

Bilateral ophthalmic hypertension after installation of intravascular implant-streaming stent in the left internal carotid artery in the projection of the cervical aneurysm

Imshenetskaya T.A., Ermak O.A.,
Tuychibaeva D.M., Yangieva N. R.

A clinical case of the development of bilateral ophthalmic hypertension after the installation of an intravascular implant – a flow stent in the left internal carotid artery in the projection of the aneurysm neck is described, which may be of interest not only to ophthalmologists, but also confirms the importance of an interdisciplinary approach in the surgical treatment of supraclinical aneurysm (internal carotid artery aneurysm), which implies the mandatory awareness of neurosurgeons, vascular surgeons, ophthalmologists about possible sensations from the organ of vision.

Key words: aneurysms of the supraclinical part of the internal carotid artery, ophthalmic hypertension, intraocular pressure.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-4-28>

УДК: 616.717.8/.617.52-006-053.1-007]-003.9

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



Убайдуллаев Х.А., Гаффоров С.А.,
Гафур-Ахунув М.А.

*Республиканский специализированный научно-практический
центр онкологии и радиологии*

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель: усовершенствование реабилитационного лечения больных с дефектами челюстно-лицевой области путем разработки новых эндо-экзоортопедических аппаратов. **Материал и методы:** проанализированы результаты лечения 107 онкологических больных с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, у которых применяли различные методы. **Результаты:** При комплексной реабилитации восстановления по шкале доктора Кор-

ниевского удается добиться у 80-85% больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области. **Выводы:** полученные результаты могут использоваться в практической стоматологии, онкостоматологии, онкопсихологии, в клиниках, онкологических отделениях головы и шеи, поликлиниках, а также в учебном процессе в медицинских институтах.

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

Юқори жағ нуксонлари бор онкологик касалларнинг реабилитациясининг бевосита ва узок муддатли натижалари
Комплекс реабилитация тузиш программасини ишлаб чиқиш учун 3та клиник гуруҳга бўлинди:

1-Гуруҳ касаллари-юқори жағ соҳасидаги нуксон унча катта бўлмаган ва 5-6 та тишлар бўлган холда – 61 та касал

2-Гуруҳ касаллари юқори жағ ва пастки жағ соҳасидаги нуксонлари ва тишлари қисман борлиги-43 та касал

3-Гуруҳ касаллари Юз-жағ соҳасидаги катта нуксон бор юз терисини бузулиши ва тишларининг йўқлиги -3 та касал

Калит сўзлар: онкологик касаллар, юз ва жағ нуксонлари, реабилитация.

Immediate and long-term results of rehabilitation of oncological patients with upper jaw defects

Ubaidullaev H.A., Gaffarov S.A., Gafur-Akhunov M.A.
Republican specialized scientific and practical center of oncology and radiology

Summary. 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.

Результаты реабилитационного лечения больных изучались путем динамического наблюдения и оценивались в зависимости от состояния, обусловленного основным заболеванием, и степени функциональной и косметической эффективности эндо-экзоортопедических 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 является актуальной проблемой [1, 2, 4-7].

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 [2-4,8]. 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. Комплексная реабилитация больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области 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, 9].

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

Цель исследования

Усовершенствование реабилитационного лечения больных с дефектами челюстно-лицевой области путем разработки новых эндо-экзоортопедических аппаратов.

Материал и методы

Для достижения цели и выполнения задач исследования были использованы данные наблюдения за 107 онкологическими больными с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, у которых применяли различные методы протезирования в клинике РОНЦ МЗ Российской Федерации и РОНЦ МЗ Республики Узбекистан. Материалом для исследования послужили истории болезни и амбулаторные карты. Кроме обычных методов клинического исследования, использовали методы сложночелюстного протезирования в сочетании с лучевой терапией, химиотерапии с локальной УВЧ-гипертермией, изучено влияние их на слизистую оболочку полости рта, иммунологическую реактивность и психоневрологическую резистентность организма.

В исследовании приняли участие мужчины и женщины в возрасте от 20 до 70 лет. Большинство пациентов находились на III и IV стадиях заболевания, но также были больные с I и II стадиями. Распределение больных в зависимости от локализации и гистологического строения опухоли, показало, что в основном встречались рак, саркома, меланома, цилиндрома и пр. Больные были разделены также в зависимости от вида оперативного вме-

шательства и локализации послеоперационного дефекта: дефект правой верхней челюсти, дефект левой верхней челюсти, дефект обеих верхних челюстей, дефект верхней челюсти и обширный дефект глазницы и мягких тканей лица, дефект альвеолярного отростка нижней челюсти, дефект кожи носа и уха.

Определение клинической картины дефектов позволяло подойти к выбору метода их устранения.

Для облегчения разработки программы комплексной реабилитации больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – 61 больной с дефектами верхней челюсти с интактными зубным рядом на оставшейся верхней челюсти, 2-я группа – 43 больных с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях, 3-я группа – 3 больных 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 наиболее благоприятные условия для фиксации съемных протезов с obturatorом. Больные 3-й группы были в крайне неблагоприятных условиях для фиксации и стабилизации съемных протезов с obturatorом на мягких тканях лица.

Для применения сложных ортопедических аппаратов 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, или по каким-либо причинам пластическая операция откладывается.

При протезировании дефектов верхней и нижней челюсти нами были достигнуты следующие цели:

- обеспечение самостоятельного приема пищи и сохранение функции речи сразу же после операции;
- восстановление как можно раньше нарушенных функций полости рта.

С учетом 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 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 поверхно-

стью 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

Через 10-12 месяцев повторное протезирование проведено у 61 больного. 43 больных пользовались съёмными протезами с obtуратором 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 2-х лет 17 больным были изготовлены новые протезы (рис. 1, 2).

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

Изготовление опорно-удерживающих проволочных кламмеров позволяет избежать перегрузки пародонта опорных зубов путем перераспределения нагрузки на ткани протезного ложа. Это подтверждается десятилетним наблюдением за 36 больными.

Выводы

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

obtурирующая часть съёмного протеза помогла выявить рецидивы челюстно-лицевой области в ранние сроки реабилитации.

2. При комплексной реабилитации восстановления по шкале доктора Корниевского удается добиться у 80-85% больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области.

3. Полученные результаты могут быть использованы в практической стоматологии, онкостоматологии, онкопсихологии, в клиниках, онкологических отделениях головы и шеи, поликлиниках, а также в учебном процессе в медицинских институтах.

Литература

1. Арутюнов А.С., Арутюнов С.Д. Совершенствование ортопедического стоматологического лечения больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза // Учен. записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – Т. XXII, №2. – С. 45-49.
2. Арутюнов А.С., Кицул И.С., Лебедеко И.Ю. Медико-организационные принципы оказания ортопедической стоматологической помощи больным с послеоперационными челюстно-лицевыми дефектами // Стоматология. – 2011. – №3. – С. 4-6.
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. Асташина Н.Б., Рогожников Г.И. Обоснование возможности применения новых имплантационных систем на этапах комплексного лечения больных с дефектами челюстных костей // Институт стоматологии. – 2010. – Т. 46, №1. – С. 90-91.
5. 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.
6. 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.
7. de Martel C., Ferlay J., Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis // Lancet Oncol. – 2012. – Т. 13. – P. 607-615.
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. – С. 200-202.
9. Mantri S.S., Khan Z., Agulnil M. Head and neck cancer. Prostodontic rehabilitation of asquired maxillofacial defects. – Croatia: Intech, 2012. – P. 317-322.



Рис. Внешний вид больной до (а) и после (б) реабилитации.