

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ЛУЧЕВОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Н.С. Нуриева¹, А.В. Важенин²

*Челябинская государственная медицинская академия¹,
Челябинский областной онкологический диспансер²
454087, Россия, г. Челябинск, ул. Блюхера, 42,
e-mail: natakipa@mail.ru¹; roc_chel@mail.ru²*

Проведена оценка эффективности стоматологической подготовки и профилактики радиомукозитов слизистой оболочки полости рта у больных злокачественными опухолями ротовой полости. Показано, что предложенный алгоритм стоматологического сопровождения этих пациентов на этапах комбинированного лечения, включающего предоперационную лучевую терапию и радикальную операцию, снижает риск возникновения и степень тяжести лучевых реакций, способствует более благоприятному течению раннего послеоперационного периода.

Ключевые слова: злокачественные опухоли полости рта, комбинированное лечение, лучевые реакции.

DENTAL CARE FOR PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

*N.S. Nurieva¹, A.V. Vazhenin²
Chelyabinsk State Medical Academy¹
Chelyabinsk Regional Oncological Clinic²
42, Blyukher Street, 454087-Chelyabinsk, Russia
e-mail: natakipa@mail.ru¹; roc_chel@mail.ru²*

The efficacy of dental prevention of radiation-induced mucositis for patients with oral cavity cancer has been estimated. The offered algorithm of dental care for these patients on stages of the combined modality treatment including preoperative radiation therapy and radical surgery has been found to reduce the risk of developing and degree of severity of radiation-induced reactions and contribute to more favorable early postoperative period.

Key words: oral cavity cancer, combined modality treatment, radiation-induced reactions.

Злокачественные опухоли головы и шеи составляют около 20 % в общей структуре онкологической заболеваемости. По Уральскому региону за период с 1995 по 2005 г. прирост заболеваемости при данной патологии составляет 19,15 % на 100 000 населения [4]. Основными методами лечения злокачественных новообразований головы и шеи являются хирургический и лучевой либо их комбинация. Частым осложнением лучевой терапии являются радиомукозиты [1, 3]. Они развиваются при попадании в зону облучения полых органов (гортань, полость носа, полость рта и др.) и могут наблюдаться изолированно или одновременно с лучевой реакцией кожи. По степени тяжести лучевые реакции слизистой оболочки указанной области подразделяются на катаральные, островковые, пленчатые (сливные), язвенно-пленчатые мукозиты [6].

На степень тяжести радиомукозита оказывают влияние различные факторы: тип ионизирующего излучения, величина облучаемого поля, разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД), тип фракционирования. Состояние слизистой оболочки при проведении лучевой терапии является хорошим показателем степени реакции на облучение [5, 7]. Эритема (катаральное воспаление), или 1 фаза радиомукозита, может появляться при СОД дистанционной лучевой терапии в режиме обычного фракционирования, равной 10–15 Гр, обычно это 5–7-й день облучения. Эта фаза быстро переходит в островковый, а затем и в пленчатый радиомукозит на СОД дозах 20–25 Гр (10–13-й дни облучения). При применении нетрадиционных режимов фракционирования (динамического, мультифракционного) риск возникновения

и степень тяжести радиомукозитов резко возрастают. К сожалению, лучевые повреждения при предоперационном облучении негативно сказываются на непосредственных результатах хирургического этапа комбинированного лечения. Исходя из актуальности данной проблемы, на кафедре стоматологии ЧелГМА совместно с ЧООД разработан комплексный метод стоматологической подготовки пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта к комбинированному лечению.

Цель исследования – повысить эффективность лечения больных раком органов полости рта путем разработки алгоритма стоматологической подготовки и сопровождения пациентов во время комбинированного лечения.

Материал и методы

В основу анализа эффективности предложенного алгоритма легли клинические наблюдения за 345 больными злокачественными новообразованиями головы и шеи I–III стадий, получавшими комбинированное лечение (лучевая терапия + оперативное лечение). Больные разделены на 2 группы: в группу сравнения вошли пациенты, получавшие стоматологическую подготовку в клиниках города, для поддерживающей терапии применялись средства профилактики, назначаемые врачом-онкологом. Основную группу составили

больные, получившие стоматологическую подготовку на базе кафедры стоматологии ЧелГМА. Поддерживающая терапия проводилась по предложенной схеме врачом-стоматологом. По основным клиническим критериям сравниваемые группы сопоставимы (табл. 1).

Курсы радиотерапии проводились на аппарате «Агат-Р» и «Рокус-М». Облучению подвергались злокачественные новообразования и пути регионарного метастазирования в режимах традиционного и динамического фракционирования. Все пациенты завершили курс радиотерапии. Хирургическое лечение проводилось после лучевой терапии, в объеме иссечения удаления первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов (операция Крайля).

Группа сравнения проходила санацию полости рта в клиниках города, которая проводилась в сжатые сроки, за 1–3 дня до начала лечения. Все пациенты, контролируемые врачом-стоматологом, до начала комбинированного лечения были обучены правильному уходу за полостью рта. В процессе санации полости рта в условиях клиники ЧелГМА снимались над- и поддесневой зубной камень, зубной налет, удалялись полностью разрушенные зубы и корни зубов, а также зубы с подвижностью III степени, сошлифовывались острые края зубов (для профилактики травмирования слизистой оболочки

Таблица 1

Клиническая характеристика сравниваемых групп больных, абс. ч. (%)

Критерии сравнения	Всего больных (n=345)	Основная группа (n=71)	Группа сравнения (n=274)
Распределение по полу			
Мужчины	258 (74,8)	51 (71,9)	207 (75,5)
Женщины	87 (25,2)	20 (28,1)	67 (24,5)
Распределение по критерию T			
T ₁	18 (5,2)	5 (7,0)	13 (4,7)
T ₂	107 (31,0)	23 (32,4)	84 (30,7)
T ₃	146 (42,3)	29 (40,8)	117 (42,7)
T ₄	74 (21,4)	14 (19,7)	60 (21,9)
Распределение по критерию N			
N ₀	153 (44,3)	31 (43,7)	122 (44,5)
N ₁	75 (21,7)	16 (22,5)	59 (21,5)
N ₂	68 (19,7)	12 (16,9)	56 (20,4)
N ₃	49 (14,2)	12 (16,9)	37 (13,6)

Таблица 2

**Частота лучевых реакций слизистой оболочки полости рта
у больных сравнимых групп, абс. ч. (%)**

Группы больных	Сухость, покраснение	Бляшечный мукозит	Сливной мукозит	Изъязвления и некрозы
Основная (n=71)	21 (27,6)	37 (52,1)	13 (18,3)	-
Контрольная (n=274)	7 (2,6)	116 (42,3)	132 (48,2)	4 (1,4)
Всего (n=345)	28 (8,1)	153 (44,3)	145 (47,8)	4 (1,2)

Таблица 3

**Особенности течения послеоперационного периода у больных со злокачественными
опухолями полости рта в зависимости от способа стоматологической поддержки, абс. ч. (%)**

Группы больных	Зондовое питание	Нарушение речи	Косметический дефект
Основная (n=71)	2 (2,8)	19 (26,7)	20 (28,2)
Контрольная (n=274)	70 (25,5)	86 (31,4)	98 (35,8)
Всего (n=345)	72 (20,9)	105 (30,4)	118 (34,2)

полости рта). Металлические пломбы заменялись на пломбы из стекло-иономерного цемента (Кемфил, Ионосил) или композита (Filtek). По возможности (с согласия пациента) снимались металлические коронки и мостовидные протезы. В обязательном порядке изготавливались защитные пластмассовые каппы толщиной 0,5 см и, по необходимости, резекционные протезы (после обсуждения с хирургом). Съемные протезы пациенты убирали из полости рта во время сеанса лучевого лечения, но продолжали ими пользоваться все оставшееся время. Пломбировались кариозные полости. Лечились осложненные формы кариеса.

Во время лучевой терапии пациенты основной группы после каждого приема пищи проводили антисептическую обработку полости рта, в качестве антисептика использовали растительные настои «Стоматофит», «Тантум-верде». После санации полость рта обрабатывалась маслом шиповника или «Метрогил дента гель». При наличии болевого синдрома использовали местноанестезирующие препараты «Калгель», «Лидоксор». В качестве местного радиопротектора для профилактики и лечения радиомукозитов полости рта назначался препарат «Тизоль» [2]. В результате примененного алгоритма стоматологического сопровождения в процессе лучевой терапии у больных основной группы достоверно реже встречались радиомукозиты полости рта средней и тяжелой степени (табл. 2).

После хирургического лечения в обязательном порядке проводилась антисептическая обработка ротовой полости по той же схеме. Резекционная пластина (рис. 1) накладывалась непосредственно во время хирургического вмешательства, в этом случае манипуляция воспринимается пациентом как продолжение хирургического лечения, и адаптация наступает уже на следующие сутки. Резекционный протез отделяет полость рта (носа) от операционной раны и помогает фиксировать перевязочный материал. Его применение позволяет избежать зондового питания, кроме того, протез существенно ускоряет речевую реабилитацию

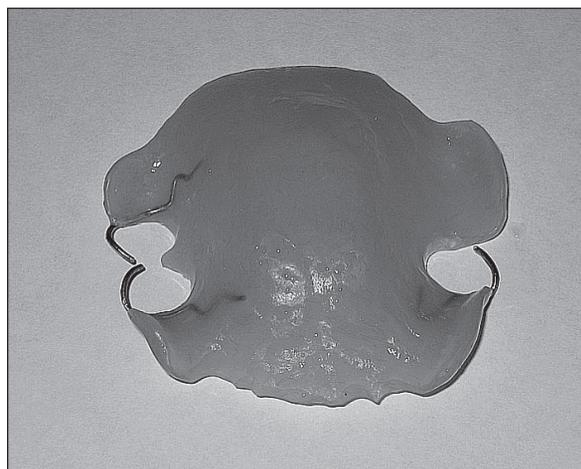


Рис. 1. Внешний вид резекционного протеза

больного в раннем послеоперационном периоде (табл. 3).

Таким образом, при оценке эффективности разработанного алгоритма стоматологической подготовки и сопровождения пациентов во время лучевого и хирургического лечения установлено, что в основной группе больных со злокачественными опухолями полости рта явления радиомукозита были менее выражены, а случаев изъязвления и некрозов слизистой оболочки рта не наблюдалось. В группе сравнения тяжесть лучевых реакций была выше, что приводило к вынужденным перерывам в процессе облучения. После хирургического этапа комбинированного лечения пациенты основной группы обходились без зондового питания, осложнений, связанных с наложением резекционного протеза, не возникало, облегчался уход за послеоперационной раной, речь больных была затруднена в меньшей степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардычев М.С., Полов В.В., Курнешева А.В. и др. Физиотерапия местных лучевых повреждений // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2003. № 3. С. 31–33.
2. Бенцион Д.Л., Маслов Э.Ю., Фиалко И.В. Использование лекарственных составов на основе Тизоля для профилактики и лечения острых лучевых реакций кожи, возникающих во время курса радиотерапии // Уральское медицинское обозрение. 2002. № 3–4. С. 30–32.
3. Важенин А.В., Васильченко М.В., Решетников Д.В. и др. Лазерное сопровождение лучевой терапии опухолей головы и шеи. М.: Иероглиф, 2003. Т. 6, № 22. С. 752–754.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2005 году. М.: Медицина, 2007. 238 с.
5. Cooper J.S. The oral Cavity. In book: Radiation Oncology: rationale, technique, results / Ed. J.D. Cox, K.K. Ang. Mosby: St. Louis, 2002. P. 219–259.
6. Sonis S., Clare S. Prevention and management of oral mucositis induced by antineoplastic therapy // Oncology. 1997. Vol. 5. P. 11–15.
7. Sonis S. Mucositis as a biological process: a new hypothesis for the development of chemotherapy induced stomatotoxicity // Oral Oncology. 1998. Vol. 34. P. 39–34.

Поступила 14.02.08