УДК 616.313-089.87, 616.314.2

РОЛЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЛОССЭКТОМИЮ

Ю.П. Мансур, Д.В. Верстаков,
Л.Н. Щербаков, В.Е. Долгов

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЗ РФ

В последние годы в России отмечается рост заболеваемости злокачественными опухолями полости рта и глотки, в том числе раком языка. Хирургические методы лечения рака такой локализации носят калечащий характер и неизбежно приводят к нарушению ряда жизненно важных функций, в том числе, приводят к развитию зубочелюстных деформаций, что дополнительно ухудшает качество жизни таких пациентов. Своевременное назначение ортодонтических аппаратов в профилактических и лечебных целях, позволяет предотвратить развитие зубочелюстных аномалий и деформаций, а также провести лечение уже развившейся патологии.

Ключевые слова: рак языка, глоссэктомия, ортодонтическое лечение.

Актуальность совершенствования методов реабилитации больных, перенесших глоссэктомию, обусловлена целым рядом факторов. В последние годы в России отмечается рост общего интенсивного показателя заболеваемости злокачественными опухолями полости рта и глотки. Распространенность злокачественных новообразований полости рта на 2018 г. составила 28,5 на 100 тысяч населения [1]. Отличительными чертами новообразований слизистой оболочки полости рта являются высокие темпы роста опухоли, раннее появление метастазов. Это способствует тому, что, несмотря на доступность осмотра до 80% пациентов с данной локализацией злокачественных новообразований поступают на специализированное лечение с III-IV стадией заболевания [10], требующей проведения комбинированного лечения, включающего химиолучевую и таргетную терапию, оперативное вмешательство в различной последовательности, где ведущим компонентом остается радикальное хирургическое вмешательство [6, 9]. Хирургические методы лечения рака такой локализации носят калечащий

THE ROLE OF ORTHODONTIC CARE IN THE COMPLEX REHABILITATION OF GLOSSECTOMY PATIENTS

Yu. P. Mansur, D.V. Verstakov,
L.N. Scherbakov, V.E. Dolgov

VOLGOGRAD STATE MEDICAL UNIVERSITY

In recent years, Russia has seen an increase in the incidence of malignant tumors of the mouth and throat, including tongue cancer. Surgical methods of treatment of cancer of such localization have a crippling character and inevitably lead to disruption of a number of vital functions, including the development of tooth-jaw deformities, which further deteriorates the quality of life of such patients. Timely prescription of orthodontic devices for prophylactic and therapeutic purposes allows to prevent the development of tooth jaw abnormalities and deformities, as well as to treat the already developed pathology.

KEYWORDS: tongue cancer, glossectomy, orthodontic treatment.

DOI: 10.52531/1682-1696-2021-21-1-42-45

характер и неизбежно приводят к нарушению таких жизненно важных функций как речь, жевание, глотание, приводят к инвалидизации пациента [1]. Чаще всего они включают удаление всего языка, или его пораженного участка. Неблагоприятный прогноз, высокие показатели летальности у пациентов, перенесших глоссэктомию, отодвигают на второй план вопросы ортодонтической реабилитации таких больных. Тем не менее, для пациентов, благополучно перенесших оперативное вмешательство, поддержание эстетического и функционального оптимума зубочелюстной системы становится необходимой составной частью лечения. Эффективность лечения таких больных должна оцениваться не только с точки зрения непосредственного исхода оперативного вмешательства и продолжительности жизни пациента после операции, но также и по ряду показателей, характеризующих качество жизни пациента [7].

В результате операции экстирпации языка у больных наблюдаются целый ряд нарушений, таких как выраженные деформации речевого аппарата, дефекты

звукопроизношения, что приводит к затруднению акустического восприятия речи пациента, резко нарушено глотание, в ряде случаев отмечается нарушение дыхания. В отсутствие языка нарушаются тонусы мышц челюстно-лицевой области. Если в норме давление языка на зубные ряды изнутри компенсирует давление щек и губ снаружи, то при его удалении происходит нарушение баланса сил, что приводит к нарушению устойчивости зубов, проявляющемуся их оральным наклоном, который со временем осложняется скученностью зубов и другими аномалиями их положения (рис. 1, 2).

Зубы и зубочелюстной аппарат также подвергаются целому ряду негативных воздействий как непосредственно в период проведения лечебных процедур, так и по завершении курса лечения. Пациентам с злокачественными новообразованиями языка в подавляющем большинстве случаев проводится комбинированное лечение. По данным ВОЗ, 70–75% онкологических пациентов нуждаются в применении лучевой терапии [5, 8], которая имеет целый ряд осложнений. Последствия радиационного воздействия зависят как от характера лучевого воздействия, так и от его дозы, и могут иметь различные клинические проявления. Чаще всего через 3–6 месяцев после проведения лучевой терапии эмаль зубов теряет свой характерный блеск и становится тусклой, приобретает сероватый оттенок. Развивается лучевой кариес, который в случае отсутствия радикальных мер по лечению зубов, уже через 1–2 года поражает более 96% из них [2, 3].

Страдает и пародонт, что проявляется в анкилозировании отдельных зубов, убыли костной ткани межзубных перегородок, появлении патологической подвижности зубов. Все это приводит к преждевременному удалению зубов и формированию дефектов зубных рядов.

Выраженность зубочелюстных деформаций усиливается с течением времени, приводя к значительным затруднениям при откусывании и разжевывании пищи, ухудшению эстетики зубных рядов. Формирующиеся зубочелюстные аномалии и деформации характеризуются прогрессирующей скученностью зубов, повышением их подвижности, нарушением окклюзионных контактов зубных рядов, утрате отдельных зубов (рис. 2).

Быстро развиваются вторичные вертикальные деформации зубных рядов и альвеолярного отростка, затрудняющие протезирование их дефектов, а в ряде случаев делающие его невозможным. В таких случаях ортодонтическая коррекция сформировавшихся деформаций становится важным звеном реабилитации пациентов, перенесших глоссэктомию [10].

Целью исследования стало совершенствование методов комплексной реабилитации пациентов, перенесших глоссэктомию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проведено ортодонтическое лечение 11 пациентов, перенесших глоссэктомию, осложнившуюся развитием вторичных деформаций зубных рядов. Выбор ортодонтического аппарата для их лечения производился с учетом особенностей состояния слизистой оболочки и челюстных костей пациента. Во всех случаях была использована брекет-система, т.к. применение съемных ортодонтических аппаратов связано с риском развития воспаления в измененных тканях слизистой оболочки. Кроме того, трем пациентам на этапе подготовки к оперативному вмешательству были изготовлены ретенционные штампованные каппы на верхнюю и нижнюю челюсти, с целью профилактики возникновения вторичных деформаций зубных рядов. Пациенты начинали ношение ретенционных аппаратов сразу после начала заживления операционной раны. Рекомендованная длительность использования ретенционных аппаратов составляла период ночного сна плюс 2 часа их ношения в дневное время. Период наблюдения составил 1–4 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Применение брекет-системы у пациентов, перенесших комбинированное лечение по поводу злокачественного новообразования языка, требует большого внимания к состоянию оставшихся зубов. У пациентов наблюдалась вторая (3 человека) и третья степень активности кариозного процесса (8 пациентов). У 7 пациентов имелся лучевой кариес, возникший после проведения лучевой терапии новообразования. Все пациенты прошли перед фиксацией брекет-системы полную санацию рта. Кроме того, в план ортодонтической коррекции были введены ежемесячные процедуры профессиональной гигиены полости рта с последующим фторированием эмали. У 2 пациентов в результате радиационного воздействия развился анкилоз зубов, рентгенологически проявляющийся отсутствием периодонтальной щели, или ее прерывистостью. Такие зубы практически невозможно переместить ортодонтически, что требует тщательного планирования как активной фазы лечения, так и его ретенционного периода с последующим рациональным протезированием. Ретенционный период всех пациентов потребовал длительной (пожизненной) стабилизации размеров и формы зубных рядов. С этими целями была применена комбинация из лингвального ретейнера, фиксированного на 6 передних зубах, со съемной каппой. У 2 пациентов завершение лечения включало тотальное протезирование дефектов зубных рядов.

Наряду с аспектами ортодонтического лечения развивающихся после проведенной глоссэктомии зубочелюстных деформаций, не менее актуальным представляется вопрос об их профилактике. У всех пациентов, использовавших в качестве ретенционных

РИС. 1.

Пациентка К., 37 лет. Состояние в полости рта у пациентки спустя 5 лет после глоссэктомии: прогрессирующий оральный наклон зубов, приведший к формированию глубокого травмирующего прикуса, утрате зубов 32 и 42; подвижность зубов 2 степени (А, Б, В). Этап ортодонтической коррекции патологии брекет-системой (Г)

РИС. 2.

Пациентка С., 45 лет. Состояние полости рта через 7 лет после перенесенной глоссэктомии: формирование палатиноклюзии, выраженные вторичные вертикальные деформации зубных рядов и альвеолярного отростка на фоне преждевременного удаления зубов 26, 27, 35, 36, 44, 45, 46, 47. Анкилоз зубов 31, 32, 33

аппаратов штампованные каппы с момента начала заживления послеоперационной раны, за период наблюдения удалось избежать выраженных деформаций зубных рядов. Кроме того, каппы использовались пациентами для проведения реминерализующих процедур в комплексе мер, направленных на снижение радиационного воздействия на эмаль в ходе лучевой терапии.

ВЫВОДЫ

Таким образом ортодонтическое лечение является важным элементом комплексной реабилитации пациентов, перенесших глоссэктомию, требующим дальнейшего изучения. Своевременное применение ортодонтических аппаратов, позволяющих стабилизировать зубные ряды пациента в условиях нарушенного тонуса мышц и воздействия на них окружающих мягких тканей полости рта, измененных процессом рубцевания, позволяет значительно снизить риск развития зубочелюстных деформаций. Изготовление аппарата еще на этапе подготовки к операции делает возможным его применение на самых ранних послеоперационных этапах лечения пациента. В том случае, когда избежать деформаций зубных рядов не удалось, ортодонтическое лечение позволяет произвести коррекцию патологии и создать условия для рационального протезирования пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Балацкая Л.Н., Чойнзонов Е.А., Красавина Е.А., Костюченко Е.Ю., Новохрестова Д.И. Восстановление речевой функции у больных раком полости рта и ротоглотки с использованием инновационных технологий // Вопросы онкологии. 2020. Т. 66. № 3. С. 247–251.
- Галонский В.Г., Радкевич А.А., Казанцева Т.В., Казанцев М.Е., Шушакова А.А. Распространенность и интенсивность поражения твердых тканей зубов после комбинированного и лучевого лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области // Сибирское медицинское обозрение. 2012. №3. С. 70–79.
- Козлов В. А., Матчин А.А. Проблема реабилитации больных раком органов полости рта // Институт стоматологии. 2014. №1. С. 34–37.
- Мансур Ю.П., Огрина Н.А., Филимонова Е.В., Яновская М.А., Шкарин В.В. Комплексный подход к лечению дефектов зубных рядов, осложненных аномалиями прикуса, у взрослых пациентов // Волгоградский научно-медицинский журнал. Волгоград, 2011. Т. 29. № 1. С. 39–42.
- Матчин А.А. Медицинская реабилитация больных с опухолями головы и шеи // Оренбургский медицинский вестник. 2016. №3. С. 68–72.
- Матякин Е.Г., Яковлева Л.П., Романов И.С. и др. Современные подходы к выбору тактики комбинированного и комплексного лечения при раке полости рта // Стоматология. 2012. № 5. С. 28–30.
- Новик А.А., Ионова Т.Н. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Издательский дом «Нева». М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир». 2002. 320 с.
- Обухов Ю.А., Жуковская Е.В., Карелин А.Ф. Лучевой кариес у пациентов, получающих терапию по поводу новообразований: обзор литературы и собственные клинические наблюдения // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2018. №4. С. 40–50.
- Письменный В.И., Кулакова Н.М., Письменный И.В. Хирургическое лечение злокачественных опухолей языка. Логопедическая коррекция // Онкохирургия. 2011. Т. 5. Спецвыпуск № 1. С. 49.
- Поляков А.П., Каприн А.Д., Ратушный М.В. и др. Способ устранения дефекта полости рта и языка сложносоставным свободным «химерным» реваскуляризованным, реиннервированным кожно-мышечным лоскутом после тотальной глоссэктомии // Опухоли головы и шеи. 2017. Т. 7. № 3. С. 12–18.

Мансур Юлия Петровна,
к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО ВолГМУ Минздрава России.
ORCID: 0000-0002-7367-0190

☎ тел.: +7 (927) 251-23-47, e-mail: juliam75-1@yandex.ru

Верстаков Дмитрий Викторович,
к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО ВолГМУ Минздрава России

☎ тел.: +7 (903) 373-57-74, e-mail: verst100007@mail.ru

Щербаков Леонид Николаевич,
к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО ВолГМУ Минздрава России

☎ тел.: +7 (902) 382-76-36, e-mail: leosherbakov@yandex.ru

Долгов Всеволод Евгеньевич,
студент 5 курса стоматологического факультета ВолГМУ Минздрава России

☎ тел.: +7 (988) 055-18-55, email: avesvol@gmail.com

☎ 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов,
400131, Volgograd, pl. Pavshih Bortsov,