

## Стоматологическая помощь пациентам со злокачественными образованиями полости рта при специализированном лечении

Н. С. Нуриева, О. И. Филимонова

Кафедра ортопедической стоматологии ЧелГМА;  
Челябинский областной онкологический диспансер, г. Челябинск

### Резюме

*Работа посвящена исследованию мукозитов слизистой оболочки полости рта при специализированном лечении рака головы и шеи. Затронуты вопросы стоматологической подготовки пациентов к хирургическому этапу. Исследования основываются на клинических наблюдениях и анализе историй болезней. Результатом является разработка алгоритма стоматологической помощи пациентам данной категории.*

**Ключевые слова:** рак головы и шеи, комбинированное лечение, лучевые реакции, мукозит слизистой оболочки полости рта, резекционный протез.

В настоящее время число новообразований области головы и шеи имеет тенденцию к увеличению. Злокачественные новообразования полости рта составляют около 12% в структуре общей заболеваемости [1, 3]. По Уральскому региону, прирост заболеваемости составляет 19,15% на 100000 населения за период с 1995 по 2005 гг. [4]. Основным методом лечения злокачественных опухолей oro-фарингеальной зоны, является комбинированный метод, включающий в себя оперативное лечение, лучевую терапию и/или химиотерапию. [2, 6, 7].

При хирургическом лечении, несмотря на современный высокий уровень хирургической техники, объем оперативного вмешательства настолько обширный, что приводит к обезображиванию внешнего вида. Кроме того, дефекты челюстей и мягких тканей лица, кроме обезображивания сопровождаются функциональными нарушениями организма: звукообразования, жевания; речи; зрения; дыхания; пищеварения; снижение качества жизни пациентов. (см. цв. вкладку рис. 1)

Частым осложнением лучевой терапии являются радиомукозиты. [5, 8]. Они развиваются при попадании в зону облучения полых органов: гортани, полости носа, полости рта и др. они могут наблюдаться одновременно с лучевой реакцией кожи или изолированно и подразделяются на 4 степени: катаральные; островковые; пленчатые (сливные); язвенно-пленчатые.

На степень тяжести радиомукозита оказывают влияние различные факторы: тип ионизирующего излучения, величина облучаемого

поля, разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД), тип фракционирования. (см. цв. вкладку рис. 2)

Основной проблемой при проведении химиотерапии, является то, что противоопухолевая терапия не оказывает специфического воздействия на опухоль, т.е. помимо опухолевых она влияет и на нормальные клетки. Большинство побочных эффектов противоопухолевого лечения обусловлено прямым токсическим воздействием на челюстно-лицевую область или повреждением быстро делящихся популяций нормальных клеток. Со стороны полости рта при химиотерапии на первое место выходят мукозиты. Мукозит в результате химиотерапии протекает чрезвычайно болезненно, однако значительной проблемой является то, что он увеличивает вероятность системной инфекции как патогенной, так и транзитной микрофлорой. Частота развития и тяжесть мукозита зависят не только от используемых препаратов, но и от индивидуальных особенностей пациента: возраста, питания, микрофлоры полости рта, наличия стоматологических заболеваний, уровня гигиены, саливагии и иммунологического статуса. В зависимости от схемы химиотерапии и других описанных выше факторов мукозит развивается через 5-10 дней и прогрессирует от эритемы до образования язв. (см. цв. вкладку рис. 3)

Исходя из актуальности существующей проблемы, на кафедре стоматологии ЧелГМА совместно с ЧООД разрабатывается новый комплексный метод стоматологической подготовки пациентов со злокачественными новообразованиями полости к комбинированному лечению.

Н. С. Нуриева – к. м. н.; О. И. Филимонова – д. м. н.

Таблица 1. Распределение пациентов по половому признаку ( $p \leq 0,05$ )

Группы	Общее число больных	Мужчины	%	Женщины	%
Основная	71	51	71,9	20	28,1
Сравнения	274	207	75,5	67	24,5
Всего	345	258	74,8	87	25,2

Таблица 2. Распределение пациентов по стадиям опухолевого процесса ( $p \leq 0,05$ )

Группы	Т			
	1	2	3	4
Основная	5(7,1%)	23(32,4%)	29(40,8%)	14(15,7%)
Сравнения	13(4,7%)	84(30,7%)	117(42,7%)	60(21,9%)
Всего	18(11,8%)	107(63,1%)	146(83,5%)	74(37,6%)

Таблица 3. Распределение пациентов в зависимости от распространенности процесса ( $p \leq 0,05$ )

Группы	N			
	0	1	2	3
Основная	31(43,7%)	16(22,5%)	12(16,9%)	12(16,9%)
Сравнения	122(44,5%)	59(21,5%)	56(20,4%)	37(13,6%)
Всего	153(88,2%)	75(44%)	68(37,3%)	49(30,5%)

**Цель исследования:** повысить эффективность лечения больных раком органов полости рта, путем разработки алгоритма стоматологической подготовки и сопровождения пациентов во время комбинированного лечения

### Материал и методы

В основу анализа эффективности предложенного алгоритма легли клинические наблюдения за 345 больными злокачественными новообразованиями головы и шеи I-III стадий, получавшими комбинированное лечение. (табл. 1, 2, 3) Курсы радиотерапии проводились на аппарате «Агат-Р» и «Рокус-М». Облучению подвергались злокачественные новообразования и пути регионарного метастазирования в режимах традиционного и динамического фракционирования. Химиотерапия проводилась препаратами цисплатин и 5-фторурацил. Хирургическое лечение проводилось, в объеме иссечения очага и регионарных лимфатических узлов (операция Крайля). Все пациенты завершили специализированное лечение. Больные разделены на 2 группы: в группу сравнения вошли пациенты, получавшие стоматологическую подготовку в клиниках города, для поддерживающей терапии применялись средства профилактики, назначаемые врачом-онкологом. Основную группу составили больные,

получившие стоматологическую подготовку на базе кафедры стоматологии ЧелГМА, поддерживающая терапия проводилась по предложенной схеме врачом-стоматологом.

До начала комбинированного лечения, все пациенты, контролируемые врачом-стоматологом, были обучены правильному уходу за полостью рта. Так до начала лучевой терапии, всем проводилась санация полости рта в условиях клиники ЧелГМА. Группа сравнения, проходила санацию полости рта в клиниках города. Следует отметить, что санацию приходилось проводить в сжатые сроки (один — три дня), до начала лечения. В процессе санации снимались над- и поддесневой зубной камень, зубной налет, удалялись полностью разрушенные зубы и корни зубов, а так же зубы с III — степенью подвижности, сошлифовывались острые края зубов (для профилактики травм СОПР). Металлические пломбы заменялись на пломбы из стеклоиономерного цемента (Кемфил, Ионосил) или композита (Filtek). По возможности (с согласия пациента) снимались металлические коронки и мостовидные протезы. В обязательном порядке изготавливались защитные пластмассовые каппы толщиной 0,5 см. и, при необходимости, резекционные протезы (после обсуждения с хирургом). Во время сеанса лучевой терапии съемные протезы из полости рта, но продолжали ими пользоваться все оставшееся время. Пломбировались кариозные полости. Лечились осложненные формы кариеса. Во время лучевой терапии пациенты: после каждого приема пищи проводили антисептическую обработку полости рта, в качестве антисептика мы использовали растительные настои: «Стоматофит», «Тангум-верде». После антисептической обработки полость рта обрабатывалась препаратами: масло шиповника, «Метрогил дента гель». При наличии болевого синдрома мы использовали местноанестезирующие препараты: «Калгель», «Лидоксор». В качестве местного радиопротектора для профилактики и лечения радиомукозитов полости рта нами было предложено использование препарата «Тизоль». Переносимость перечисленных препаратов у всех была удовлетворительной.

После хирургического лечения пациентам проводилась антисептическая обработка выше-названными препаратами. Резекционная пластина накладывалась непосредственно на операционном столе, так как в этом случае она воспринимается пациентом как продолжение хирургического лечения, и адаптация наступает уже на следующие сутки. Резекционный протез позволяет избежать зондового питания, что, несомненно, имеет большое значение для больного. Вместе с тем, резекционный протез

не только разделяет полость рта (носа) от операционной раны, но и помогает фиксировать перевязочный материал. Кроме этого пациент в послеоперационном периоде может внятно произносить слова, что облегчает взаимодействие с врачом.

При проведении химиотерапии особое внимание уделялось гигиене полости рта. Пациенты использовали для чистки зубов зубные щетки с мягкой щетиной, неабразивные зубные пасты. Использование межзубных нитей, ершиков, зубочисток исключалось, во избежание травмы СОПР. Для улучшения репаративных процессов в тканях полости рта применялось лечение лазером. Для предупреждения развития воспалительных явлений, всем пациентам проводили антисептическую обработку полости рта.

Статистическую обработку результатов проводили методами вариационной статистики. Для анализа динамики изменений в вариационных рядах вычислили среднюю арифметическую величину. Определение показателя существенной разницы между двумя средними арифметическими и их стандартными ошибками проводили с помощью непарного *t*-критерия Стьюдента.

Вариационная статистическая обработка данных и анализ корреляций признаков проведены при помощи программы Exel 2006 и Statistica for Windows 6.0.

## Результаты и обсуждение

Оценка эффективности разработанного алгоритма стоматологической подготовки и сопровождения пациентов во время специализированного лечения проводилась на основании нескольких критериев. Во-первых, степень выраженности мукозитов СОПР, а во-вторых, течение послеоперационного периода и наличие осложнений. Анализ приведенных данных показывает, что в основной группе явления химио- и радиомукозита были менее выражены. (табл. 4, 6) В группе сравнения степень реакций была выше, что приводило к вынужденным перерывам в лечении. После проведения хирургического этапа, пациенты основной группы обходились без зондового питания, (табл. 5) осложнений связанных с наложением резекционного протеза не возникало, облегчался уход за послеоперационной раной, речь больных менялась в значительно меньшей степени. (см. цв. вкладку рис. 4, 5) Таким образом, можно утверждать, что предложенный нами алгоритм стоматологической помощи, способствует повышению эффективности лечения больных раком области головы и шеи, уменьшению количества осложнений, связанных с комбинированным лечением.

Таблица 4. Распределение пациентов по степени развития лучевой реакции ( $p \leq 0,05$ )

Группы	Радиомукозит			
	сухость, покраснение СОПР	бляшечный мукозит	сливной мукозит	изъязвления и некрозы
Основная	21(27,6%)	37(52,1%)	13(18,3%)	-
Сравнения	7(2,6%)	116(42,3%)	132(48,2%)	4(1,4%)
Всего	28(30,2%)	153(94,4%)	145(66,5%)	4(1,4%)

Таблица 5. Распределение пациентов по состоянию после хирургического лечения ( $p \leq 0,05$ )

Группы	Зондовое питание	Нарушение речи	Эстетический дефект
Основная	2(2,4%)	19(16,7%)	20(28,1%)
Сравнения	70(25,5%)	86(31,4%)	98(35,8%)
Всего	72(27,9%)	105(38,1%)	118(63,9%)

Таблица 6. Распределение пациентов по степени развития химиомукозита

Группы	Эритема	Изъязвления и некрозы
Основная	58(79,7%)	13(18,3%)
Сравнения	123(44,9%)	151(49,6%)
Всего	181(52,5%)	164(47,5%)

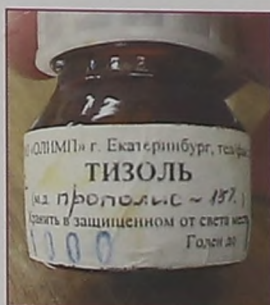
## Литература

1. Бардычев М. С. Физиотерапия местных лучевых повреждений. М. С. Бардычев, В. В. Полов, А. В. Курпешева и др. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2003; 3: 31-33.
2. Бенцион Д. Л. Использование лекарственных составов на основе Тизоля для профилактики и лечения острых лучевых реакций кожи, возникающих во время курса радиотерапии. Бенцион Д. Л., Маслов Э. Ю., Фиалко И. В. Уральское мед. Обозрение, 2002; 3-4: 30-32.
3. Важенин А. В. Лазерное сопровождение лучевой терапии опухолей головы и шеи. А. В. Важенин, М. В. Васильченко, Д. В. Решетников и др. Иероглиф. 2003; 6: 22: 752-754.
4. Чиссов В. И. Злокачественные новообразования в России в 2005 году. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. М., Медицина, 2007; 238с.
5. Cooper J. S. The oral Cavity. Radiation Oncology: rationale, technique, results. Ed. By Cox J.D. and Ang K.K. Mosby; St. Louis, 2002; 219-259.
6. Sonis S., Clarc S. Prevention and managment of oral mucositis induced by antyneoplastc therapy. Oncology, 1997; 5: 11-15.
7. Sonis S. Mucositis as a biological process: a new hypothesis for the development of chemotherapyindcyed stomatotoxicity. Oral Oncology 1998; 34: 39-34.
8. Zlotow J. M., Berger A. M. Oral manifestations and complications of cancer therapy. Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology. Ed. By Berger A. M., Portenay R. K. and Weissman D. E. Philadelphia: Lippencoft Williams and Wilkins. 2002; 182-298.

Рисунки к статье Т. Д. Мирсаева, С. Е. Жолудева, Т. Г. Хониной, О. Н. Чулахина и Е. В. Шадринной «Перспективы и возможности применения нового кремнийсодержащего средства для фиксации съёмных зубных протезов», стр. 120.



**Рисунок 1.**  
Адгезивные средства



**Рисунок 2.**  
Адгезивный препарат на основе тизоля с прополисом



**Рисунок 3.** Адгезивное средство на основе кремнийорганического глицероидрогеля



**Рисунок 5.**  
Исследование степени адгезии на моделях челюстей



**Рисунок 4.**  
Вид протеза с нанесенным на него адгезивом

Рисунки к статье Н. С. Нуриевой и О. И. Филимоновой «Стоматологическая помощь пациентам со злокачественными образованиями полости рта при специализированном лечении», стр. 123.



**Рисунок 1.**  
Пациентка К. после хирургического лечения рака верхней челюсти



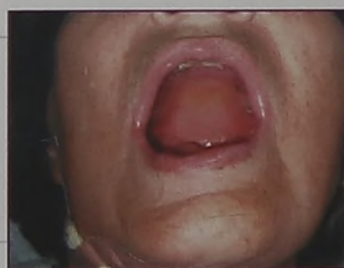
**Рисунок 2.**  
Сливной радиомукозит слизистой оболочки языка



**Рисунок 3.**  
Мукозит при химиотерапии



**Рисунок 4.**  
Резекционный протез



**Рисунок 5.**  
Резекционный протез в полости рта