

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-5>
УДК: 616.716.1/2-617.52]-006.04-036.86-089.847

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ



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

*Республиканский онкологический научный центр,
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Annotation

Determining the clinical presentation of defects 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

Определение клинической картины дефектов челюстно-лицевой области позволяло подойти к выбору метода их устранения. Сформированы 3 группы больных в зависимости от локализации дефекта:

1 группа - больные с дефектами верхней челюсти с интактными 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.

Цель: разработка мер по реабилитации пациентов после обширных (уродующих) операций в области головы и шеи, который включает этапы анатомического и функционального восстановления органов, а также

сложной психосоциальной реабилитации больного. **Материал и методы:** под наблюдением находились 107 онкологических больных с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, которым применяли различные методы протезирования в клиниках РОНЦ и ТашИУВ. **Результаты:** внедрение трехэтапной методики сложного протезирования дефектов челюстно-лицевой области; усовершенствование комплекса упражнений, артикуляционной гимнастики механотерапии, направленных на уменьшение тризма нижней челюсти и восстановление нарушенных функций жевания, глотания, дыхания, позволяет сократить сроки изготовления онкологическим больным с дефектами челюстно-лицевой области формирующих протезов до 10-15 суток, окончательных протезов – до 26-30 суток. **Выводы:** применение лечебной психофармакологической и психосоциальной реабилитации стабилизирует качество жизни онкобольного.

Ключевые слова: больные после обширных (уродующих) операций в области головы и шеи, функциональное восстановление органов, сложное протезирование, качество жизни.

Опухоли челюстно-лицевой области (ЧЛО) и шеи по частоте занимают одно из первых мест, причем наблюдается устойчивый рост заболеваемости злокачественными новообразованиями [11].

Эффективность клинического лечения напрямую зависит от ранней диагностики. Обычно 84% этих больных обращаются к врачам-отоларингологам, 9-10% – к стоматологам и лишь 5-6% – к онкологу. От их правильных действий этих специалистов зависит ранняя диагностика заболевания, но низкая настороженность амбулаторных врачей и сложность дифференциальной диагностики приводят к тому, что больные поступают в поздних стадиях заболевания [2,3].

Радикальное лечение онкологических больных дает надежду на полное излечение, при этом лучшие результаты можно получить при сочетании химиотерапии с лучевой и хирургическим лечением [6,8].

Операции на челюстно-лицевой области носят сложный, порой разрушительный характер в виде огромных обезображивающих дефектов, которые ведут к нарушению функций глотания, жевания, дыхания, речи; косметические изменения лица оказывают отрицательное влияние на их психику. Другой, не менее важной задачей является реабилитация пациентов, возвращение их в семью, в общество [2,3,6].

Эффективным методом ранней реабилитации этой категории больных является восполнение дефекта пластической реконструктивной операцией [1,4]. Наряду с реконструктивно-восстановительными операциями применяют ортопедическое лечение, так как пластика лица сопряжена с рядом трудностей, обусловленных особенностями лицевого скелета, инфицированием, снижением иммунитета и т.д., что дискредитирует вос-

становительную операцию и выдвигает на первый план ортопедическое лечение [5,7,10].

Разработан целый ряд конструкций зубочелюстных, челюстно-лицевых и лицевых протезов. Поиск и разработка простых аппаратов и протезов позволит провести эффективную ортопедическую реабилитацию. А раннее начало непосредственного протезирования позволит восстановить утраченные функции челюстно-лицевой области и изменить психическое состояние больного [1,4].

Цель исследования

Оценка эффективности реабилитационной помощи онкологическим больным с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области.

Термин «реабилитация» был принят Всемирной организацией здравоохранения в 1969 году и с тех пор получил широкое международное распространение. На сегодняшний день существует несколько определений реабилитации.

По определению Комитета экспертов ВОЗ, реабилитация – это комбинированное и координированное применение медицинских, просветительных, социальных, психологических и профессиональных мероприятий по обучению и переобучению инвалидов для достижения ими по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности.

Реабилитация – это система государственных, социально-экономических, психологических, медицинских, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, ведущих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду [7].

Задачей реабилитации является возвращение максимально большего числа больных и инвалидов в общество, к общественно-полезному труду, что является основным условием здорового и полноценного существования личности, так как болезнь меняет обычный образ жизни человека, он теряет возможность трудиться, осложняется положение в семье, нарушается процесс культурного и духовного общения. Больной страдает от болевых ощущений, порой нуждается в уходе, его тревожат последствия болезни [9,11].

Реабилитация строится на основании следующих принципов. Раннее начало реабилитационных мероприятий. Этапное лечение от начала возникновения заболевания до окончательного исхода. Преимущество и непрерывность лечения на всех этапах. Комплексный характер реабилитационных мероприятий, то есть использование всех средств, которыми располагает медицинская и социально-трудовая служба реабилитации. Индивидуализация реабилитационных мероприятий в каждом случае с учетом личностных особенностей больного [9].

Реабилитация онкологического больного требует знаний в области онкологии, физической реабилитации, социальной работы, психологии и менеджмента. Количественная оценка качества реабилитации онкоинвалида позволяет регулировать коррекцию реабилитационного процесса и разрешает провести реабилитацию из субъективных дисциплин в объективные.

Цель исследования

Разработка мер по реабилитации пациентов после обширных (уродующих) операций в области головы и шеи, который включает этапы анатомического и функционального восстановления органов, а также сложной психосоциальной реабилитации больного.

Материал и методы

Под наблюдением находились 107 онкологических больных с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, которым применяли различные методы протезирования в клиниках РОНЦ и ТашИУВ. В исследовании участвовали мужчины и женщины, больные раком, в возрасте от 20 до 70 лет.

Были использованы общепринятые методы клинического исследования, хирургические вмешательства, лучевая терапия; химиотерапия, иммунологическая реактивность и психоневрологическая резистентность организма, были использованы методы изучения влияния сложного челюстного протезирования.

Большинство больных находились в III и IV стадиях заболевания, но были пациенты и с I и II стадиями.

По гистологическому строению имели место рак, саркома, меланома, цилиндромы и другие злокачественные опухоли. У больных наблюдались дефекты правой и левой стороны верхней челюсти; дефект всей верхней челюсти; дефект верхней челюсти и обширный дефект глазницы и мягких тканей лица; дефект альвеолярного отростка нижней челюсти; дефект обеих верхних челюстей; дефект кожи носа и уха.

Определение клинической картины дефектов ЧЛЮ позволяло подойти к выбору метода их устранения. В зависимости от локализации дефекта больные были разделены на три группы: 1-я группа – 68 больных с дефектами верхней челюсти с интактными зубным рядом на оставшейся верхней челюсти; 2-я группа – 53 больных с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях; 3-я группа – 13 больных с обширными дефектами верхней челюсти, мягких тканей лица и полной вторичной адентии альвеолярного отростка на оставшейся верхней челюсти.

Результаты исследования

Наиболее благоприятные условия для фиксации съемных протезов с obturatorом были у больных 1-й и 2-й групп. В 3-й группе у больных были неблагоприятные условия для фиксации и стабилизации съемных протезов с obturatorом на мягких тканях лица.

В связи с тем, что у больных после хирургических вмешательств наблюдалось разное состояние послеоперационных дефектов, показания к сложному протезированию были разные. Наблюдались 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.

В реабилитационном периоде использование ортопедического протезирования проводилось для обеспечения самостоятельного приема пищи и сохранения функции речи сразу же после операции; для более раннего восстановления нарушенных функций полости рта.

Исходя из опыта протезирования, разработана трехэтапная методика использования протезов. Так, во время хирургического вмешательства изготавливается предварительный протез – защитная пластина; через 10-15 дней после операции изготавливается формирующий протез; в дальнейшем, в основном на 30-е сутки после операции – окончательный протез.

Каждый этап ортопедического вмешательства имеет свои цели и задачи. Так, непосредственно на операционном столе проведение начального протезирования заключается в обеспечении самостоятельного приема пищи и сохранения речи, при этом создаются условия для надежного разобщения между раневой поверхностью и полостью рта; а также удержания тампонов с антисептиками в послеоперационной полости. На втором этапе ортопедического вмешательства улучшаются утраченные функции жевания, глотания и дикции; идет предупреждение развития рубцовой деформации лица; создание адекватного ложа для obturating части постоянного протеза. Окончательный этап протезирования состоит в восстановлении утраченных функций полости рта (жевание, глотание и речь) и сохранении, по возможности, нормального внешнего вида лица.

Следовательно, реабилитационный послеоперационный период зависит не только от проводимых лечебных мероприятий, но и от настроения и состояния больных с онкологическим заболеванием.

Однако внедрение трехэтапной методики сложного протезирования дефектов челюстно-лицевой области; усовершенствование комплекса упражнений, артикуляционной гимнастики механотерапии, направленных на уменьшение тризма нижней челюсти и восстановление нарушенных функций жевания, глотания, дыхания, позволяет сократить сроки изготовления онкологическим больным с дефектами челюстно-лицевой области формирующих протезов до 10-15 суток, окончательных протезов – до 26-30 суток. Применение лечебной психофармакологической и психосоциальной реабилитации стабилизирует качество жизни онкобольного.

Таким образом, усовершенствованная методика сложного протезирования трудоспособным пациентам позволяет приступать к активной трудовой деятельности через 12-13 месяцев после радикального лечения. Реабилитационные мероприятия позволяют улучшить качество жизни онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области после протезирования; больные восстанавливаются до 80-85% по шкале доктора Корниевского; увеличиваются продолжительность и качество жизни больного.

Список литературы

1. Арутюнов А.С., Кицұл И.С., Лебедеко И.Ю. Комплексный подход к реабилитации пациентов с челюстно-лицевыми дефектами // *Вопр. челюстно-лицевой, пласт. хирургии, имплантол. и клин. стоматол.* – 2011. – №5-6.
2. Арутюнов А.С. Клинико-организационные основы повышения эффективности ортопедической стоматологической реабилитации онкологических больных с приобретенными дефектами верхней челюсти: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2011.
3. Асташина Н.Б., Рапекта С.И., Рогожников Г.И. Комплексный подход к лечению больных с дефектами нижней челюсти // *Стоматология.* – 2012. – №5. – С. 21-23.
4. Баринов С.М., Сергеева Н.С., Решетов И.В. и др. Реконструкция костных дефектов челюстно-лицевой зоны биокерамическими материалами у онкологических больных // *Онкология. Журн. им. П.А. Герцена.* – 2013. – №6. – С. 22-26.
5. Барышев В.В., Андреев В.Г., Акки Э.Д. Возможности реконструкции орбиты у онкологических больных (обзор литературы) // *Сибирский онкол. журн.* – 2012. – №5 (53). – С. 80-84.
6. Boyes-Varley J.G., Howes D.G., Davidge-Pitts K.D. et al. A new protocol for maxillary reconstruction following gunshot and oncology resection using zygomatic implants // *Int. J. of Prosthodont.* – 2007. – Vol. 20. – P. 521-531.
7. Chuchkov V.M., Kulakov A.A., Matiakin E.G. et al. Medical rehabilitation of cancer patients with maxillary defects // *Stomatologia (Mosk.).* – 2009. – Vol. 88, №2. – P. 50-53.
8. de Martel C., Ferlay J., Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis // *Lancet Oncol.* – 2012. – T. 13. – P. 607-615.
9. Dingman C.A., Hegedus P.D., Likes C. et al. Coordinated multidisciplinary approach to caring for the patients with head and neck cancer // *J. Sup. Oncol.* – 2008. – Vol. 6, №3. – P. 125-131.
10. Kochurova E., Nikolenko V. Immunobiological indicators in oral cavity at stages of dental rehabilitation of patients with oncology disease // *Рос. стоматол. журн.* – 2014. – №4.
11. Mantri S.S., Khan Z., Agulnil M. Head and neck cancer: Prostodontic rehabilitation of asquired maxillofacial defects. – Croatia: Intech, 2012. – P. 317-322.