

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-
РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ
РТА**

Йулдошев Абдурауф

*Андижанский государственный медицинский институт,
Узбекистан, Андижан
agmi-361@umail.uz*

Муйдинова Барнохон Аскаровна

*Ассистент
Андижанский государственный медицинский институт,
Узбекистан, Андижан
agmi-361@umail.uz*

Усмонов Бахтиержон Аробиддин

*Ассистент
Андижанский государственный медицинский институт,
Узбекистан, Андижан
agmi-361@umail.uz*

Данная статья направлена на изучение проблемы стоматологического сопровождения больных местнораспространенным раком слизистой оболочки полости рта, которая представляется чрезвычайно важной. Это связано, с одной стороны, с распространенностью и необходимостью многокомпонентного подхода к противоопухолевой терапии, с другой – отсутствием обстоятельных исследований, посвященных профилактике и коррекции стоматологических осложнений комбинированного и комплексного лечения этого контингента больных. В исследование было включено 96 больных, которые были обследованы и пролечены.

Ключевые слова: *слизистая оболочка полости рта; местнораспространенный*

**DENTAL SUPPORT OF COMBINED AND COMPLEX TREATMENT OF
LOCALLY ADVANCED CANCER OF THE ORAL MUCOSA**

Yoldoshev Abdurauf

*Andijan State Medical Institute
Uzbekistan, Andijan
agmi-361@umail.uz*

Muidinova B. A.

Assistant

Andijan State Medical Institute

Uzbekistan, Andijan

agmi-361@umail.uz

Usmanov B. A.

Assistant

Andijan State Medical Institute

Uzbekistan, Andijan

agmi-361@umail.uz

This article is aimed at studying the problem of dental support of patients with locally advanced cancer of the oral mucosa, which is extremely important. This is due, on the one hand, to the prevalence and the need for a multicomponent approach to antitumor therapy, on the other-the lack of detailed studies on the prevention and correction of dental complications of combined and complex treatment of this contingent of patients. The study included 96 patients who were examined and treated.

Key words: *mucous membrane of the mouth; locally advanced*

Актуальность. Особая роль в совершенствовании онкологической помощи и улучшении качества жизни пациентов отводится своевременной и качественной стоматологической поддержке больным на всех этапах их лечения и реабилитации [3,5].

Среди злокачественных опухолей головы и шеи рак слизистой оболочки полости рта по частоте занимает 2-е место в мире [4, 6]. До 80% больных с этой локализацией поступают в специализированные стационары с местнораспространенными формами заболевания [1, 2, 6].

Плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки - преобладающий морфологический вариант среди опухолей слизистой оболочки полости рта.

Определенная чувствительность этих опухолей к лучевому и лекарственному воздействию, а также первичная запущенность процесса, сложность выполнения хирургических операций, а, следовательно, и возможность радикального удаления опухоли сделали химио- и лучевую терапию необходимыми компонентами (а иногда и единственными формами) лечения вышеуказанной патологии.

Материалы и методы. Материалом настоящего исследования послужили данные результатов лечения 96 больных с местнораспространенным раком слизистой оболочки полости рта. Основанием для выбора пациентов было наличие местнораспространенного злокачественного новообразования слизистой оболочки полости рта и планируемое, соответственно, комплексное лечение опухоли, возраст от 18 до 74 лет, информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Все пациенты были разделены на 2 группы.

Основным критерием включения пациентов в I или II группу было наличие справки (для пациентов I группы) о санации полости рта из стоматологического учреждения города или области, или ее отсутствия (для пациентов II группы). Критериями исключения считались отказ больных от участия в исследовании, наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии и психических заболеваний. Специальное лечение больных обеих групп осуществлялось согласно установленным стандартам лечения злокачественных новообразований после утверждения плана на врачебной конференции, в состав которой обязательно входили радиолог, химиотерапевт, хирург-онколог, стоматолог. Общее обследование пациента проводили по традиционной схеме, включавшей в себя общеклинические и биохимические анализы, консультацию терапевта, анестезиолога и других специалистов.

Всем больным оценивалась возможность употребления пищи разной консистенции по таким критериям: присутствие в рационе больного пищи твердой или средней жесткости - хороший результат; употребление только мягкой пищей - удовлетворительный результат; нефизиологическое питание - неудовлетворительный результат.

Обсуждение и результаты. Все больные были разделены на 2 группы. В основную группу (47 больных) были включены пациенты, которым проводилась профессиональная гигиена полости рта. В группу сравнения (49 больных) вошли пациенты, которые отказались от проведения стоматологических профилактических мероприятий.

После определения исходного состояния полости рта пациента выработывался индивидуальный план стоматологического сопровождения на всех этапах онкологического лечения.

Необходимо при этом отметить, что хорошей гигиены полости рта из 96 больных не было ни у кого. У 51 (53,7%) пациентов был удовлетворительный уровень гигиены, у 33 (34,1%) – неудовлетворительный и у 12 (12,2%) – плохой.

Практически все пациенты после установления диагноза и стадии заболевания нуждались в санации полости рта. Анализ первичной обращаемости пациентов показал, что 37(38,4%) больных первично обратились и лечились какое-то время у стоматолога, 33 (34,6%) человек - у ЛОР врача и 18 (19,4%) - у хирурга. При этом выяснено, что 59,2 % пациентов (с их слов), лечились самостоятельно до обращения к специалистам. Однако даже и после обращения к специалистам неонкологического профиля консервативное лечение затягивалось. В среднем затратили на лечение самостоятельно или у специалистов неонкологического профиля 1-3 месяца - 42,4%, 4-6 месяцев 38,6%, от 6 месяцев до года - 20%, что является главной причиной обращаемости пациентов в онкологические учреждения с 3-4 стадией опухолевого процесса.

Алгоритм ведения данных больных был таков: В первую очередь проводилось снятие неудовлетворительных ортопедических конструкций, либо замена их на временные в период специализированного лечения и реабилитации.

Одновременно старались удалять полностью разрушенные зубы и корни зубов, а также зубы с III - степенью подвижности. К санации хронических пе-

риодонтальных очагов и пломбировке кариозных полостей подходили с особой осторожностью из-за возможности замедления процессов регенерации тканей и снижения резистентности к инфекции на фоне проводимого специального онкологического лечения. При этом обязательно учитывалось отсутствие достаточного времени на адекватное терапевтическое лечение.

По заранее определенной тактике хирургического лечения опухоли и зоны резекции, зубы, прилегающие к зоне резекции, депульпировали. Пациенту объяснялись правила пользования съемными протезами во время специализированного лечения и гигиеническому уходу за ними. В основной группе, т. е. там, где проводились профилактические стоматологические мероприятия до специального лечения, кариес развился у 30 (15,3%) больных. В то время как в группе сравнения этот показатель составил 79,8%. Через 18 месяцев ни у одного больного основной группы не развился остеорадионекроз. В группе же сравнения он был диагностирован у 3 (2,4%) пациентов.

Выводы. Одновременно организация стоматологического диспансерного наблюдения и планирования оздоровительных мероприятий позволит сократить число поздних осложнений со стороны костных структур полости рта.

Обобщая выше изложенное можно сделать вывод, что адекватное стоматологическое сопровождение больных местнораспространенным раком слизистой оболочки полости рта на всех этапах комбинированного и комплексного лечения способствует не только улучшению непосредственных результатов этого лечения, но и улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Moore, K. Support needs and quality of life in oral cancer: a systematic review / K. Moore, P. Ford, C. Farah // *International Journal of Dental Hygiene*. – 2014. – Vol. 12. – P. 36–47.
2. Rubenstein, E. B. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis / E. B. Rubenstein, D. E. Peterson, M. Schubert // *Cancer*. – 2004. – Vol. 100(9). – P. 2026-2046.
3. Suntharalingam, M. The evaluation of amifostine for mucosal protection in patients with advanced loco-regional squamous cell carcinomas of the head and neck (SCCHN) treated with concurrent weekly carboplatin, paclitaxel, and daily radiotherapy (RT) / M. Suntharalingam, J. Jaboin, R. Taylor // *Semin. Oncol.* – 2004. – Vol. 31(6). – P. 2-7.
4. Tang, J. A. A review of functional outcomes related to prosthetic treatment after maxillary and mandibular reconstruction in patients with head and neck cancer / J. A. Tang, J. M. Rieger, J. F. Wolfaardt // *Int. J. Prosthodont.* – 2008 – Jul-Aug. 21(4). – P. 337-54.
5. Wohlschlaeger, A. Prevention and treatment of mucositis: a guide for nurses / A. Wohlschlaeger // *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* – 2004. – Vol. 21(5). – P. 281-287.

6. Mamarasulova D. Z. Personalized medicine: new or well-forgotten old?
/ D. Z. Mamarasulova // European science review. – 2017. – №3-4. DOI:
<http://dx.doi.org/10.20534/ESR-17-3.4-52-54>