

А.А. Кулаков,
ЦНИИС, Москва

Е.Г. Матякин, В.М. Чучков,
А.А. Ахундов, Н.Н. Федотов,
РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва

М.В. Чучков,
РУДН, Москва

С.Х. Атаев,
НКЦОМП, Ашхабад, Туркменистан

Непосредственные и отдаленные результаты ортопедического лечения онкологических больных с челюстно-лицевыми дефектами

За последние годы появился значительный опыт в реабилитации больных с приобретенными дефектами верхней челюсти и мягких тканей лица. У больных с приобретенными дефектами челюстно-лицевой области наряду с тяжелыми нарушениями жизненно важных функций, таких как дыхание, жевание, звукообразование, имеются косметические дефекты лица.

В доступной литературе мы не встретили данных об отдаленных результатах ортопедического лечения после удаления местно-распространенных опухолей челюстно-лицевой области. Авторы в основном оценивают протезирование по полученным функциональным и косметическим результатам (Чучков В.М., 2008).

Нами прослежены судьбы 450 больных с различными дефектами верхней челюсти и тканей среднего отдела лица после челюстно-лицевого протезирования. Длительность наблюдения составила от 1 года до 15 лет.

Непосредственные и отдаленные результаты ортопедического лечения изучались путем динамического наблюдения и оценивались как состоянием основного заболевания, так и степенью функциональной и косметической эффективности ортопедических аппаратов.

Данные о выживаемости наблюдаемых нами больных после хирургического лечения отражены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, 219 (48,6%) больных жили 5 лет.

Данные о выживаемости больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти и мягких тканей лица представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, из 304 больных с дефектами верхней челюсти до 5 лет жили 147 (48,4%) человек. Из 46 больных с комбинированными дефектами до 5 лет жили 23 (50%) человека. Из 100 больных с дефектами мягких тканей лица до 5 лет жили 49 (49%) человек.

Данные о выживаемости больных по послеоперационным дефектам челюстно-лицевой области и стадиям заболевания представлены в табл. 3.

Из 137 больных, имеющих дефект верхней челюсти при III стадии заболевания, жили 5 лет 121 (89,0%) человек,

ТАБЛИЦА 1. ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

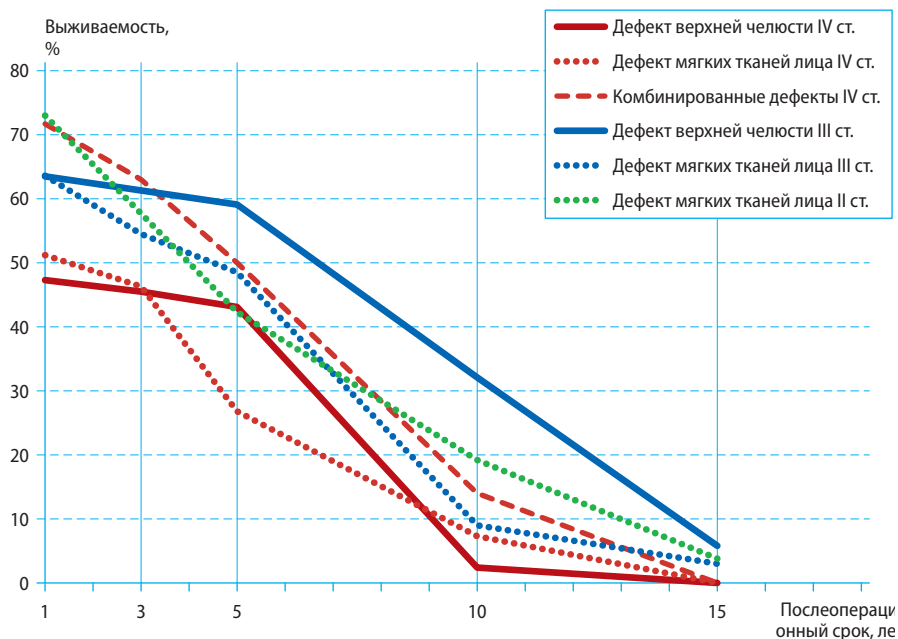
Время наблюдения	Количество больных	
	абс.	отн.
1 год	307	68,2
3 года	294	65,3
5 лет	219	48,6
10 лет	81	18,0
15 лет	24	5,3

ТАБЛИЦА 2. ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

Локализация дефекта	Общее число наблюдений	Время наблюдений									
		1 год		3 года		5 лет		10 лет		более 15 лет	
		абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.
Верхняя челюсть	304	203	66,7	199	65,5	147	48,4	48	15,9	8	2,6
Комбинированные дефекты верхней челюсти и мягких тканей лица	46	33	71,7	29	63,0	23	50,0	14	30,4	9	19,6
Мягкие ткани лица	100	71	71,0	66	66,0	49	49,0	19	19,0	7	7,0
Всего	450	307	68,2	294	65,3	219	48,6	81	18,0	24	5,3

ТАБЛИЦА 3. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ДЕФЕКТАМ И СТАДИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Локализация дефекта	Стадия заболевания			Всего
	II	III	IV	
Дефекты верхней челюсти		137	165	304
Комбинированные дефекты (верхней челюсти и мягких тканей лица)			46	46
Дефекты мягких тканей лица	26	33	41	100



Стадии заболевания

а из 167 больных, имеющих дефект верхней челюсти при IV стадии заболевания, — 26 (15,6%) человек.

Из 46 больных с комбинированными дефектами при IV стадии заболевания жили 5 лет 23 (50%) человека.

Из 26 больных с дефектами мягких тканей лица при I—II стадиях заболевания жили 5 лет 14 (53,8%) человек, а из 33 больных при III стадии заболевания — 21 (63,6%) человек. Из 41 больного при IV стадии заболевания жили 5 лет 23 (56,0%) человека.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Из 350 больных с дефектами верхней челюсти всем применялось непосредственное протезирование, все больные после резекции удовлетворительно пользовались защитными пластинками. После формирующих протезов удалось получить удовлетворительные условия для дальнейшего протезирования

у 329 (94%) больных. У 21 больного из-за резко выраженных психических проявлений не удалось проснять всю послеоперационную полость. По этой причине не были созданы условия для дальнейшего протезирования. Первично-постоянными протезами больные пользовались в течение 1 года. За это время отошли все секвестры. 203 больным были изготовлены повторные протезы. 130 больных пользовались ими в течение 5 лет. 23 больных перестали пользоваться протезами из-за возникших в течение 1,5—2 лет рецидивов опухоли, которые были признаны неоперабельными. Этим больным были изготовлены съемные пластинчатые протезы. 17 больным через 5 лет из-за подвижности зубов, расположенных по краю дефекта, мы изготавливали новый протез. Перед удалением подвижного зуба снимали слепок и делали починку протеза. На 2-е сутки после удаления зуба приступали к ортопедическому лечению по разработанной нами технологии.

На 6—7-м году жизни больных после операции 130 из них были изготовлены

повторные съемные протезы с obturatorом, у них мы не отмечали уменьшения устойчивости зубов. Это подтверждает необходимость целенаправленного формирования послеоперационной полости и использования ее для разгрузки оставшихся зубов. Изготовление опорно-удерживающих проволочных кламмеров позволяет избежать перегрузки пародонта опорных зубов и перераспределения ее на ткани протезного ложа. Это подтверждается нашими десятилетними наблюдениями за 36 больными.

13 больных в течение 1,5—2 лет после операции обратились с жалобами на неустойчивость протезов. При осмотре были выявлены ограниченные рецидивы опухоли, которые были удалены. Им было повторно проведено поэтапное протезирование.

Хочется отметить, что протезы-obturatorы, заполняющие весь послеоперационный дефект, являются диагностическим тестом, способствующим определять в ранние сроки возникшие рецидивы. Больные, у которых возник рецидив, отмечали, что протез с трудом становился на место, ухудшалась речь, жидкость стала вытекать через нос. Эти причины вынуждали больных обращаться в клинику за изготовлением нового протеза за 2—3 мес до назначенного контрольного осмотра.

101 больной имел неблагоприятные условия для изготовления съемного протеза с obturatorом: 12 с тотальным удалением верхних челюстей и 89 с полной вторичной адентией на верхней челюсти. Благодаря правильно сформированной послеоперационной полости удалось добиться удовлетворительного результата протезирования. Этим больным также было сделано повторное протезирование через 1 год. Все больные удовлетворительно пользовались протезами в течение 4—5 лет. Через 5 лет больным повторно были изготовлены полные съемные протезы с obturatorом. 12 больных (из них 2 с тотальным дефектом верхних челюстей) мы наблюдали от 10 лет и более. Все они удовлетворительно пользовались протезами.

Из 46 больных с комбинированными дефектами верхней челюсти и мягких тканей лица все пользовались до 1 мес формирующим протезом. Через 1 мес им были изготовлены съемные протезы

зы с obtураторами с фиксирующими устройствами для эктопротезов. Фиксирующие устройства мы изготавливали в виде запонки. До 1 года этими протезами пользовались 6 больных, всем им было проведено повторное протезирование. 13 больных пользовались этими протезами в течение 3 лет, 14 больных – в течение 5 лет. 23 больным через 5 лет было проведено повторное изготовление протезов для закрытия дефектов верхней челюсти и тканей среднего отдела лица.

Из 100 больных с дефектами мягких тканей лица 48 больным были изготовлены лицевые протезы из «Ортопласта» и ПМ-01. Косметическая эффективность лицевых протезов, изготовленных из указанного материала, была невысока. Они плохо имитировали цвет кожи лица, плохо поддавались окончательной окраске, не обладали достаточной прочностью. Хороший результат достигался при небольших дефектах мягких тканей лица. С целью улучшения применения «Ортопласта» и ПМ-01 в лицевом протезировании мы стали вводить масляные краски для базовой окраски, цветные коротко нарезанные капроновые нити для имитации сосудов, капроновую сетку для армирования. Окончательную окраску протеза осуществляли методом нанесения масляных красок в «поры» эктопротеза. Усовершенствование окраски и увеличение прочности позволили получить не только качественные протезы, но и увеличить срок их использования до 3 лет.

С появлением материалов нового поколения не только улучшились косметические качества лицевого протеза, но и увеличился срок использования его. Больные стали пользоваться такими протезами от 5 до 8 лет. Все больные отмечают хорошие косметические свойства нового материала и комфортность протеза из него при носке.

Что касается ценности протезов-obтураторов в отношении акта жевания, то она очень низка. Больные употреб-

ляют только мягкую измельченную пищу. В результате обследования больных установлено, что все больные, несмотря на различные сроки пользования протезами, пережевывают пищу на здоровой стороне. Консистенция пищи находится в прямой зависимости от количества оставшихся зубов на здоровой верхней челюсти. Чем больше сохранилось зубов, тем шире ассортимент продуктов, употребляемых в натуральном виде.

Клинические наблюдения непосредственных и отдаленных результатов протезирования подтверждают эффективность применения поэтапного протезирования больных с дефектами верхней челюсти. Целенаправленное формирование послеоперационной полости увеличивает срок пользования съемными протезами с obtураторами и разгружает опорные зубы от излишней нагрузки. Лицевые протезы позволяют больным скрыть послеоперационный дефект и комфортно себя чувствовать в семье и в обществе. Как показали наши наблюдения, челюстно-лицевые протезы не влияют на возникновение рецидива.

Онкологические больные после комбинированного лечения злокачественных опухолей в области верхней челюсти и мягких тканей лица в 100% случаев нуждаются в медицинской реабилитации. Недостатками современной ортопедической реабилитации онкологических больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти и мягких тканей средней зоны лица являются:

- применение самоотвердевающей пластмассы на этапе изготовления пустотелого obtуратора съемного протеза;
- отсутствие методических разработок по изготовлению эктопротезов из силикона и способов их фиксации на лице.

У онкологических больных с дефектами верхней челюсти в послеоперационном периоде развивается ограниченное открывание полости рта, что влияет

на эффективность, сроки и непосредственные отдаленные результаты ортопедического лечения. Проведение комплекса артикуляционной гимнастики и механотерапии уменьшает контрактуру жевательных мышц у 94% больных, что позволяет получить качественные оттиски индивидуальной жесткой ложкой с применением функциональных проб.

Целенаправленное формирование послеоперационной полости съемным протезом с obtуратором удалось провести 94,3% онкологических больных с обширными дефектами верхней челюсти.

Применение съемных протезов с obtуратором позволило сохранить внешний вид больных, достигнуть полного разграничения полости рта от послеоперационного дефекта, улучшить фиксацию и стабилизацию съемного протеза у больных с полной вторичной адентией верхней челюсти и с тотальным дефектом верхних челюстей, а при частичной адентии значительно уменьшить нагрузку на пародонт опорных зубов. Тем самым было улучшено качество жизни 97,1% больных.

Предлагаемый метод изготовления лицевых протезов из силикона включает в себя этапы предпротезной подготовки: снятие слепка с лица, скульптурное моделирование, индивидуальное раскрашивание, создание естественного вида бровей и ресниц с прошивкой собственных волос больного, что делает эктопротез альтернативой пластической хирургии. Использование ретенционных пунктов с применением адгезивных клеев является основным компонентом для фиксации эктопротеза, что позволило 95,2% больных уверенно носить лицевой протез.

Из 450 больных с дефектами верхней челюсти и мягких тканей лица 372 были в трудоспособном возрасте. Из них 104 больных приступило к труду в течение месяца. К окончанию года после операции их стало 225.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чучков В.М., Матякин Е.Г., Кропотов М.А. и др. Непосредственные и отдаленные результаты реабилитации онкологических больных с дефектами верхних челюстей. В съезд онкологов и радиологов СНГ, материалы съезда. с. 173. Ташкент, 2008.