижней челюсти и восстановление нарушенных функций жевания, глотания, дыхания, который позволяет сократить сроки изготовления онкологическим больным с дефектами челюстно-лицевой области формирующих протезов до 10-15 суток, а окончательных протезов – до 26-30 суток.

Усовершенствованы оптимальные сроки реабилитационного лечения онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области.

Усовершенствована реабилитация онкологических больных со злокачественными опухолями с дефектами челюстно-лицевой области методом трехэтапного сложного челюстно-лицевого протезирования.

Разработан метод сложного челюстно-лицевого протезирования после комплексного лечения с применением локальной УВЧ-гипертермии.

Разработана усовершенствованная методика сложного протезирования трудоспособным пациентам, позволяющая приступать к активной трудовой деятельности через 12-13 месяцев после радикального лечения.

Применение комплекса лечебных мероприятий позволило:

- сократить сроки реабилитации;
- улучшить качество жизни онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области после протезирования;

- увеличить продолжительность жизни больного.

Применение лечебной психофармакологической и психосоциальной реабилитации онкологических больных со злокачественными опухолями стабилизирует качество жизни больного.

Таким образом, при комплексной реабилитации больные со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области восстанавливаются до 80-85% по шкале доктора Корниевского, улучшается качество жизни больного.

### Список литературы

1. Мурашов М.А. Протезирование после резекции челюстей // 6-я Международная научно-практическая конференция по реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. – Красноярск, 2014.
2. Решетов И.В., Сергеева Н.С., Поляков А.П. и др. Клиническое наблюдение реконструкции костного дефекта челюстно-лицевой зоны сложным индивидуальным композитным эндопротезом // Онкология. Журн. им. П.А. Герцена. – 2014. – №3 (6). – С. 51-55.
3. Светицкий П.В., Забалуева Л.М. Сложное протезирование больных с опухолями верхней и Свордз Грег А., Ноубл Эрон М. Черепно-лицевой имплант /Заявка на изобретение № 2008152069. Бюл. № 20 от 20.07.2010.
4. Чучков В.М., Кулаков А.А., Матякин Е.Г. Медицинская реабилитация онкологических больных с дефектами верхней челюсти // Стоматология. – 2009. – №2. – С. 50-53.
5. Чиссов В.И., Панченко В.В., Решетов И.В. и др. Планирование в реконструктивной онкохирургии челюстно-лицевой зоны // Совершенствование медицинской помощи при онкологических заболеваниях, включая актуальные проблемы детской гематологии и онкологии. Национальная онкологическая программа: Науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2009. – Т. 2. – С. 193.
6. Dingman C.A., Hegedus P.D., Likes C. et al. Coordinated multidisciplinary approach to caring for the patients will head and neck cancer // J. Supp. Oncol. – 2008. – Vol. 6, №3. – P. 125-131.
7. Kaveh K., Ibrahim R., Bakar M.Z.A., Ibrahim T.A. Bone grafting and bone graft substitutes // J. Anim. Vet. Adv. – 2010. – Vol. 9. – P. 1055-1067.
8. Kochurova E., Nikolenko V. Immunobiological indicators in oral cavity at stages of dental rehabilitation of patients with oncology disease // Рос/ стоматол. журн. – 2014. – №4.
9. Mantri S.S., Khan Z., Aguilnil M. Head and neck cancer. Prostodontic rehabilitation of asquired maxillofacial defects. – Croatia: Intech, 2012. – P. 317-322.
10. Oral health surveys. Basic methods. – Geneva: WHO, 2007. – 712 p.