

РЕАБИЛИТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

REHABILITATION AND QUALITY OF LIFE

Л. Балацкая, Е. Чойнзонов, С. Чижевская, Е. Красавина

ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Российская Федерация

Цель. Улучшение качества жизни больных после комбинированного лечения опухолей головы и шеи путем разработки новых методических подходов к голосовой реабилитации.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 1240 пациентов, которым в плане комбинированного лечения злокачественных новообразований гортани, полости рта, ротоглотки и щитовидной железы выполнены различные хирургические вмешательства. Все больные нуждались в реабилитационных мероприятиях по восстановлению голосовой и дыхательной функций. В раннем послеоперационном периоде логовосстановительная терапия проведена 602 пациентам после ларингэктомии, 95 после резекции гортани, 284 после органосохраняющих вмешательств на полости рта и ротоглотке, а также 259 больным с парезами и параличами гортани после вмешательств на щитовидной железе.

Результаты. Восстановление голосовой функции проводили по разработанным нами методикам с учетом локализации опухолевого процесса и объема хирургического вмешательства. В результате голосовой реабилитации овладели звучной речью в полном объеме за счет формирования пищевого голоса 91% больных, перенесших ларингэктомию. Восстановление голоса после резекции гортани отмечено у 93% пациентов. Эффективность коррекции речи после органосохраняющих вмешательств на полости рта и ротоглотке составила 82%. При парезах и параличах гортани положительный эффект достигнут у 96% пациентов. Продолжительность курса голосовой реабилитации составляла от 2 нед до 2 мес.

Выводы. Голосовая реабилитация больных опухолями головы и шеи после хирургического лечения улучшает качество их жизни. Она дает возможность возвратиться к трудовой деятельности 68% больных, перенесших удаление гортани, 78,2% больных, перенесших резекцию гортани, 87% больных, перенесших органосохраняющие вмешательства на полости рта и ротоглотке, 92% больных с парезами и параличами гортани.

L. Balatskaya, E. Choinzonov, S. Chizhevskaya, E. Krasavina

VOCAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

Cancer Research Institute, SD, RAMS, Tomsk, Russian Federation

Aim. To improve quality of life of patients undergoing multimodality treatment for head and neck tumors by a new vocal rehabilitation methodology.

Materials and methods. Aftercare was given to 1240 patients undergoing surgery as a component of multimodality treatment for cancer of the larynx, oral cavity, oropharynx or thyroid. All the patients needed rehabilitation to recover vocal and respiratory functions. Early postoperative logorehabilitation therapy was given to 602 patients having laryngectomy, 95 patients undergoing resection of the larynx, 284 patients having preservation surgery on the oral cavity and oropharynx and 259 patients with laryngeal paresis or paralysis after surgery on the thyroid.

Results. We used our methodology for vocal function rehabilitation of patients with respect to tumor site and surgery extent. As a result, 91% of patients undergoing laryngectomy fully recovered sound speech due to esophageal voice. Voice recovery after resection of the larynx was achieved in 93% of cases. Logocorrection efficacy after preservation surgery on the oral cavity and oropharynx was 82%. Positive effect in cases with laryngeal paresis or paralysis was achieved in 96% of cases. Duration of vocal rehabilitation course ranged from 2 weeks to 2 months.

Conclusions. Vocal rehabilitation of patients with head and neck tumors undergoing surgery improves patients' quality of life. After the rehabilitation 68% of patients having laryngectomy, 78.2% of patients undergoing laryngeal resection, 87% of patients having preservation procedures on the oral cavity and oropharynx, and 92% of patients with laryngeal paresis or paralysis can return to work.

А. Дробышев, А. Абовян, Д. Ермолин

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ

МГМСУ, Москва, Российская Федерация

Цель исследования — разработка принципов применения дистракционного метода, дентальной имплантации и фиксации протезных конструкций на имплантатах с целью восстановления жевательной и речевой функции у больных с резекцией челюсти. Проведено лечение 62 больных: 48 больных с дефектами нижней челюсти и 14 больных с дефектами верхней челюсти. Хирургические вмешательства планировали строго индивидуально. Для этого использовали компьютерную программу «SimPlant Pro» и литографические модели. Применяли дистракционные аппараты и дентальные имплантаты, выпускаемые отечественными и зарубежными фирмами. Сорока восьми пациентам с дефектами нижней челюсти в разные сроки после хирургического вмешательства на первичном очаге установлены 123 имплантата. У 28 пациентов применен дистракционный метод. Четырнадцать пациентам с дефектами верхней челюсти установлены 42 дентальных винтовых имплантата. Произвольный выбор числа устанавливаемых имплантатов и их местоположения при наличии дефектов челюстей у онкологических больных невозможен вследствие изменения анатомии полости рта после хирургического вмешательства. Трудности установки имплантатов во многом связаны с количеством и качеством костной ткани после вмешательства. С целью оптимизации состояния альвеолярной части верхних и нижней челюстей мы применяли разные методики дистракции и остеопластики. Одним из наиболее эффективных и перспективных методов в челюстно-лицевой хирургии следует считать метод дистракционного остеогенеза.

О. Ковалев¹, И. Вихлянов², А. Лазарев²

ПЕРВИЧНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ДНА ПОЛОСТИ РТА

¹ ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, Барнаул, Российская Федерация

² Алтайский филиал РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Барнаул, Российская Федерация

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями на долю опухолей дна полости рта приходится около 3,5%. Большинство пациентов (55—67%) поступают на лечение с местнораспространенными опухолями. Одним из основных методов лечения данной патологии является хирургический, однако выполнение хирургических вмешательств влечет за собой снижение качества жизни больных в связи с нарушениями жевания, глотания, фонации. В связи с этим актуальным является ранняя функциональная реабилитация больных с опухолями дна полости рта и ротоглотки. Тридцати семи больным после краевых резекций нижней челюсти по поводу местно-

A. Drobyshev, A. Abovyan, D. Ermolin

PRINCIPLES OF CANCER PATIENT REHABILITATION AFTER MAXILLOFACIAL SURGERY

MSUMD, Moscow, Russian Federation

The aim of the study was to develop principles for distractive dental implantation and fixation of prostheses on implants to recover chewing and speech functions in patients undergoing partial resection of the mandible or maxilla. A total of 62 patients received treatment including 48 with mandible and 14 with maxilla defects. Surgical interventions were planned on a strictly individual basis using a *SimPlant Pro* program and lithographic models. Distraction apparatus and dental implants of Russian and foreign production were used. A total of 123 implants were made in 48 patients with mandible defects at various terms following surgery on the primary. Distraction technique was used in 28 cases. Fourteen patients with maxilla defects received 42 dental screw implants. Voluntary choice of the number and site of implants to close jaw defects in cancer patients is impossible due to changes in mouth anatomy after surgical intervention. Implantation difficulties are to a large degree related to amount and quality of bone tissues after surgery. We used a variety of distraction and osteoplasty techniques to optimize condition of upper and mandible alveolar segments. Distraction osteogenesis may be considered a most effective and promising approach in maxillofacial surgery.

O. Kovalev¹, I. Vikhlyanov², A. Lazarev²

PRIMARY FUNCTIONAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SQUAMOUS-CELL CANCER OF FLOOR OF THE MOUTH

¹ ASMU of RF Health Ministry, Barnaul, Russian Federation

² Altai Affiliation of the N. N. Blokhin RCRC RAMS, Barnaul, Russian Federation

Tumors of mouth floor are approximately 3.5% of all cancers. Most patients (55 to 67%) present with locally advanced disease at diagnosis. Surgery is one of principal treatment modalities though is associated with worsening of quality of life due to impairment of chewing, swallowing and phonation. Early functional rehabilitation of patients with tumors of the mouth floor and oropharynx is therefore of much importance. Thirty seven patients undergoing edge resection of the mandible for locally advanced cancer of mouth floor mucosa received primary functional rehabilitation with forming postresection removable plate prostheses. The prostheses were manufactured beforehand using jaw models obtained by 3D computed modeling immediately after operation on the operating

распространенного рака слизистой оболочки дна полости рта проведена первичная функциональная реабилитация, которая заключалась в изготовлении формирующих пострезекционных съемных пластиночных протезов. Протезы изготавливали заранее по предварительно полученным методом трехмерного компьютерного моделирования моделям челюстей и накладывали сразу после операции на операционном столе. Это способствовало оптимальному формированию будущего протезного ложа и предотвращало рубцовые изменения нижней зоны лица с его обезображиванием. В послеоперационном периоде с целью предотвращения инфекционных осложнений и ускорения заживления применяли разработанную стоматологическую терапевтическую систему, обладающую выраженными антимикробными и противовоспалительными свойствами. После заживления послеоперационной раны и окончательного формирования протезного ложа изготавливали окончательный экзопротез, которым больной пользовался до эндопротезирования. Таким образом, ранняя первичная и вторичная функциональная реабилитация позволяет в короткие сроки социально адаптировать больных. Восстановление звучной речи происходило в среднем на 5-е сутки, жевательной функции (на 60—65%) на 10—15-е.

Л. Кожанов, А. Сдвижков

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Онкологический клинический диспансер № 1, Москва, Российская Федерация

Восстановление голосовой функции является основным этапом реабилитации больных, перенесших ларингэктомию. Эта задача может быть решена за счет обучения больных пищеводному голосу, использования голосовых аппаратов и выполнения различных реконструктивных операций. Одним из важнейших направлений реабилитации голосовой функции после ларингэктомии являются хирургические вмешательства, в основу которых положен принцип трахеопищеводного шунтирования, т. е. создания сообщения между трахеей и пищеводом. Данный принцип может быть реализован на практике двояко: (1) за счет формирования трахеопищеводного шунта и защитного клапана из аутоканей; (2) за счет введения в трахеопищеводный шунт искусственного приспособления — протеза. Трахеопищеводное шунтирование выполняли одномоментно с удалением гортани или в отдаленные сроки после него. Хирургический метод восстановления голоса применен у 153 больных. Голосовая функция восстановлена в ранние сроки после операции у 83—91% больных. Нами проведены акустические исследования: изучен речевой тракт больных до и после удаления гортани, проведено исследование голоса после хирургического вмешательства. Спектральный анализ показал, что по сравнению с трахеопищеводными шунтированием без эндопротезирования протез создает голос более высокого качества с большей устойчивостью частоты основного тона и меньшим шумовым компонентом в высокочастотном участке спектра. У больных, перенесших эндопротезирование, уровень шума в области 4 кГц на звуках «а» и «и» уменьшился на 10 дБ. Таким образом, трахеопищеводное

table. This provided optimal shaping of further prosthesis bed and prevented cicatricial changes in and disfiguration of the lower face. A specially developed dentistry system with marked antimicrobial and anti-inflammatory properties was used postoperatively to prevent infectious complications and to hasten healing. Final exoprosthesis was manufactured after postoperative wound healing and complete prosthetic bed formation for the patient to use until endoprosthesis. Therefore, early primary and secondary functional rehabilitation allows social adaptation of patients immediately after treatment. Recovery of phonation was reported on day 5 and of chewing (by 60 to 65%) on day 10 to 15.

L. Kozhanov, A. Sdvizhkov

SURGICAL REHABILITATION OF VOCAL FUNCTION AFTER LARYNGECTOMY

Cancer Clinic No. 1, Moscow, Russian Federation

Recovery of vocal function is a principal component of rehabilitation of patients undergoing laryngectomy. This problem may be solved by teaching patients to esophageal speech, utilization of vocal apparatus and a variety of reconstruction procedures. Surgery involving tracheoesophageal bypass is a most important way to rehabilitate vocal function after laryngectomy. The procedure may include (1) tracheoesophageal bypass and a protective valve from autotissue, or (2) installation of an implant into the tracheoesophageal bypass. Tracheoesophageal bypass was made simultaneously with laryngectomy or some time after surgery. Surgical voice reconstruction was used in 153 patients. Vocal function recovered at various terms following surgery in 83—91% of patients. We performed acoustic study including analysis of patients' speech track before and after laryngectomy and voice analysis after surgical intervention. As demonstrated by spectral analysis, the prosthesis produces voice of a higher quality with a greater stability of basic tone frequency and lower noise in high-frequency range in comparison with tracheoesophageal bypass without endoprosthesis. In cases with endoprosthesis noise at 4 kHz for vowels 'a' and 'i' reduced by 10 dB. Laryngectomy with tracheoesophageal bypass and endoprosthesis allows restoration of voice with satisfactory acoustic characteristics.

шунтирование и эндопротезирование после ларингэктомии позволяют восстановить голос с удовлетворительными акустическими характеристиками.

Е. Красавина, Л. Балацкая, Е. Чойнзонов

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПАХ ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Российская Федерация

Цель. Улучшение качества жизни больных после ларингэктомии с использованием современных методических подходов к голосовой реабилитации.

Материалы и методы. Качество жизни оценено у 43 ларингэктомированных больных после восстановления голосовой функции по методике, разработанной в НИИ онкологии СО РАМН, основанной на применении методов биологической обратной связи. Использован наиболее информативный у онкологических больных общий опросник EORTC QLQ-30 (версия 3.0) и специальный опросник для больных опухолями головы и шеи QLQ-H&N35. Исследование проводили до начала комбинированного лечения, в начале голосовой реабилитации, а также сразу, через 6 и 12 мес после ее завершения.

Результаты. При анализе опросников отмечено, что оценка физического функционирования в послеоперационном периоде снижалась с $77,95 \pm 6,3$ балла до 54 ± 7 баллов, а после реабилитационных мероприятий повышалась до $62,6 \pm 7,4$ балла. Через 6 и 12 мес после окончания голосовой реабилитации оценка повышалась до $79,4 \pm 6,2$ и $80 \pm 6,2$ балла соответственно. После хирургического лечения оценка социального функционирования снижалась с $88,9 \pm 4,8$ до $41,5 \pm 7,5$ балла, через 12 мес после окончания логовосстановительной терапии повышалась до $84,9 \pm 5,4$ балла. Проблемы с речью у больных отмечались до начала лечения ($32,4 \pm 7,1$ балла), после операции они нарастали ($77 \pm 6,4$). Восстановление голосовой функции позволяло уменьшить затруднения речи ($43,2 \pm 7,6$), через 12 мес оценка снижалась до $32 \pm 7,1$ балла. Оценка общего состояния здоровья до начала лечения составила $41,5 \pm 7,5$ балла, после окончания голосовой реабилитации возросла до $60,2 \pm 7,5$ балла, через 12 мес составила $72,5 \pm 6,8$ балла.

Выводы. Повышение качества жизни больных, перенесших ларингэктомию, свидетельствует об эффективности применения методики восстановления голосовой функции с использованием методов биологической обратной связи.

О. Крехно, А. Фролов

ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Клиническая больница № 5, Тольятти, Российская Федерация

В 2005 г. в Российской Федерации заболеваемость мужчин раком гортани составила 9,2 на 100 000, что на 1,1% меньше, чем в 2004 г. Абсолютное число больных с впервые установленным ди-

Е. Krasavina, L. Balatskaya, E. Choinzonov

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN PATIENTS RECEIVING VOCAL REHABILITATION AFTER LARYNGECTOMY

Cancer Research Institute SD RAMS, Tomsk, Russian Federation

Aim. To improve quality of life in patients undergoing laryngectomy using up-to-date vocal rehabilitation approaches.

Materials and methods. Quality of life was assessed in 43 patient undergoing laryngectomy and vocal function rehabilitation by methods based on biologic feedback developed at the Cancer Research Institute SD RAMS. The assessment was made using a most informative general questionnaire for cancer patients EORTC QLQ-30 (version 3.0) and a special questionnaire for patients with head and neck cancer QLQ-H&N35. The assessments were carried out before multimodality treatment, at the start, immediately and at 6 and 12 months after completion of vocal rehabilitation.

Results. Physical functioning score during the postoperative period reduced from 77.95 ± 6.3 to 54 ± 7 , and after rehabilitation increased to 62.6 ± 7.4 . At 6 and 12 months after completion of vocal rehabilitation the scores increased to 79.4 ± 6.2 and 80 ± 6.2 respectively. After surgical treatment social functioning score reduced from 88.9 ± 4.8 to 41.5 ± 7.5 and increased to 84.9 ± 5.4 at 12 months after logorehabilitation. Speech problems arose before treatment (32.4 ± 7.1) and increased after surgery (77 ± 6.4). Rehabilitation of vocal function improved speech problems (43.2 ± 7.6), and the score reduced to 32 ± 7.1 after 12 months. General health score was 41.5 ± 7.5 before treatment, increased to 60.2 ± 7.5 after rehabilitation and reached 72.5 ± 6.8 at 12 months after rehabilitation.

Conclusions. The improvement of quality of life in patients undergoing laryngectomy is evidence in favor of efficacy of the vocal functional rehabilitation on the basis of biologic feedback.

О. Krehhno, A. Frolov

VOCAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER LARYNGECTOMY

Clinical Hospital No. 5, Togliatti, Russian Federation

The 2005 laryngeal cancer prevalence among men in the Russian Federation was 9.2 per 100,000 population, i. e. by 1.1% less than the 2004 rate. There were 6,088 newly diagnosed laryngeal cancer cases

агнозом рака гортани в 2005 г. достигло 6088 человек. Несмотря на постоянное совершенствование диагностики, в течение многих лет остается стабильно высокой запущенность рака гортани (у 60—70% больных диагностируют III—IV стадии заболевания). В течение 1-го года после постановки диагноза умирают 32,8% больных. Это связано не только с поздней диагностикой, но и с отказом больных от операции. Реабилитация голосовой функции после ларингэктомии, возможно, позволит улучшить результаты лечения рака гортани, поскольку большее число больных будут соглашаться на хирургическое лечение. В настоящей работе мы приводим данные о 47 больных: 45 (95,7%) мужчинах и 2 (4,2%) женщинах, проходивших лечение в нашем отделении с 2000 по 2008 г. Всем больным выполнена ларингэктомия с протезированием. Средний возраст больных составил 63,2 года. При гистологическом исследовании диагностирован плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки. С учетом распространенности опухолевого процесса стандартная ларингэктомия выполнена 43 (91,2%) больным, комбинированная ларингэктомия — 4 (8,8%). У 36 больных мы использовали протезы «Provox» и у 11 — «Blom-Singer». Сроки использования этих протезов до замены составляли 12—25 мес, средний срок эксплуатации — 1,5 года. В настоящее время не возникает сомнений в том, что голосовая реабилитация после ларингэктомии позволяет существенно улучшить качество жизни и социальную адаптацию пациента.

А. Кулаков¹, Е. Матякин², В. Чучков¹, А. Мудунов², А. Ахундов²,
С. Федотенко², Н. Федотов², М. Чучков³

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ МЯГКОГО НЕБА

¹ ЦНИИС и ЧЛХ, Москва, Российская Федерация
² РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва, Российская Федерация
³ РУДН, Москва, Российская Федерация

Цель исследования — разработка клинико-технических методов протезирования онкологических больных с дефектами мягкого неба. Предоперационные и последующие протезирования проведены 12 больным с послеоперационными дефектами мягкого неба. Приобретенные дефекты мягкого неба — сравнительно редкая патология. За период с 1969 по 2008 г. из 482 больных с дефектами верхней челюсти только у 12 были дефекты мягкого неба. У 3 больных мягкое небо отсутствовало полностью, у остальных 9 оставалась узкая полоска (не более 1 см) задней части мягкого неба. Перед операцией всем больным изготовлены защитные пластинки, а также индивидуальные жесткие ложки. После операции мы рекомендуем снимать оттиск с верхней челюсти дважды. Первый оттиск снимается индивидуальной жесткой ложкой для изготовления съемного пластинчатого протеза. Второй оттиск снимается с дефекта мягкого неба пластинчатым протезом. Этот оттиск оформляется функциональными пробами. Пустотелый obturator изготавливают с применением вкладыша. У больных с тотальным дефектом мягкого неба протез с obturatorом не должен полностью восполнять анатомический дефект. Важно, чтобы obturator перекрывал задний отдел носоглотки. У остальных больных obtурирующая часть съемного протеза должна находиться под остатками мягкого неба. Адекватное протезирование позволило больным чувствовать себя полноценными членами общества, а 3 больным трудоспособного возраста через 2 нед вернуться на прежнюю работу.

in 2005. Advanced laryngeal cancer frequency is still very high in spite of continuous improvement in the diagnosis (60 to 70% of patients have stage III—IV at diagnosis). 32.8% of patients die within the first year due to both late diagnosis and refusal of surgery by the patient. Rehabilitation of vocal function after laryngectomy may improve treatment outcomes in laryngeal cancer because more patients will then agree on surgical treatment. This paper summarizes data about 47 patients including 45 men (95.7%) and 2 women (4.2%) managed at our department during 2000 through 2008. All patients underwent laryngectomy with prosthesis. Mean patient age was 63.2 years. Squamous-cell carcinoma of various differentiation degrees was identified by histology. Standard laryngectomy was made in 43 (91.2%), combined laryngectomy in 4 (8.8%) patients with respect to disease advance. Prostheses *Provox* were used in 36 and *Blom-Singer* in 11 cases. Duration of the prosthesis use before replacement was 12 to 25 months, mean 1.5 years. It is currently no doubt that vocal rehabilitation after laryngectomy improves considerably patient quality of life and social adaptation.

A. Kulakov¹, E. Matyakin², V. Chuchkov¹, A. Mudunov²,
A. Akhundov², S. Fedotenko², N. Fedotov², M. Chuchkov³

REHABILITATION OF CANCER PATIENTS WITH SOFT PALATE DEFECTS

¹ CDMFSRI, Moscow, Russian Federation
² N. N. Blokhin RCRC RAMS, Moscow, Russian Federation
³ RUPP, Moscow, Russian Federation

The purpose of this study was to develop clinicotechnical approaches to prosthesis in cancer patients with soft palate defects. Preoperative and further prosthesis was made in 12 patients with postoperative soft palate defects. Acquired soft palate defects are a rather rare pathology. Of 482 patients with maxilla defects managed during 1969 to 2008 only 12 had soft palate defects. Three patients had no soft palate at all, the remaining 9 had just a narrow strip (not more than 1 cm) of the soft palate back portion. Protective plates and individual hard trays were manufactured before surgery in all cases. We recommend to take 2 impressions of the maxilla. The first impression is taken with an individual hard tray to manufacture a removable plate prosthesis. The second impression is taken from the soft palate defect with the plate prosthesis. This impression is fitted with functional tests. A hollow obturator is manufactured using an insert. In patients with total defects of the soft palate the prosthesis with an obturator should not fully replace the anatomic defect. It is important that the obturator should cover the nasopharyngeal back segment. In other patients the obturating segment of the removable prosthesis should be situated under the remaining portion of the soft palate. Adequate prosthesis made possible full social adaptation of the patients, and 3 patients of active age could return to their previous jobs at 2 weeks.

А. Кулаков¹, Е. Матякин², В. Чучков¹, А. Мудунов², А. Ахундов²,
С. Феготенко², Н. Феготов², М. Чучков³

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

¹ ЦНИИС и ЧЛХ, Москва, Российская Федерация

² РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва, Российская Федерация

³ РУДН, Москва, Российская Федерация

Цель исследования — разработка и внедрение в клиническую практику методов фиксации защитных пластинок у онкологических больных после резекции верхней челюсти. В исследование включены 178 больных. Защитные пластинки изготовлены до операции и затем фиксированы на верхней челюсти во время нее. Только хорошо фиксированные на верхней челюсти защитные пластинки могут обеспечить надежное разобщение послеоперационной полости и полости рта. Мы усовершенствовали методы фиксации защитных пластинок. При наличии зубов они фиксируются с помощью кламмеров и шинируются лигатурной проволокой к зубам. Со стороны послеоперационной полости защитная пластинка пришиваются к слизистой оболочке щеки и мягкого неба. В отсутствие зубов или при тотальном удалении верхних челюстей защитные пластинки пришиваются к слизистой оболочке верхней губы, щеки и мягкого неба. При трудностях в определении объема хирургического вмешательства защитные пластинки фиксируются по типу назубно-десневой капы, со стороны зубов изготавливается прослойка из мягкой пластмассы. Улучшение фиксации защитных пластинок позволяло изготавливать формирующие протезы больным на 10—12-е сутки даже после краниофациальных резекций.

Г. Марголин, Я. Карлинг

ГОЛОСОВАЯ И ЛЕГОЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ: НОВЕЙШИЕ ТЕХНИКИ И МЕТОДИКИ

Больница Университета Каролинска, Стокгольм, Швеция

Безопасное глотание после ларингэктомии требует разобщения дыхательных и пищеварительных путей. У больных утрачиваются две важные функции: нормальный голос, а также согревание и увлажнение воздуха в носовой полости. Для восстановления голоса в мире чаще всего применяют трахеопищеводное шунтирование, благодаря которому воздух из легких поступает в пищевод и создается новый источник голоса — легочно-пищеводный сегмент. Основные функции протеза, помещаемого в такой шунт, — поддержание просвета открытым и предупреждение попадания пищи и жидкости в дыхательные пути. Если протез устанавливается во время ларингэктомии, почти все больные покидают стационар с восстановленным голосом, что, несомненно, улучшает качество их жизни. Наиболее популярным протезом является протез «Provox 2», который можно вводить во время ларингэктомии. При необходимости его замены дополнительной дилатации не требуется, поскольку приспособление для его введения одновременно расширяет

A. Kulakov¹, E. Matyakin², V. Chuchkov¹, A. Mudunov²,
A. Akhundov², S. Fedotenko², N. Fedotov², M. Chuchkov³

IMPROVEMENT IN ORTHOPEDIC REHABILITATION OF CANCER PATIENTS AFTER MAXILLA RESECTION

¹ CDMFSRI, Moscow, Russian Federation

² N. N. Blokhin RCRC RAMS, Moscow, Russian Federation

³ RUF, Moscow, Russian Federation

The purpose of this study was to develop and apply in the clinical practice methods for fixation of protective plates in cancer patients undergoing maxilla resection. A total of 178 patients were enrolled. Protective plates were manufactured before surgery and fixed on the maxilla intraoperatively. Only plates well fixed on the maxilla can provide reliable disconnection of the postoperative and oral cavities. We have improved methods to fix the protective plates. In the presence of teeth the plate is fixed with clammers and splinted to teeth with ligature wire. On the side of the postoperative wound the plate is sutured to buccal and soft palate mucosa. In the absence of teeth or after total removal of the maxilla the protective plate is sutured to mucosa of the upper lip, cheek and soft palate. In case of difficulty with extent of surgery the protective plate is fixed like a dentogingival cap, and a soft plastic interlayer is placed on the tooth side. The improved technique of protective plate fixation allows manufacture of shaping prostheses already on day 10 to 12 even after craniofacial resection.

G. Margolin, J. Karling

VOICE AND PULMONARY REHABILITATION AFTER LARYNGECTOMY WITH THE LATEST NEWS CONCERNING TECHNIQUES AND METHODOLOGY DEVELOPED IN RECENT TIME

Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

After a total laryngectomy the airways and the digestive system have to be separated in order to insure safety swallowing. Two functions have then been lost: the normal voice and the heat and moisture exchange of the nose. The most common worldwide way to restore voice is to make a voice fistula in the tracheo-esophageal wall, allowing air from the lungs to pass into the esophagus, making a new voice source — the PE-segment. The function of the voice prosthesis, placed in the fistula, is only to keep the fistula open and to prevent food and liquors to enter the wrong way down to the airways. With a voice prosthesis placed already during the laryngectomy — a primary puncture, almost all patients can leave the hospital with a new functional voice — a fact that is undefeatable when it comes to quality of life. The most popular voice prosthesis is Provox 2 that can be inserted primarily during the laryngectomy. When it has to be replaced, no previous dilation has to be done since the insertion tube both dilate and inserts the voice prosthesis simultaneously. With the

ет просвет шунта. Еще проще вводить новый протез гортани «Provox Vega». Протезы «Provox» снабжены системой «Free Hands HME», позволяющей больным разговаривать без помощи одной рукой. После ларингэктомии утрачивается не только голос, но и функции полости носа. Это означает, что утрачивается возможность увлажнять, согревать и фильтровать вдыхаемый воздух. Чтобы преодолеть это, применяют теплообменники (heat and moisture exchanger, HME) или силиконовые канюли (LaryTube или LaryButton). HME — эффективная фильтрующая кассета (может задерживать до 60% воды), которую можно фиксировать к трахеостоме. Исследования продемонстрировали, что при использовании HME после ларингэктомии уменьшаются образование мокроты и кашель, улучшаются функции легких и речь (максимальное время и динамический диапазон фонации). Кроме того, применение HME обеспечивает более аккуратный внешний вид и соблюдение правил гигиены.

А. Шеной, С. Сривидья, П. Шеной

СВЯЗАНО ЛИ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ДЕФЕКТОМ И МЕНЯЕТСЯ ЛИ ОНО СО ВРЕМЕНЕМ?

Онкологический институт Кигвай, Бангалор, Индия

Цель. Разработать местный вопросник для оценки качества жизни больных с опухолями головы и шеи, оценить его информативность и чувствительность в региональном онкологическом центре в Индии, изучить изменение качества жизни с течением времени и оценить влияние функционального дефекта на качество жизни в отдаленном периоде.

Материалы и методы. Вопросник оценивал возможность общения, прием пищи, прием жидкости, безопасность и адекватность глотания, обоняние, вкус, дыхание и внешний вид через 6 и 18 мес после лечения. Его заполнили 79 больных с гистологически верифицированными злокачественными опухолями головы и шеи. В зависимости от типа хирургических вмешательств они были разделены на 4 группы: 1-ю группу составили 13 больных после резекции гортани, 2-ю — 25 больных после субтотальной резекции гортани, 3-ю — 13 больных после ларингэктомии и 4-ю — 8 больных после комбинированных резекций.

Результаты. Минимальные нарушения и наиболее высокое качество жизни через 6 и 18 мес отмечены после резекции гортани.

Выводы. Продемонстрированы приемлемые информативность и чувствительность вопросника относительно локализации и распространения опухоли. Функциональные нарушения не влияли на качество жизни в отдаленном периоде, поскольку с течением времени восприятие приобретенного дефекта менялось и больные приспосабливались к имеющимся ограничениям. Исключение составили больные после комбинированных резекций.

new voice prosthesis — Provox Vega — the insertion procedure is even simpler. The Provox system also contains a Free Hands HME allowing the laryngectomized patient to speak without having one hand occupied during speech. Not only is the voice lost by a total laryngectomy but also the nose function. That means that the possibility to humidify, heat and filter the inhaling air is gone. The Heat and Moisture Exchanger (HME) is an effective filter cassette (about 60% of water can be retained) that can be adapted to a stoma adhesive or a silicon canula — a LaryTube or a LaryButton. Scientific research has shown that laryngectomized patients that use HME gain from decreased sputum production, decreased coughing, increased lung function and improved speech (Maximum Phonation Time and Dynamic Range). Furthermore, the HME means a more discreet appearance and hygienic use.

A. Shenoy, S. Srividya, P. Shenoy

IS QUALITY OF LIFE A DISABILITY-RELATED ISSUE AND DOES IT CHANGE WITH TIME?

Kidwai Memorial Institute of Oncology, Bangalore, India

Aim. To construct an indigenous disease specific quality of life (QOL) questionnaire and to test its validity and sensitivity in the head and neck cancer patient population in a regional cancer center in India; to examine QOL changes that occur over time among these patients and to assess the importance of functional disabilities in determination of long term QOL in head and neck cancer.

Materials and methods. The questionnaire assessed communication, eating, drinking, swallowing safety and adequacy, smell, taste, breathing and body image at 6 and 18 months post treatment. Seventy nine patients with histologically verified carcinomas of the head and neck region completed the questionnaire. They were divided into 4 groups according to the type of surgery: group 1 (partial laryngectomy, n = 13), group 2 (near total laryngectomy, n = 25), group 3 (total laryngectomy, n = 13) and group 4 (composite resection, n = 8).

Results. Patients undergoing partial laryngectomy have the minimal residual disability and the best specific QOL both at 6 and 18 months.

Conclusions. The questionnaire shows acceptable validity and is sensitive to the site and extent of disease. Functional disabilities do not impact long term QOL as the perception of disability changes over time and patients come to terms with their limitations except in composite resection cases.