

*Е.В. Ижнина<sup>1,2</sup>, Е.В. Кочурова<sup>1</sup>, Н.В. Лапина<sup>2</sup>, К.Г. Сеферян<sup>2</sup>*

## **Комплексная стоматологическая реабилитация пациента со злокачественным новообразованием орофарингеальной зоны на этапах противоопухолевого лечения: клинический случай**

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава РФ, Москва

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Краснодар

**Несмотря на появление новых и усовершенствование уже существующих методик лечения злокачественных новообразований орофарингеальной зоны, лечение таких пациентов является сложной задачей ввиду поздней выявляемости заболеваний, а также сложной клинико-анатомической организации структур челюстно-лицевой области. Комплексная реабилитация пациентов со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны представляет большие трудности ввиду нарушения жизненно важных функций дыхания, глотания, речи, а также отсутствия единого методологического подхода к лечению. В связи с этим возникает необходимость в повышении эффективности стоматологической помощи таким пациентам на этапах противоопухолевого лечения.**

**Ключевые слова:** челюстно-лицевое протезирование; стоматологическая реабилитация; злокачественные новообразования

Несмотря на появление новых и усовершенствование уже существующих методик лечения злокачественных новообразований орофарингеальной зоны, лечение пациентов является сложной задачей ввиду поздней выявляемости заболеваний [1], а также сложной клинико-анатомической организации структур челюстно-лицевой области [2]. Объем необходимой помощи врача-стоматолога-ортопеда представляет широкий спектр задач для качественной реабилитации таких пациентов [3], особенно когда анатомические структуры невозможно восстановить здоровыми тканями, а также при возникающих на этапах комбинированного противоопухолевого лечения осложнениях [4, 5]. План комплексной стоматологической реабилитации данной категории пациентов определяется объемом предстоящего хирургического вмешательства, предполагаемой топографией дефекта и состоянием оставшихся зубов и тканей протезного ложа [6, 7]. По срокам наложения протетической конструкции выделяют непосредственное (на операционном столе), раннее (в течение

мес.) и отдаленное (через 3-4 мес. после операции) протезирование [8]. Однако, ортопедическая стоматологическая помощь таким пациентам представляет большие трудности ввиду сложной анатомической вариабельности структур челюстно-лицевой области [9], наличия в области протезного ложа неоднородного слоя рубцово-измененной слизистой оболочки, ограничения открывания полости рта, нарушения функций дыхания, глотания, речи, слюноотделения, отсутствия зубов, атрофии альвеолярных отростков челюстей, а также отсутствия единого методологического подхода к лечению [10, 11]. В связи с этим все чаще возникает необходимость в повышении эффективности комплексной стоматологической помощи пациентам со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны.

### **Клинический случай**

Пациентка В., 1985 г.р. обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие новообразования на небе справа, сопровождающееся болью в области зубов верхней челюсти справа.

Из анамнеза: впервые заметила новообразование в 2016 году, самостоятельно за помощью к онкологу не обращалась. Через полгода стала отмечать более интенсивный рост новообразования, в связи с чем была направлена на консультацию к стоматологу-хирургу, затем к оториноларингологу.

Объективно: кожный покров обычной окраски. Конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Маргинальная часть десны отечна, гиперемирована. На слизистой оболочке твердого неба визуализируется опухоль, распространяющаяся от зуба 1.7 до 1.1; размерами 3x4 см; плотная, с неровной поверхностью, болезненная при пальпации. Открывание рта – свободное, безболезненное. Движение суставных головок безболезненное, синхронное. Пальпация жевательных



Рис. 1. Вид полости рта пациентки В. до лечения



Рис. 2. Срезы компьютерной томограммы (КТ) структур головного мозга и лицевого скелета пациентки В.  
а – поперечный срез КТ (стрелкой указано расположение новообразования);  
б – продольный срез КТ (указана область локализации новообразования)

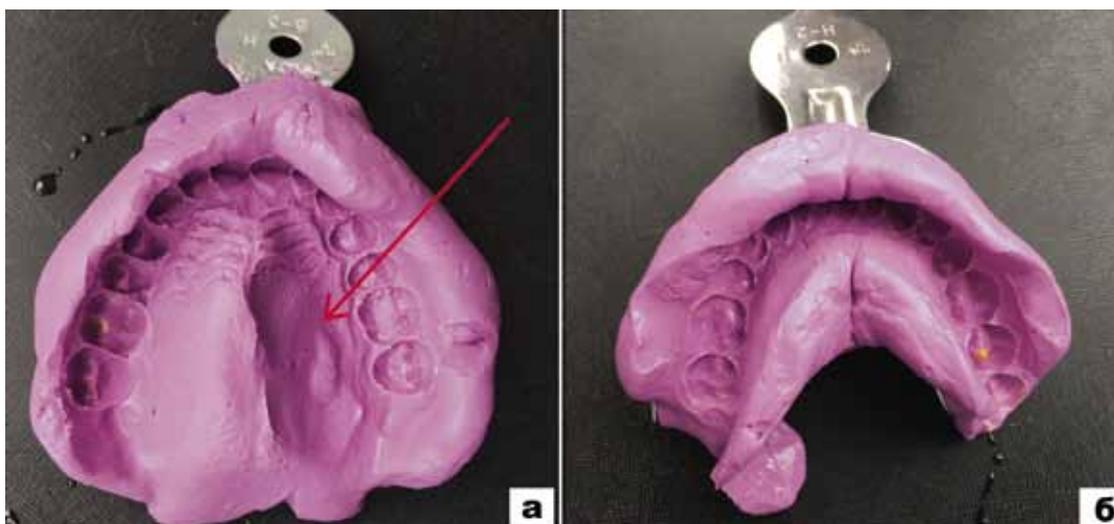


Рис. 3. Анатомические оттиски челюстей пациентки В.  
а – оттиск верхней челюсти (стрелкой указано негативное отображение новообразования);  
б – оттиск нижней челюсти

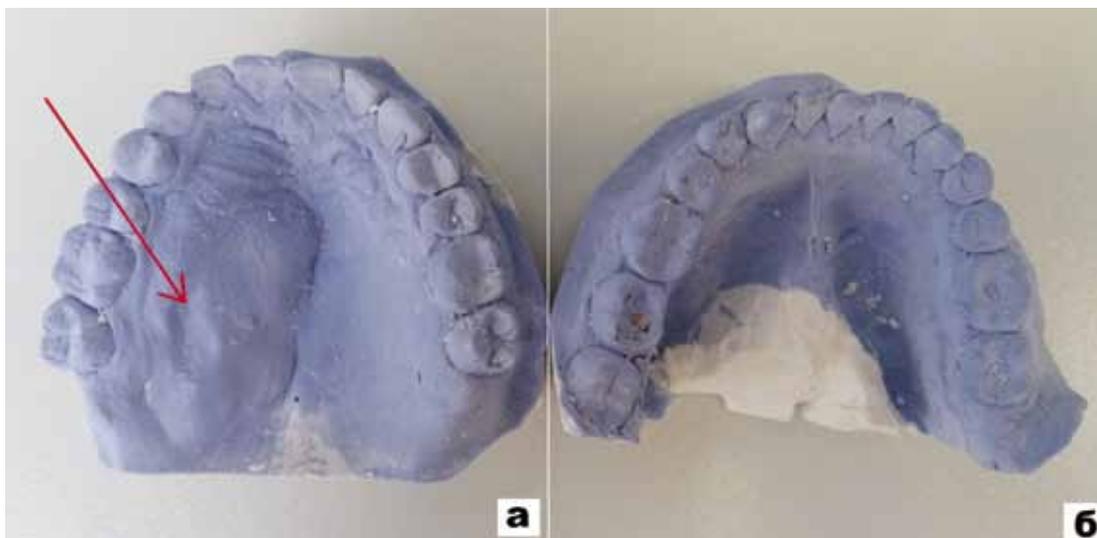


Рис. 4. Гипсовые модели челюстей пациентки В. до хирургического лечения:  
а – модель верхней челюсти (стрелкой указано отображение новообразования);  
б – модель нижней челюсти



Рис. 5. Индивидуальная каппа на верхнюю челюсть:  
а – каппа на гипсовой модели, изготовленная методом вакуумпрессования на аппарате Plastvac-7 из биоинертного материала PET-G (стрелкой указана локализация новообразования);  
б – каппа с имитацией отсутствующих зубов верхней челюсти справа и слизистой оболочки неба с помощью самотвердеющей пластмассы с красителями



Рис. 6. Фото пациентки В. после резекции правой половины верхней челюсти:  
а – вид спереди (наблюдается отечность челюстно-лицевой области справа);  
б – фото в профиль



Рис. 7. Фото полости рта пациентки В. через 7 дней после использования индивидуальной каппы



Рис. 8. Фото пациентки В. после хирургического лечения:  
а – макропрепарат резецированной верхнечелюстной кости;  
б – вид полости рта с индивидуальной каппой, наложенной непосредственно на операционном столе

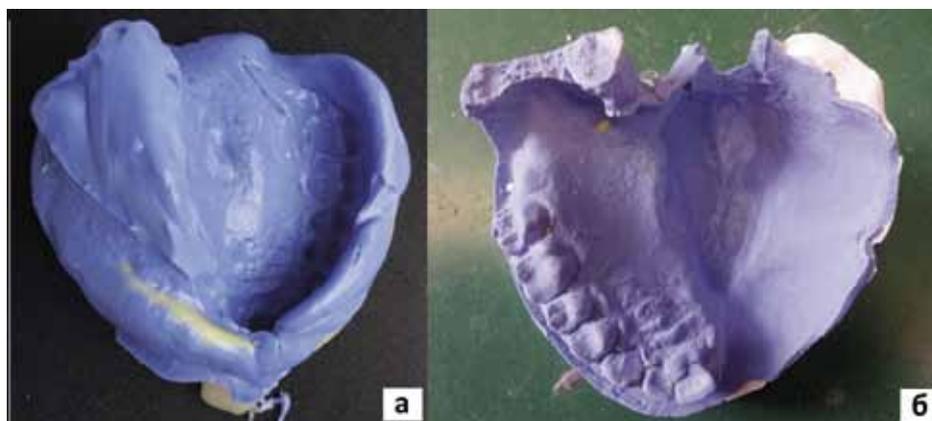


Рис. 9. Этапы изготовления протеза:  
а – функциональный оттиск верхней челюсти пациентки В.;  
б – гипсовая модель верхней челюсти после хирургического вмешательства



Рис. 10. Вид готового резекционного obtуратора верхней челюсти:  
а – сверху; б – спереди

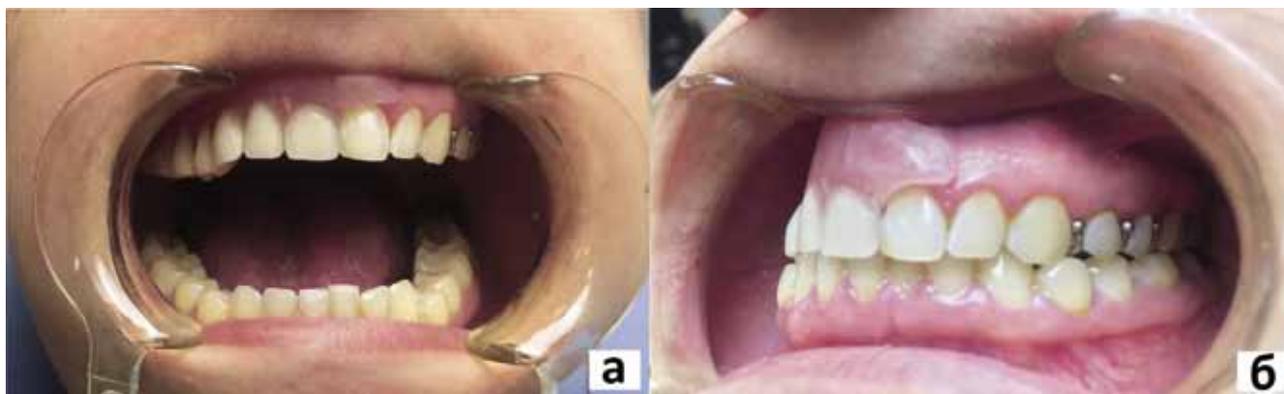


Рис. 11. Резекционный obturator верхней челюсти в полости рта пациентки В.: а – вид с открытым ртом; б – вид кламмеров в положении центральной окклюзии



Рис. 12. Фото пациентки В. через 3 месяца после окончания ортопедической реабилитации

мышц безболезненная. Прикус фиксированный, ортогнатический. Кариес коронковой части зубов 1.7, 1.4, 2.4, 2.7, 3.8, 4.7. Зубные отложения в области всех присутствующих зубов (рис. 1).

По данным компьютерной томографии: картина характерна для опухолевого процесса в области верхней челюсти справа с костной деструкцией; патологическое образование 31×36×29 мм в области верхней челюсти справа, распространяющееся на альвеолярный отросток, твердое небо, резцовую кость, нижние отделы правой верхнечелюстной пазухи и полости носа с их деструкцией (рис. 2).

Заключение совместного осмотра челюстно-лицевого хирурга и онколога: рекомендована орофациальная резекция правой половины верхней челюсти, включая зубы 1.7 – 1.1, с последующим лучевым лечением.

В плане комплексного стоматологического лечения пациентке была предложена ортопедическая реабилитация в несколько этапов:

1. В качестве предоперационной подготовки: санация полости рта; изготовление индивиду-

альной временной каппы на верхнюю челюсть, изготовление индивидуальной оттисковой ложки.

2. Непосредственно по окончании хирургической операции: наложение индивидуальной каппы для возможности частичного восполнения основных функций челюстно-лицевой области и защиты тампонируемой области резекции.

3. В качестве послеоперационного лечения – изготовление в ранние сроки послеоперационного периода (1 нед) резекционного obturator на верхнюю челюсть с удерживающими кламперами для максимального восстановления основных функций челюстно-лицевой области.

Для реализации плана комплексной стоматологической реабилитации пациентке в предоперационный период проведена санация полости рта. До хирургического лечения опухоли с обеих челюстей были получены оттиски стандартными оттисковыми ложками посредством нанесения на них альгинатной массы (рис. 3). На полученной в зуботехнической лаборатории гипсовой модели верхней челюсти определены

границы резекции, согласно плану хирургического противоопухолевого лечения, с последующим фантомным препарированием (рис. 4). По полученным анатомическим данным были изготовлены: индивидуальная каппа для возможности наложения непосредственно на операционном столе (рисунок 5), а также индивидуальная ложка для получения функционального оттиска с целью опосредованного изготовления резекционного obturатора на верхнюю челюсть. Также, до операционного лечения были определены основные анатомические и антропометрические ориентиры нижней трети лица.

После хирургического лечения на операционном столе произведено наложение изготовленной заранее индивидуальной каппы для возможности частичного восполнения основных функций челюстно-лицевой области и защиты тампонированной области резекции.

В плане послеоперационного стоматологического лечения пациентке предложено изготовление резекционного obturатора на верхнюю челюсть с удерживающими кламмерами в ранние сроки (1 нед). В связи с этим пациентка В., 32 года повторно обратилась в стоматологическую поликлинику для продолжения ортопедического лечения (рисунок 6).

Объективно: кожный покров обычной окраски. Конфигурация лица изменена за счет послеоперационного дефекта верхней челюсти справа. Регионарные лимфатические узлы справа увеличены. Слизистая оболочка полости рта в области дефекта гиперемирована, умеренно увлажнена. Имеется сообщение ротовой и носовой полостей. Пальпация области дефекта болезненная. Открывание рта ограничено в пределах 2 см. Движение суставных головок болезненное, синхронное. Прикус фиксированный, ортогнатический.

Окончательный клинический диагноз: Аденокистозный рак твердого неба (правой половины)  $T_3N_0M_0$  (III стадия). Резекция правой половины верхней челюсти с опухолью, послеоперационный дефект верхней челюсти справа. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти (II класс по Кеннеди), генерализованный катаральный гингивит слизистой оболочки в области зубов 2.1 – 2.7 и всех зубов нижней челюстей. Приобретенная контрактура нижней челюсти средней степени тяжести. Жевательная эффективность по Оксману 47% (рис. 7).

Морфологическая верификация резецированного макропрепарата: аденокистозный рак слюнной железы с прорастанием в мышечную ткань, верхнечелюстную пазуху и верхнечелюстную кость. В краях резекции опухолевый рост не обнаружен (рис. 8а).

Со слов пациентки, изготовление индивидуальной каппы на верхнюю челюсть обеспечило возможность приема и глотания щадящей пищи, частично восстановлена речевая функция (рис. 8б). Прием твердой пищи ограничен.

Для изготовления резекционного obturатора произведено снятие функционального оттиска верхней челюсти с помощью ранее изготовленной индивидуальной ложки и А-силиконовой оттискной массы с предварительно окантованными краями (рис. 9а). Далее произведена разметка границ планируемого резекционного obturатора на гипсовой модели верхней челюсти, изготовленной по полученному функциональному оттиску (рис. 9б).

После постановки искусственных зубов в зуботехнической лаборатории, произведена проверка восковой конструкции будущего протеза в полости рта пациентки.

Отличительной особенностью конструкции изготовленного резекционного obturатора на



Рис. 13. Диаграмма изменения стоматологического статуса пациентки В. по шкале ОНIP-14

верхнюю челюсть является использование пуговчатых (ортодонтических) кламмеров для дополнительной ретенции в межзубных промежутках оставшихся зубов верхней челюсти (рис. 10). Выбор вышеуказанных кламмеров обусловлен отсутствием выраженных экваторов коронковых частей зубов, что ограничивает использование гнутых кламмеров (рис. 11).

Со слов пациентки ортопедическая конструкция протеза способствовала нормализации жевательной и эстетической функций, дыхания и глотания, восстановлению речи. Жевательная эффективность по Оксману равна 73%.

В связи с отсутствием выраженных экваторов коронковой части зубов, используемых для кламмерной ретенции, в конструкции протеза использованы пуговчатые (ортодонтические) кламмера с фиксацией в межзубных промежутках зубов 2.3–2.7. Данный вид кламмерной фиксации является более щадящим для эмали, ослабленной лучевым лечением.

Для мониторинга качества жизни пациентки была использована шкала оценки качества жизни ОНР–14 на этапах до лечения, после хирургического лечения с одномоментным наложением индивидуальной каппы, после замещения дефекта резекционным obturatorом и через 3 месяца после окончания ортопедической реабилитации (рис. 13). Проанализированные данные свидетельствуют о сопряженной зависимости общесоматического состояния и стоматологического здоровья от использования индивидуальной каппы в плане непосредственного протезирования на операционном столе, что способствует частичной нормализации основных функций орофарингеальной зоны на этапах противоопухолевого лечения и в последующем повышает адаптационную способность к изготовлению постоянных восстанавливающих протетических конструкций.

Таким образом, междисциплинарный подход к лечению пациентки с аденокистозным раком твердого неба позволил составить план комплексного стоматологического лечения и реализовать ортопедическую реабилитацию в полном объеме, что позволило восполнить утраченные функции челюстно-лицевой области, такие как речь, дыхание, прием пищи и эстетику, оказывая положительное влияние на качество жизни на этапах противоопухолевого лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гришечкин С.Д., Сеферян К.Г., Гришечкин М.С., Ижнина Е.В. Анализ эффективности применения «ориентировочных» ложек для получения функциональных оттисков беззубых челюстей // Российская стоматология. – 2014. – Т. 7. – № 4. – С. 57-59.
2. Кулаков А.А., Чучков В.М., Мудунов А.М. Ортопедическое лечение онкологических больных с дефектами

в области ротоглотки // Сибирский онкологический журнал. – 2016. – Т. 15. – № 1. – С. 90-91.

3. Кочурова Е.В., Николенко В.Н., Деменчук П.А. и др. Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 2 (151). – С. 88-93.
4. Mantri S.S., Bhasin A.S., Shankaran G., Gupta P. Scope of prosthodontic services for patients with head and neck cancer // Indian J. Cancer. – 2012. – Vol. 49(1). – P. 39-45.
5. Nikolenko V.N., Kozlov S.V., Kochurova E.V. The effect of risk factors for a malignant neoplasm in the maxillofacial region on the expression of matrix metalloproteinases and their tissue inhibitors in elderly and old patients // Advances in Gerontology. – 2015. – Vol. 5. – № 1. – P. 50-53.
6. Kranjčić J., Džakula N., Vojvodić D. Simplified Prosthetic Rehabilitation of a Patient after Oral Cancer Removal // Acta. Stomatol. Croat. – 2016. – Vol. 50(3). – P. 258-264.
7. Goiato M.C., de Medeiros R.A., Vecchiato Filho A.J. et al. Prosthetic rehabilitation of a patient after a partial mandibulectomy // Med. Surg. (Lond). – 2015. – Vol. 4(2). – P. 200–203.
8. Mundhe K., Pruthi G., Jain V. Prosthodontic rehabilitation of patient with marginal mandibular resection using attachment supported prostheses: A clinical report // Contemp. Clin. Dent. – 2014. – Vol. 5(1). – P. 123-126.
9. Kumar S., Arora A., Yadav R. Foldable denture: for microstomia patient // Case Rep Dent. – 2012. – doi: 10.1155/2012/757025.
10. Tirelli G., Rizzo R., Di Lenarda R. Obturator prostheses following palatal resection: clinical cases // Acta. otorhinolaryngologica Italica. – 2010. – Vol. 30. – P. 33-39.
11. Ижнина Е.В., Кочурова Е.В., Сеферян К.Г. Влияние противоопухолевого лечения на стоматологический статус пациентов со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – Т. 24. – № 5. – С. 111-119.

Поступила в редакцию 06.09.2017 г.

*E.V. Izhnina<sup>1,2</sup>, E.V. Kochurova<sup>1</sup>, N.V. Lapina<sup>2</sup>,  
K.G. Seferyan<sup>2</sup>*

#### **Complex prosthetic rehabilitation of the patient with malignant tumor of oropharyngeal region during antitumor treatment: case report**

<sup>1</sup>Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow,

<sup>2</sup>Kuban State Medical University, Krasnodar

**Summary:** Treatment of patients with malignant tumor of oropharyngeal region is a difficult problem due to the late detection of diseases and complex anatomic structure, despite the emergence new and improvement methods of the treatment of cancer of oropharyngeal region. Complex rehabilitation of this patients presents great difficulties due to the disturbance of breath, swallowing, speech, and the lack of a single methodological approach to treatment. It is needs to improve the effectiveness of prosthetic care for patients with malignant tumor of oropharyngeal region.

**Key words:** maxillofacial prosthetics; dental rehabilitation; malignant tumor