

## Комплексная реабилитация онкостоматологических больных после резекции верхней челюсти

**Нуриева Н.С.** – к. м. н., кафедра стоматологии Челябинской государственной медицинской академии, отделение опухолей головы и шеи Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, г. Челябинск

**Филимонова О.И.** – д. м. н., кафедра стоматологии Челябинской государственной медицинской академии, отделение опухолей головы и шеи Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, г. Челябинск

**Васильев Ю.С.** – к. м. н., кафедра стоматологии Челябинской государственной медицинской академии, отделение опухолей головы и шеи Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, г. Челябинск

### The complex rehabilitation of cancer patients after maxillectomy Nurieva N.S., Filimonova O.I., Vasilyev Y.S.

#### Резюме

Радикальные хирургические операции по поводу новообразований верхней челюсти приводят к выраженным косметическим и функциональным нарушениям, требующим вмешательства стоматолога-ортопеда и пластического хирурга. Нами был проведен анализ эффективности комплексной реабилитации у 19 больных, получавших комбинированное лечение по поводу злокачественных новообразований верхней челюсти. Реабилитация включала в себя ортопедическую стоматологическую помощь и выполнение реконструктивно-пластических операций. В предоперационном периоде изготавливалась obtурационная пластина, которая устанавливалась во время операции. При необходимости выполнялась пластика нижней стенки орбиты и мягких тканей лица. В дальнейшем изготавливался формирующий и замещающий протез, заполнявший операционную полость и препятствовавший западению мягких тканей щеки. Длительность протезирования составляла от 3 до 6 месяцев. Анализ результатов: благодаря внедрению описанной программы реабилитации, нам удалось минимизировать функциональные и косметические дефекты, вызванные оперативным вмешательством.

**Выводы:** для достижения максимального реабилитационного эффекта, в планировании и осуществлении программы лечения больных опухолями верхней челюсти должны принимать участие стоматолог-ортопед и пластический хирург.

**Ключевые слова:** злокачественные новообразования, протезирование верхней челюсти, obtурационная пластина, формирующий протез, замещающий протез.

#### Summary

Surgical resection of maxilla usually results in functional and cosmetic disorders. Correction of the specified infringements assumes participation of the maxillofacial prosthodontist and plastic surgeon. Patients and methods. A retrospective view of 19 patients underwent radical maxillectomy with complex rehabilitation that included prosthodontic rehabilitation and plastic surgery was performed. The process of prosthodontic rehabilitation was consist of three stages. The obturator is fabricated preoperatively and established during the surgery at the completion of resection to isolate the wound from the oral cavity. For 10-14 day after surgery the interim maxillary prosthesis is made. Depending on healing process a definitive maxillary prosthesis is manufactured and established to support the soft tissues of the cheek. Duration of full prosthodontic rehabilitation was from 3 to 6 months. Results. The obturator established during the surgery allows all the patients to speak and swallow without the nasogastric tube in early postoperative period. Creation of an interim and definitive maxillary prosthesis has prevented expressed facial asymmetry.

**Conclusions.** Prosthodontic rehabilitation and plastic surgery should be an obligatory component of maxilla cancer patients rehabilitation allows to avoiding early and late disorders of the maxillectomy.

**Keywords:** prosthodontic rehabilitation, obturator, interim maxillary prosthesis, definitive maxillary prosthesis.

## Введение

Злокачественные новообразования верхней челюсти относятся к редким видам опухолей и представляют собой достаточно разнородную группу по морфологической принадлежности. Вместе с тем, подходы к лечению больных с опухолями данной локализации остаются стандартными и включают в себя комбинацию лучевой терапии и хирургического лечения.

Радикальные хирургические вмешательства по поводу новообразований верхней челюсти как правило приводят к нарушению глотания, речевому, выраженной асимметрии лица и длительному нахождению на зондовом питании. В связи с этим, важную роль в коррекции указанных нарушений играют не столько онкологи, сколько смежные специальности.

Наиболее важным компонентом реабилитации больных с опухолями верхней челюсти по праву можно считать стоматологическую ортопедическую помощь, направленную преимущественно на коррекцию функциональных расстройств. Устранение же косметических дефектов лица, возникших в процессе лечения, возможно благодаря участию пластического хирурга.

Нельзя отрицать тот факт, что современная медицина располагает достаточно широким спектром возможностей как в плане лечения, так и в плане реабилитации онкостоматологических больных. Вместе с тем, корректность назначения тех или иных мероприятий и, соответственно, качество жизни пациентов зависит от того, насколько полно осуществляется взаимодействие онкологов и смежных специалистов на этапе планирования этапов лечения и реабилитации.

## Материалы и методы

Нами были проанализированы результаты лечения 19 больных с опухолями верхней челюсти, в лечении и реабилитации которых помимо радиолога и хирурга-онколога принимали участие стоматолог-ортопед и пластический хирург. В исследуемой группе было 11 женщин и 8 мужчин. В зависимости от гистологической структуры распределение было следующим: плоскоклеточный рак – 15 случаев, остеобластокластома – 3 случая, шваннома – 1 случай. Все больные получали комбинированное лечение, включавшее в себя курс дистанционной гамма-терапии в традиционном режиме фракционирования в дозах 44-64 Гр с последующим хирургическим вмешательством.

При планировании хирургического этапа лечения, важным моментом было определение объема резекции костных структур лицевого скелета, поскольку это влияло на конструкцию протеза. Также на этапе планирования определялось количество и расположение фиксирующихся элементов.

Атипичная резекция верхней челюсти с сохранением скуловой кости и половины твердого неба выполнена у 5 пациентов (рис. 1 а,г - см. на обложке). Типичная резекция выполнена в 6 случаях (рис. 1 б,г). У оставшихся 4 больных выполнялись комбинированные операции с удалением нижней стенки орбиты, костей носа или субтотальной резекцией твердого неба (рис. 1 в,д). Необходимо отметить, что помимо вмешательства на костных структурах, комбинированные резекции сопровождалась удалением фрагмента мягких тканей и кожи средней зоны лица и или экзентерацией содержимого орбиты.

Перед операцией изготавливались гипсовые модели, на основе которых формировались obturatorные пластины (рис. 2а,б). Пластина устанавливалась непосредственно во время операции, после удаления верхней челюсти (рис. 2 в,г). На 10-14 сутки после операции изготавливали формирующий протез, частично замещавший послеоперационную полость и несущий на себе отсутствующий зубной ряд (рис. 3 д,е). По окончании эпителизации послеоперационной полости, в сроки от 3 до 6 месяцев, изготавливали формирующий протез, соответствующий по своей конфигурации удаленному фрагменту верхней челюсти. (рис. 3 ж,з)

Участие пластического хирурга требовалось при выполнении комбинированных резекций верхней челюсти с удалением нижней стенки орбиты и/или кожи и мягких тканей средней зоны лица (рис. 3а,б). В подобных ситуациях выполняли пластику нижнеорбитальной стенки и/или закрытие дефектов кожи локальными или дистанционными лоскутами (рис. 3г). Непосредственно на операции пациентам также устанавливалась obturatorная пластина (рис. 3в). В последующем, при изготовлении замещающего и формирующего протеза, учитывались индивидуальные особенности случая. (рис. 3 д,е,ж,з)

## Результаты и обсуждение

Описанная нами программа комплексной реабилитации онкостоматологических больных оказала значительное положительное влияние на качество жизни как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. В частности, установка пострезекционной пластины сразу после удаления опухоли позволила предотвратить такие выраженные функциональные дефекты как нарушение дикции и заброс содержимого ротовой полости в рану. Все больные после операции смогли внятно говорить и принимать пищу через рот, избегая тем самым необходимости нахождения на зондовом питании.

Выполнение реконструктивно-пластических операций позволило помимо коррекции косметических дефектов лица, восстанавливать также функционально значимые анатомические образования как нижнеорбитальная стенка, костный каркас носа. Кроме этого, привнесение в область дефекта здоровых хорошо кровоснабжаемых тканей обеспечивало ускорение процессов заживления.

Создание формирующего и замещающего протеза позволило в позднем послеоперационном периоде минимизировать косметический дефект, связанный с западением мягких тканей щеки на стороне операции.

## Выводы

1. Комплексная реабилитация больных со злокачественными новообразованиями верхней челюсти позволяет эффективно бороться с нежелательными последствиями оперативных вмешательств.

2. Для достижения максимального реабилитационного эффекта, в планировании и осуществлении программы лечения больных данной категории должны принимать участие стоматолог-ортодонт и пластический хирург. ■

---

---

## Литература:

1. Shah J.P., Patel S.G. Head and Neck Surgery and Oncology. 3rd ed. MOSBY; 2003.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. 4-е изд. М: Медицина; 2000.
3. Чучков В.М., Маткин Е.Г., Азизян Р.И. и соавт. Ортопедическая реабилитация онкологических больных с дефектами верхней челюсти. Современная онкология. 2006; 8(3): 28-34.
4. Галонский В.Г., Радкевич А.А., Казанцева Т.В. Непосредственные ортопедические мероприятия после верхнечелюстной резекции. Сибирский медицинский журнал. 2009; №4: 59-62.
5. Е.Н. Жулев, С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебедев. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология. М: Медицинское информационное агентство; 2008
6. В.Д. Вагнер, П.И. Ивасенко, Д.И. Демин. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. М: Медицина; 2002

Микробиологическая оценка эффективности применения гигиенических средств после ортопедического лечения пациентов с заболеваниями пародонта

О.С. Тарико, С.Е. Жолудев, З.С. Науменко, Н.В. Годовых



Рис. 1. Состояние полости рта пациента до начала проведения ортопедического лечения а) - до профессиональной гигиены б) - после проведения профессиональной гигиены.

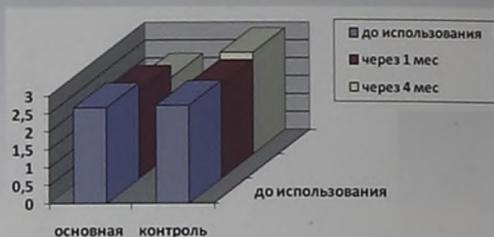


Рис. 2. Индекс гигиены (в баллах) у больных с пародонтитом до и после использования гигиенических средств (таблеток «Corega Tabs»).

Комплексная реабилитация онкостоматологических больных после резекции верхней челюсти

Нуриева Н.С., Филимонова О.И., Васильев Ю.С.



Рис. 1. Варианты резекции верхней челюсти при злокачественных новообразованиях различной степени распространенности



Рис. 2. Этапы протезирования верхней челюсти

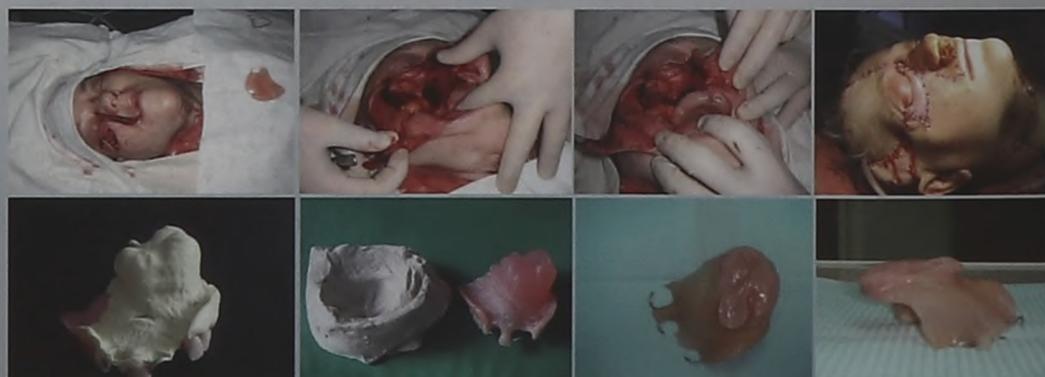


Рис. 3. Пример комплексной реабилитации больной после расширенной комбинированной резекции верхней челюсти