

Т. Л. Шевела, Г. В. Петражицкая

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Согласно эпидемиологическим данным, во всем мире несмотря на активное развитие медицинских технологий и проводимые профилактические мероприятия, распространенность онкологических заболеваний челюстно-лицевой области продолжает увеличиваться. Послеоперационные дефекты челюстно-лицевой области у пациентов со злокачественными новообразованиями верхней челюсти представляют собой тяжелую патологию, поскольку приводят к выраженным функциональным и косметическим нарушениям, что значительно ухудшает качество жизни пациентов и создает сложность в их социальной адаптации и реабилитации. Повышение эффективности ортопедического лечения данной категории пациентов, что связано с устранением обширных послеоперационных дефектов путем протезирования, остается одной из наиболее актуальных проблем современной стоматологии. Целью работы являлось проведение анализа современных направлений в лечении послеоперационных дефектов у пациентов со злокачественными новообразованиями верхней челюсти. По результатам проведенного анализа установлено, что до настоящего времени не разработаны общие методы протезирования, нет единого мнения о сроках протезирования и особенностях ортопедической конструкции, замещающей дефект.

Ключевые слова: *дефект верхней челюсти, злокачественные новообразования, качество жизни, протезирование, реабилитация.*

T. L. Shevela, G. V. Petrazhytskaya

MODERN TRENDS IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE DEFECTS IN PATIENTS WITH MALIGNANT NEOPLASMS OF THE UPPER JAW

According to epidemiological evidence, the prevalence of oncological diseases of the maxillofacial region continues to increase all over the world despite the active development of medical technologies and preventive measures. Postoperative defects of the maxillofacial region in patients with malignant neoplasms of the upper jaw are a serious pathology, since they lead to functional and cosmetic disorders, which significantly worsens the quality of life of patients and creates big problems in their social adaptation and rehabilitation. Increasing the effectiveness of prosthodontic treatment of this category of patients, which is associated with the elimination of extensive postoperative defects by dentures, remains one of the most urgent problems of modern dentistry. The aim of the study was to analyze current trends in the treatment of maxillary defects after surgery of malignant neoplasms. The results of study show that still there aren't general methods of prosthetics, there isn't consensus on the timing of prosthetics and the structure of the prostheses that replaces the maxillary defect.

Key words: *maxillary defect, malignant neoplasms, the quality of life, prosthetics, rehabilitation.*

Согласно эпидемиологическим данным, во всем мире несмотря на активное развитие медицинских технологий и проводимые профилактические мероприятия, распространенность онкологических заболеваний челюстно-лицевой области продолжает увеличиваться. В структуре всей онкологической заболеваемости новообразования данной области занимают второе место по темпам прироста и составляют около 5,0 % от всех злокачественных опухолей человека. Новообразования одинаково часто развиваются у мужчин и женщин, чаще заболевают люди старше 40 лет, примерно в 65,0 % случаев – в возрасте 50–70 лет [5, 6].

В Республике Беларусь за 10 лет (2010–2019) отмечается тенденция к росту заболеваемости населения злокачественными новообразованиями полости рта и глотки (+48,6 %). Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями (C01-C14 полость рта и глотка) на 100 000 населения в Республике Беларусь составил в 2010 году 12,4, в 2014 году – 14,0, в 2019 году – 18,0 [5]. Схожую картину можно наблюдать и на территории Российской Федерации. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями (C01-09 полость рта) на 100 000 населения в России составил в 2011 году 23,1, в 2021 году – 30,8 [6]. Проблема ранней диагностики остается крайне актуальной. Многие часто встречающиеся и сложно поддающиеся лечению опухоли челюстно-лицевой области диагностируются лишь при их значительном распространении, хотя относятся к визуально доступным для диагностики локализациям.

Крайне высокими остаются показатели годовичной летальности при злокачественных новообразованиях челюстно-лицевой области. Летальность пациентов в течение года с момента установления диагноза злокачественного новообразования (из числа пациентов, впервые взятых на учет в предыдущем году) в Республике Беларусь (C01-C14 полость рта и глотка) составила в 2018 году – 37,2 %, в 2019 году – 38,8 %; в России (C01-09 полость рта) в 2018 году – 34,2 %, в 2019 году – 32,4 % [5, 6].

Послеоперационные дефекты челюстно-лицевой области, образовавшиеся в результате проведенных оперативных вмешательств, представляют собой тяжелую патологию, так как разрушение анатомических образований данной области приводит к выраженным функциональным и косметическим нарушениям, что значительно ухудшает качество жизни пациентов и создает большие проблемы в их социальной адаптации и реабилитации [1, 7, 9, 10]. Послеоперационные дефекты верхней челюсти приводят к утрате зубов, вызывают асимметрию лица, т. е. сопровождаются утратой эстетического оптимума человека.

При наличии сообщения полости рта с полостью носа возникают типичные нарушения функции жевания и глотания, пища может попадать в плохо изолируемые анатомические полости и вызывать хроническое воспаление слизистой оболочки. Дисфункция зубочелюстной системы способствует возникновению патологических изменений со стороны височно-нижнечелюстного сустава. На фоне нарушенной функции жевания и глотания у пациентов нередко формируются заболевания желудочно-кишечного тракта или утяжеляется их течение [1, 3, 8].

Ороназальное сообщение вызывает расстройство дыхания. Согревание воздуха в полости носа не осуществляется, что снижает сопротивляемость организма к развитию простудных заболеваний. Кроме того, наличие постоянной носовой секреции способствует воспалению и атрофии тканей протезного ложа, ухудшая гигиенические характеристики протеза.

У пациентов после хирургического лечения происходит нарушение резонирования полостей глотки и носоглотки, речь становится неразборчивой из-за назального искажения звука, приобретает гнусавый оттенок за счет ринофонии, происходит искажение звукообразования. Такое состояние называется открытой гнусавостью.

Кроме того, выраженные структурно функциональные нарушения челюстно-лицевой области ведут к изменению психо-эмоционального статуса пациентов.

Цель работы – на основании клинических наблюдений и сведений специальной литературы, представленных в периодической печати в последние 10 лет, провести анализ современных направлений в лечении послеоперационных дефектов у пациентов со злокачественными новообразованиями верхней челюсти.

Материалы и методы

На базе УЗ «Минский городской клинический онкологический центр» проведен анализ 48 выписок из медицинской карты стационарного больного со злокачественными новообразованиями (форма 027–1/у-03) и клинический осмотр 15 пациентов со злокачественными новообразованиями верхней челюсти, которым проводилось хирургическое лечение с последующим протезированием.

Кроме того, был проведен анализ доступной отечественной и зарубежной специальной литературы, содержащей сведения о лечении данной группы пациентов. В перечень анализируемых источников специальной литературы вошли: периодические издания за последние 10 лет, базовые руководства и монографии без срока давности. Для осуществления анализа использовали описательный метод.

По данным специальной литературы протезирование является наиболее эффективным методом восстановления функциональных и эстетических нарушений у онкологических пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти. Однако, в настоящее время нет единого подхода к медицинской реабилитации данной группы пациентов. Целью протезирования послеоперационных дефектов верхней челюсти является восстановление утраченных функций, что повышает социальную адаптацию и качество жизни пациентов, способствует наиболее полной медико-социальной реабилитации.

Повышение эффективности ортопедического лечения при данной патологии, что связано с устранением обширных послеоперационных дефектов путем протезирования, остается одной из наиболее актуальных проблем современной стоматологии.

Результаты и обсуждение

На текущий момент важным направлением в стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии является исследование вопросов, связанных с реабилитацией пациентов после радикального хирургического лечения злокачественных новообразований челюстей.

Задачами протезирования в комплексе медицинской реабилитации пациентов при дефектах верхней челюсти являются:

1. Разобщение полости рта от полости носа.
2. Поддержание тканей, потерявших костную опору.
3. Восстановление утраченных функций.

В 1898 году Claud Martin впервые изготовил протез для восстановления дефекта верхней челюсти непосредственно после резекции, который состоял из трех частей для более легкого введения и выведения его из полости рта и был пронизан многочисленными трубками, открывающимися на поверхности. Предложенный протез не нашел широкого применения из-за сложности конструкции, технологии изготовления и использования пациентом. В то время сама идея восстановить ортопедическим путём дефект непосредственно после операции не имела успеха у большинства хирургов, вместо этого широко применялась тампонада послеоперационной раны.

В начале XX столетия в литературе продолжалась дискуссия относительно целесообразности применения непосредственных и вторичных протезов после резекции верхней челюсти.

Через четверть века метод непосредственного протезирования нашел свое место и был описан в монографии Д. А. Энтина «Опыты реконструкции лицевого скелета (новый метод непосредственного протезирования при резекции верхней челюсти)». Автор впервые в стоматологии разработал принципы непосредственного протезирования и попытался дать им научно обоснованную методику их применения. С помощью непосредственного протеза авторской разработки, который состоял из небной разде-

лительной пластины и резинового баллона, герметично закрепленного на ней, решалась основная задача: поддержание послеоперационного тампона и удержание разобщающей пластинки на верхней челюсти. Однако, в процессе функционирования, этот протез не мог противостоять рубцовым изменениям протезного ложа, при заживлении послеоперационной раны. Вместе с тем описанная методика стала прототипом этапного подхода лечения пациентов с дефектами верхней челюсти, получившая на сегодняшний день наибольшее признание специалистов.

В настоящее время существует два метода протезирования дефекта верхней челюсти – непосредственное и последующее. Непосредственный протез готовят до операции, а фиксируют его сразу после операции на операционном столе. Последующий протез изготавливают в различные сроки после операции. Последующее протезирование подразделяется на ближайшее, которое проводят в ближайший срок после операции и отдаленное – через 3–4 месяца после операции.

Преимущество остается за непосредственным протезированием, что обусловлено тем, что рубцевание послеоперационной раны происходит вокруг протеза в соответствии с его формой и способствует образованию протезного ложа, а это улучшает фиксацию протеза, на оставшейся после хирургического вмешательства здоровой части челюсти. При отсутствии непосредственного протеза заживление мягких тканей идет произвольно, образующиеся массивные рубцы мешают фиксации протеза, изготовленного в отдаленные сроки, что способствует появлению подвижности оставшихся на челюсти зубов и их потере.

На сегодняшний день в ортопедической практике наибольшее признание получила этапная методика протезирования [1, 2, 4, 7].

Первый этап протезирования – изготовление непосредственного протеза в предоперационном периоде. Задачи протезирования на первом этапе: обеспечение после хирургической операции возможности приема пищи, фиксации повязки с лечебными средствами в послеоперационной полости, сохранение речи, создание надёжного разоб-

щения между раневой поверхностью и полостью рта.

Второй этап протезирования – изготовление формирующего протеза-обтуратора на 10 сутки после операции или через 2–3 недели после операции. Задачи протезирования на втором этапе: улучшение жевания, глотания, дыхания, речи, предупреждение развития рубцовой деформации лица, создания ложа для обтурирующей части постоянного протеза.

Третий этап протезирования – изготовление окончательного протеза-обтуратора через 3–6 месяцев или в период от одного месяца до года после операции. Задачи протезирования на третьем этапе: восстановление утраченных функций полости рта (жевания, глотания, дыхания, речи), достижение герметичности ротовой и носовой полостей, сохранение эстетического оптимума пациента, улучшение качества жизни, социальная реабилитация.

Стоит отметить, что о информации различных научных источников точные сроки протезирования на втором и третьем этапе протезирования точно не определены [1, 7].

В Республике Беларусь в комплексе медицинской реабилитации онкологических пациентов используется хирургический метод с одномоментным челюстно-лицевым протезированием.

Таким образом, своевременное и полноценное ортопедическое лечение пациентов с дефектами верхней челюсти после расширенных операций по поводу злокачественных новообразований занимает ведущее место в комплексе реабилитационных мероприятий. Особенности протезирования пациентов зависят от величины и локализации дефекта, от состояния оставшихся зубов, от степени открывания рта и наличия или отсутствия рубцовых изменений мягких тканей, окружающих дефект. Несомненным достоинством использования замещающих протезов является восстановление утраченных функций, повышение социальной адаптации пациентов, улучшение качества их жизни.

На сегодняшний день в подавляющем большинстве случаев протезы изготавливаются без учета индивидуальной реакции тканей

протезного ложа и организма на сам протез и применяемые протезные материалы. Такой подход к сложному протезированию обусловлен не только ограниченным выбором конструктивных материалов, но и недостаточностью теоретической разработки данной проблемы.

До настоящего времени не разработаны общие методы протезирования в ближайшем послеоперационном периоде, нет единого мнения о сроках протезирования, по-прежнему остается много спорных и неразрешенных вопросов, требующих дальнейшей разработки и изучения, относительно строения ортопедической конструкции, замещающей дефект.

Литература

1. Арутюнов, А. С. Совершенствование ортопедического стоматологического лечения больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза / А. С. Арутюнов, С. Д. Арутюнов // Учен. записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2015. – Т. XXII, № 2. – С. 45–49.

2. Новые подходы в устранении дефектов челюстей с одномоментной зубочелюстной реабилитацией / К. С. Гилёва [и др.] // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. – 2020. – № 1. – С. 30–45.

3. Ортопедическое лечение дефектов верхней челюсти с применением резекционного замещающего протеза с пневматическим obturatorом / С. И. Абакаров [и др.] // Стоматология. – 2020. – № 99(5). – С. 74–79.

4. Ортопедическое лечение у онкологических больных с челюстно-лицевой патологией / И. В. Пустовая [и др.] // Южно-российский онкологический журнал. – 2021. – № 2. – С. 22–33.

5. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2010–2019 гг. / [А. Е. Океанов и др.; под ред. С. Л. Полякова]. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2020. – 298 с.

6. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году / [под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой]. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – 239 с.

7. Убайдуллаев, Х. Реабилитация онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области // Медицина и инновации. – 2022. – № 1(4). – С. 329–332.

8. *Creating a digitized database of maxillofacial prostheses (obturators): A pilot study* / M. Elbashti [et al.] // *The Journal of Advanced Prosthodontics*. – 2016. – № 8. – P. 219–223.

9. *Health-related quality of life after maxillectomy: Obturator rehabilitation compared with flap recon-*

struction / J. Breeze [et al.] // *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. – 2016. – № 54. – P. 857–862.

10. *Michelinakis, G. Rehabilitation of a maxillectomy patient using intraoral scanning impression technology and a computer-aided design/computer-aided manufacturing fabricated obturator prosthesis* / G. Michelinakis, M. Pavlakis // *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. – 2018. – № 18(3). – P. 282–287.

References

1. *Arutyunov, A. S. Sovershenstvovanie ortopedicheskogo stomatologicheskogo lecheniya bolnyh s posleoperacionnymi defektami verhnej chelyusti onkologicheskogo geneza* / A. S. Arutyunov, S. D. Arutyunov // *Uchen. zapiski SPbGMU im. akad. I. P. Pavlova*. – 2015. – T. XXII, № 2. – S. 45–49.

2. *Novye podhody v ustranении defektov chelyustej s odnomomentnoj zubochelestnoj reabilitaciej* / K. S. Gilyova [et al.] // *Plasticheskaya hirurgiya i esteticheskaya medicina*. – 2020. – № 1. – S. 30–45.

3. *Ortopedicheskoe lechenie defektov verhnej chelyusti s primeneniem rezekcionnogo zameshayushogo proteza s pnevmaticheskim obturatorom* / S. I. Abakarov [et al.] // *Stomatologiya*. – 2020. – № 99 (5). – S. 74–79.

4. *Ortopedicheskoe lechenie u onkologicheskikh bolnyh s chelyustno-licevoj patologiej* / I. V. Pustovaya [et al.] // *Yuzhno-rossijskij onkologicheskij zhurnal*. – 2021. – № 2. – S. 22–33.

5. *Rak v Belarusi: cifry i fakty. Analiz dannyh Belorusskogo kancer-registra za 2010–2019 gg.* / [A. E. Okeanov [et al.]; pod red. S. L. Polyakova]. – Minsk: RNPC OMR im. N. N. Aleksandrova, 2020. – 298 s.

6. *Sostoyanie onkologicheskoy pomoshi naseleniyu Rossii v 2021 godu* / [pod red. A. D. Kaprina, V. V. Starinskogo, A. O. Shahzadovoj]. – M.: MNIОI im. P. A. Gercena – filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii, 2022. – 239 s.

7. *Ubaydullaev, H. Reabilitaciya onkologicheskikh bolnyh s defektami chelyustno-licevoj oblasti* // *Medicina i innovacii*. – 2022. – № 1(4). – S. 329–332.

8. *Creating a digitized database of maxillofacial prostheses (obturators): A pilot study* / M. Elbashti [et al.] // *The Journal of Advanced Prosthodontics*. – 2016. – № 8. – P. 219–223.

9. *Health-related quality of life after maxillectomy: Obturator rehabilitation compared with flap reconstruction* / J. Breeze [et al.] // *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. – 2016. – № 54. – P. 857–862.

10. *Michelinakis, G. Rehabilitation of a maxillectomy patient using intraoral scanning impression technology and a computer-aided design/computer-aided manufacturing fabricated obturator prosthesis* / G. Michelinakis, M. Pavlakis // *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. – 2018. – № 18(3). – P. 282–287.

Поступила 05.04.2023 г.