

О.В. Иванова
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №4», г. Астрахань

Изучены результаты лечения местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта у 310 пациентов, наблюдающихся в Астраханском областном онкологическом диспансере. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (158 пациентов) стоматологом до лечения не осматривалась; 2-я группа (152 пациента) после установления диагноза консультирована стоматологом, и совместно с радиологом и химиотерапевтом разрабатывался план сопроводительной терапии.

Результаты: планирование стоматологического сопровождения и проведение профилактических мероприятий развития осложнений при комбинированном и комплексном лечении рака слизистой оболочки полости рта позволяют снизить количество геморрагических осложнений до 4,6%, локальных воспалительных процессов до 2,6% и значительно снизить число других осложнений.

Заключение: планирование сопроводительной стоматологической терапии и организация проведения адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий снижают число воспалительных и геморрагических осложнений при комбинированном и комплексном лечении больных с местно-распространенным раком слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: рак слизистой оболочки полости рта, геморрагические осложнения, мукозит, остеорадионекроз.

O.V. Ivanova
**EFFECTIVENESS OF DENTAL AID TO PATIENTS
WITH LOCALLY DISTRIBUTED CANCER OF ORAL MUCOSA**

The results of treatment of 310 patients with locally distributed cancer of oral mucosa being observed in Astrakhan regional oncological dispensary have been analyzed. All the patients were divided into 2 groups: the first group (158 patients) was not consulted by a dentist; the second group included 152 patients who were seen by a dentist. A special commission including radiologist and chemotherapist developed a plan of accompanying therapy.

Results: Planned dental aid and measures directed at the prevention of complications against the background of combined and complex therapy of locally distributed cancer of oral mucosa allows to decrease the number of hemorrhagic complications to 4.6%, local inflammatory processes – to 2.6% as well as other complications.

Conclusions: Planning of accompanying dental therapy and organization of adequate curable and rehabilitation measures significantly improves life quality of patients with locally distributed cancer of oral cavity mucus, reduces the number of inflammatory and hemorrhagic complications during combined and complex treatment of these patients.

Key words: cancer of oral mucosa, hemorrhagic complications, mucitis, osteoradionecrosis.

Несмотря на так называемую визуальную локализацию, большинство пациентов с местно-распространенным раком слизистой оболочки полости рта (60-70%) начинают специальное лечение на III – IV стадиях заболевания. Поэтому для них определяющим лечебным подходом является комбинированная и комплексная терапия, при которой нередко возникают осложнения как местного, так и общего характера [1,2,3,4,7]. Вопросам профилактики и лечения этих осложнений не всегда уделяется должное внимание. Имеется множество организационных проблем в оказании стоматологической помощи этим пациентам [5,6,7]. Остаются нерешенными вопросы планирования, специализированного стоматологического статистического учета, этапности при лечении этих пациентов. Не обоснована потребность во врачебных кадрах для лечебных учреждений и во многом не решены вопросы их подготовки с учетом специфики онкологического лечения и возможной ортопедической реабилитации, особенно после обширных оперативных вмешательств.

Последнее связано с тем, что комбинированное и комплексное лечение при местно-

распространенном раке слизистой оболочки полости рта нередко сопровождается выраженными функциональными, а иногда и эстетическими нарушениями, приводящими к ограничению жизнедеятельности, социальной дезадаптации и глубоким социо-психологическим проблемам существования больного [3,4].

Особую значимость имеют проблемы, связанные с преемственностью специалистов, занимающихся лечением этой категории больных, так как роль и место каждого специалиста в комплексном лечении рака слизистой оболочки полости рта не детализированы, последовательность подключения их к обследованию и лечению на каждом конкретном этапе не определена. А в некоторых случаях отсутствует осведомленность специалистов о возможностях современной стоматологической помощи в профилактике, лечении и реабилитации пациентов с этой патологией [1].

Организация планирования проведения стоматологической сопроводительной терапии на всех этапах ведения больных с указанной патологией является актуальной проблемой как для онкологов, так и для стоматологов, что во многом связано с подготовкой

специалистов, владеющих соответствующими знаниями этих разделов стоматологии. Только индивидуальный подход к проведению профилактических и лечебных мероприятий с учетом клинико-лабораторных данных и постоянного мониторинга стоматологического статуса позволит избежать серьезных осложнений и проводить эффективное адекватное лечение в каждом конкретном случае.

Диспансерный подход к амбулаторному наблюдению стоматологом, имеющим специальную подготовку по проведению сопроводительной терапии онкологических пациентов (особенно получивших комбинированное и комплексное лечение), позволит оценить поздние эффекты противоопухолевого лечения и разработать с учетом этого подходы к стоматологической реабилитации каждого конкретного пациента, включая своевременное и адекватное протезирование. Организация при всех онкологических диспансерах специализированных стоматологических кабинетов, укомплектованных не только квалифицированным стоматологом, знающим специфику изменений в полости рта при проведении химиолучевой терапии, но и ортопедом, который должен участвовать в планиро-

вании основного лечения и разрабатывать мероприятия по реабилитации пациентов, будет способствовать улучшению их качества жизни.

Эти и многие другие вопросы рассматриваются в доступных литературных источниках, однако мы не встретили исследований, обобщающих медико-организационную проблематику оказания стоматологической помощи в нашей стране, что и послужило поводом для проведения настоящего исследования.

Цель работы: оценка эффективности стоматологической сопроводительной терапии больных местно-распространенным раком слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы

Проведен сравнительный анализ лечения 310 больных со злокачественными опухолями слизистой полости рта, находившихся на лечении в Астраханском областном онкологическом диспансере. Возраст больных колебался от 28 до 74 лет (средний возраст $54,3 \pm 6,3$ года). Распределение больных по локализации первичной опухоли представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и локализации опухоли				
Локализация опухоли	Мужчины	Женщины	Всего	
			кол-во, чел.	%
Язык	140	27	167	53,9
Дно полости рта	99	3	102	32,9
Прочие отделы полости рта	35	6	41	13,2
Всего...	274(88,4%)	36(11,6%)	310	100,0

Преимущественное поражение передних отделов при раке слизистой оболочки дна полости рта имело место у 19,7% больных, боковых – у 11,3%, заднебоковых – у 7% и сочетанное поражение переднебоковых отделов у 62% пациентов. Опухоль преимущественно вовлекала в процесс 2 или 3 функционально-структурных отдела полости рта. Так, распространение опухоли на соседние

органы при раке языка отмечено у 39,4% больных, дна полости рта – у 67,6%. У 12 из 14 больных раком альвеолярного отростка нижней челюсти имела место костная деструкция. Последняя отмечалась у 8 больных раком ретромолярной области.

Распределение больных по стадиям заболевания согласно Международной классификации TNM 2011 г. приведено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение больных при различных локализациях в зависимости от стадии заболевания						
Локализация опухоли	T3		T4		Всего	
	кол-во, чел.	%	кол-во, чел.	%	кол-во, чел.	%
Язык	132	81,5	30	18,5	162	52,3
Дно полости рта	83	79,0	22	21,0	105	33,9
Альвеолярный отросток	5	25,0	15	75,0	20	6,4
Ретромолярная область	8	50,0	8	50,0	16	5,2
Щека	4	57,1	3	42,9	7	2,2
Итого...	232	74,8	78	25,2	310	100

У всех больных, наряду с обширным местным поражением, диагностированы увеличенные регионарные лимфатические узлы шеи, большинство которых было верифици-

ровано морфологически. Для этого нередко использовалась пункционная биопсия под УЗИ-контролем, а при необходимости выполнялась открытая биопсия.

У 97,9% пациентов опухоль морфологически была представлена плоскоклеточным раком.

Высокодифференцированный рак (I степень злокачественности) выявлен у 15% больных, умереннодифференцированный (II степень злокачественности) – у 59%, слабо-дифференцированный (III степень злокачественности) – у 25% пациентов и у 1% – низкодифференцированный рак.

После установления диагноза 152 пациента (1-я группа больных) осматривались комиссией в составе химиотерапевта, радиолога, хирурга – онколога, стоматолога и выработывался план сопроводительной терапии. Остальные 158 больных (2-я группа) стоматологом до лечения не осматривались.

В 1-й группе больным проводился комплекс профилактических и лечебных мероприятий согласно составленному комиссией индивидуальному плану.

Нами разработан специальный бланк для составления этого плана, в котором указывались паспортные данные больного, развернутый диагноз с сопутствующими заболеваниями, по датам расписывался план специального лечения (химиотерапия, лучевая терапия, операция). После этого совместно со стоматологом определялась сопроводительная терапия как на время лечения, так и на ранний период после него. Этот план мог меняться в процессе лечения в зависимости от клинических и лабораторных параметров.

Перед началом онкологического лечения все пациенты 1-й группы проходили всестороннее стоматологическое обследование и при необходимости проводилась санация полости рта. Целью предварительного обследования явилась идентификация факторов риска развития побочных явлений в полости рта, которые могут помешать лечению онкологического заболевания. Затем осуществлялось стоматологическое лечение, необходимое для исключения очагов инфекции, и составлялась программа поддержания стоматологического здоровья.

Первичный осмотр пациентов проводил опытный стоматолог, подготовленный по ведению больных, получающих химиолучевое лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта.

Статистическая оценка проводилась с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов лечения выявил, что среди больных, которые не осматривались

стоматологом (2-я группа), у 46 (29,1%) имел место мукозит средней и тяжелой степеней ($p < 0,05$). У 15 из них по этому поводу на время прекращалось специальное лечение (лучевая терапия). В то время как среди тех, кому проводилась сопроводительная терапия по составленному стоматологом плану (1-я группа больных), такие осложнения были только у 28 (18,4%) больных ($p < 0,05$).

Инфекционные осложнения были отмечены в 1-й группе у 4 (2,6%) больных ($p < 0,05$), а во 2-й группе они встречались у 18 (11,4%) пациентов ($p < 0,05$). То же самое относится и к геморрагическим осложнениям.

Особую группу составили больные, у которых развивался остеорадионекроз. В 1-й группе он встречался в 4 раза чаще, чем во 2-й. При этом у 2-х пациентов 1-й группы отмечались кровотечения в отдаленном периоде, которые трудно поддавались купированию.

Наибольшее количество больных было старше 50 лет (182 чел., 58,7%), что требовало дополнительного специального обследования ввиду часто имевших место сопутствующих заболеваний. Высокий и очень высокий уровни кариеса значительно преобладали у этих больных. У 92% больных из общего числа обратившихся за медицинской помощью кариесом осложненной формы были поражены от 5 до 28 зубов.

Анализировались лабораторные показатели крови и функциональное состояние больных. При показателях гемоглобина 100 г/л помимо стоматологических мероприятий в течение недели вводили эритропоэтин по 1 мл через день. А у больных с нейтропенией до санации полости рта проводилось лечение граноцитом и иммуномодуляторами. У 10 больных нами применялся индуктор синтеза интерферона – циклоферон – один раз в сутки в дозе 300 мг (2 таблетки) за 2-3 дня до санации полости рта. В последующем 5% линимент циклоферона использовался местно в виде ватных турунд 2-3 раза в день. У больных с одонтогенной инфекцией на фоне анемии, тромбоцитопении, нарушения антителообразования санацию полости рта проводили в условиях стационара из-за опасности инфекционных и геморрагических осложнений совместно с онкологом проводили коррекцию нарушенных функций. При необходимости обезболивания нескольких зон у этого контингента больных предпочтение отдавали общей анестезии с целью профилактики развития гематом подвисочной ямки и крыло-виднo-нижнечелюстного пространства. Таким больным проводили преимущественно хирур-

гическую санацию полости рта, так как более чем у 80% больных кариозная болезнь осложнялась патологическими изменениями пародонта. Экстракция зубов сопровождалась тщательным кюретажем лунок и наложением швов для профилактики кровотечения. У 50 больных нами использована гемостатическая губка с канамицином (Россия). Антибиотики вводились внутримышечно однократно за 1-2 часа до санации и в последующем их введение продолжалось в течение 4-5 дней. Зубосохраняющие операции выполняли только после обязательного осмотра онкологом и комплексного обследования больных.

Анализ результатов санации полости рта в обеих группах больных позволил нам отметить снижение количества кровотечений с 8,2 до 4,6% в группе, где проводились профилактические мероприятия. Такие же показатели имели место и в возникновении локальных воспалительных процессов в зоне стоматологической манипуляции сроком от 1

до 3-х суток после лечения – с 11,4 до 2,6% ($p < 0,05$).

Известно, что химиолучевая терапия при местно-распространенном раке слизистой оболочки полости рта приводит к осложнениям как местного, так и общего характера. Представленные данные убедительно показывают необходимость проведения комплекса профилактических и лечебных мероприятий с целью снижения не только количества осложнений, но и улучшения качества жизни этих пациентов.

Заключение. Планирование стоматологического сопровождения и проведение профилактических мероприятий развития осложнений при комбинированном и комплексном лечении местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта позволяют снизить количество геморрагических осложнений до 4,6%, локальных воспалительных процессов до 2,6% и мукозитов средней и тяжелой степени с 29,1 до 18,4%.

Сведения об авторе статьи:

Иванова Ольга Вячеславовна – к.м.н., зав. отделением терапевтической стоматологии ГБУЗ АО «Стоматологическая поликлиника № 4» г. Астрахань, врач-стоматолог ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер». Адрес: 414015, г. Астрахань, пл. Заводская, 88. E-mail: stomat4@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозерова Н.Н. Особенности ведения больных с патологией пародонта на фоне лучевой терапии злокачественных опухолей полости рта: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 156 с.
2. Поражения полости рта, вызванные источником ионизирующего излучения / Е.Н. Гончарова [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2002. – №4. – С. 44-46.
3. Химиолучевое лечение больных с местно-распространенным раком органов полости рта и ротоглотки / В.В. Карасева [и др.] // Российская онкология. – 2000. – № 4. – С. 21-23.
4. Late toxicities due to multimodal treatment of head and neck cancer (HNC) / J. Buentzel, [et al.] // Radiotherapy and oncology. – 2004. – Vol.73 (suppl. 1), abstr. 716.
5. Janjan, N.A. Radiation, therapy for squamous cell carcinomas of the oral cavity and oropharynx / N.A. Janjan, B. Campbell, J.F. Wilson // Cancer. Treat. Rev. – 1990. – V. 17, № 1. – P. 89-101.
6. Marchetta, F.C. The periosteum of the mandible and intraoral carcinoma / F.C. Marchetta, K. Suco, J.B. Murphy // Amer. J. Surg. 1971. P. 122-127.
7. Toth B., Chambers M.S., Fleming F. Prevention and management of oral complications associated with cancer therapies radiotherapy (Chemotherapy) / B.Toth, M.S. Chambers, F. Fleming // Texas dent. J. – 1996. – v. 113, №6. – p. 23-29.

УДК 616.314.3-007.272-089.23: [612.741.1:616.742.7] -085.83./84
© Г.Р. Исхакова, О.М. Дубова, Л.П. Герасимова, 2013

Г.Р. Исхакова, О.М. Дубова, Л.П. Герасимова

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР В РЕТЕНЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИЕЙ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В статье представлены результаты применения комплекса физиотерапевтических процедур в ретенционном периоде у взрослых пациентов с резцовой дизокклюзией под контролем электромиографии. Определено, что по окончании активной фазы ортодонтического лечения у пациентов 19-25 лет с резцовой дизокклюзией наблюдаются снижение функциональной активности собственно жевательных, височных и круговой мышц рта и увеличение функциональной активности надподъязычных и подбородочной мышц. Под воздействием применения комплекса электромиостимуляции, амплипульстерапии и флюктуоризации происходит восстановление миодинамического равновесия мышц-антагонистов и синергистов (собственно жевательных, височных, надподъязычных, подбородочной и круговой мышц рта), что предопределяет стабильность полученного ортодонтического результата.

Ключевые слова: физиотерапевтические процедуры, резцовая дизокклюзия, электромиография, ретенционный период.