

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СО СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Жидовинов А.В.

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный медицинский университет», Волгоград, Россия (400001, г. Волгоград пл. Павших борцов), serjenalt1@mail.ru

Достаточно актуальной проблемой в наше время остается адаптация съемных ортопедических конструкций у пациентов в реабилитационный период, после прохождения курса лучевой терапии, с дефектами челюстно-лицевой области ввиду разнообразного их клинического проявления. Для замещения костных дефектов чаще всего используют такие материалы, как полиуретан и акриловые пластмассы. Клинические проявления локальной реакции тканей на используемые материалы и адаптация к ним различны и не всегда положительны, особенно в случаях воздействия на ткани ионизирующего излучения. Для оценки эффективности ортопедических протезов и локальных адаптационных реакций нами были использованы формула и динамическая оценка адаптации пациента, включающая оценку по шкале пяти категориальных признаков по протоколу динамической оценки адаптации пациента. Результаты, полученные в ходе исследования, могут быть полезны и быть использованы в практике врачей-стоматологов-ортопедов.

Ключевые слова: адаптация, съемные протезы, онкопатология, дефекты челюстно-лицевой области, реабилитация, лучевая терапия

RESEARCH OF LOCAL ADAPTIVE REACTIONS OF RADIOTHERAPY PATIENTS WITH DEFECTS OF MAXILLOFACIAL PROSTHESIS REMOVABLE.

Zhidovinov A.V.

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный медицинский университет», Волгоград, Россия (400001, г. Волгоград пл. Павших борцов), serjenalt1@mail.ru

Suffice urgent problem of our time is the adaptation of removable prosthetic patients in the rehabilitation period, after a course of radiation therapy, with defects of the maxillofacial region in view of their diverse clinical manifestations. For substitution of bone defects most commonly used materials such as polyurethane and acrylic plastic. Clinical manifestations of local tissue reaction to the materials used and the adaptation to different and not always positive, especially in the case of exposure of tissues to ionizing radiation. To evaluate the effectiveness of orthopedic prostheses and local adaptation responses, we used the formula and the evaluation of the dynamic adaptation of the patient, including assessment on a scale of five categorical signs protocol dynamic adaptation assessment of the patient. The results of the study can be useful and be used in the practice of dentists and orthopedists.

Keywords: adaptation, dentures, oncopathology, defects in the maxillofacial area, rehabilitation, radiation therapy

В 1895 г. были открыты рентгеновские лучи, после чего они были применены в медицине, а именно при лечении опухолей. При облучении опухоль становилась меньше в размере, притуплялась боль, но позднее было обнаружено побочное действие радиации на здоровые клетки, и ее применение в медицине сократилось. Позднее разработали наименее травмирующие схемы применения излучения, и лучевая терапия стала неотъемлемой частью лечения онкологических заболеваний. Под лучевой терапией понимается воздействие на раковые клетки ионизирующего излучения. В клиниках используются обыкновенные рентгеновские лучи очень большой энергии или электронные пучки. Профилактическая радиотерапия применяется для предотвращения метастазирования

раковых клеток. Например, профилактическое облучение черепа используется в случаях, когда первичный рак представляет высокий риск распространения в мозг. Паллиативная лучевая терапия применяется для облегчения состояния больного (например, для облегчения боли и уменьшения размеров опухоли).

Актуальность проблемы адаптации тканей полости рта к ортопедическим протезам остается и по сей день. Исходя из своих наблюдений, Гизи в 1900 г. отметил, что за 40 лет практики в ортопедической стоматологии он осуществил лечение полными съемными протезами более 20 тыс. человек, из которых 25% полностью адаптировались, 25% — не адаптировались, а 50% — с нарушением процессов адаптации. В настоящее время существует группа пациентов с особенностями адаптации ортопедических конструкций после курса лучевой терапии онкологической патологии челюстно-лицевой области.

Ориентируясь на результаты эффективности проводимой лучевой терапии, врачи-онкологи отмечают тенденцию роста числа пациентов, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях. В ортопедической стоматологии данными являются, например, съемные ортопедические конструкции [7, 8], и адаптация здесь имеет достаточно узкое значение — привыкание больного к зубному протезу. Это привыкание (или «приспособление») к зубному протезу происходит при устранении болевых ощущений, когда наступила психическая, фонетическая и двигательная адаптация [3, 4].

Также нужно сказать, что по данным З.С. Василенко (1977, 1980), К. Якоба (1977), М.К. Драгобецкого (1985) и иных 22–28% больных не носят зубные протезы, а 36% приходится приспособляться к некачественным протезам. В 52% случаев протезирования съемными зубными протезами эти конструкции неустойчивы при жевании, а у 64,7% больных под базами протезов развиваются заболевания слизистой оболочки [1, 2].

Определяющими факторами, способствующими процессам адаптации к зубному протезу, которые носят корковый характер, являются тип высшей нервной деятельности и пластичность нервных центров пациента [3].

Цель исследования — изучить эффективность ортопедической реабилитации пациентов, прошедших курс лучевой терапии, по данным локальных адаптационных реакций к конструкциям из полиуретана и акриловых пластмасс.

Методы и материалы

Обследованы 23 пациента с дефектами челюстно-лицевой области, прошедших курс лучевой терапии, которые нуждаются в ортопедической реабилитации, с использованием различных съемных конструкций. 11 пациентам были изготовлены протезы из полиуретана с эластичной прокладкой, 12 — из акриловых пластмасс. В течение 4 месяцев проводились осмотры пациентов и оценивался процесс адаптации использования протеза.

Для решения поставленных задач нами был разработан способ оценки адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям, включающий оценку уровня адаптации пациента по шкале пяти категориальных признаков врачом стоматологом-ортопедом по протоколу динамической оценки адаптации пациента [8].

Результаты и обсуждение исследования

Исследование адаптационных показателей проведено согласно протоколу динамической оценки адаптации пациента к ортопедическим протезам (рис. 1).

Проводят опрос каждого пациента и вычисляют сумму полученных баллов и интегрированного показателя уровня адаптации к протезам, при этом оценку уровня адаптации пациента проводят по четырехбалльной шкале категориальных признаков, а в качестве интегрированного показателя используют индекс адаптации, который вычисляют по формуле, используя правило сигмальных отклонений Р. Готтсданкера (1982) к среднему уровню адаптации.

Лица, имеющие оценку выше 1,5 балла, отнесены к группе с достоверно определенным признаком нарушения адаптации. Обследуемые с оценкой ниже 0,5 баллов вошли в группу с оптимальным течением адаптационного процесса. Адаптацию следует считать наступившей, если ИАОК $\leq 0,1$ балла.

Категория	Перечень утверждений	Оценка утверждений
1. Жевательный дискомфорт	Пациент предъявляет жалобы на невозможность пережевывания пищи 0 – жалобы отсутствуют 1 балл – пищу нужно дольше пережевывать 2 балл – дискомфорт при пережевывании пищи 3 балла – больно жевать	
	У пациента трудности с откусыванием пищи 0 – жалобы отсутствуют 1 балл – можно откусить, но приходится искать положение 2 балла – не кусается 3 балла – кусается с болью	
	Пациент испытывает затруднения при глотании 0 – жалобы отсутствуют 1 балл – дискомфорт при глотании 2 балла – боль при глотании пищи 3 балла – боль при глотании жидкостей	

2. Тактильный Дискомфорт	<p>Пациент ощущает неудобство в полости рта</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – ощущение давления в разных участках при смыкании зубов</p> <p>2 балла – чувство стягивания или распираания в полости рта</p> <p>3 балла – стягивание или распираание в полости рта до боли</p>	
	<p>Пациент утверждает, что во рту много лишнего</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – щека, язык, губы ощущают избыточный размер</p> <p>2 балла – прикусывание щек, языка, губ</p> <p>3 балла – боль при жевании в области уха</p>	
	<p>Пациент постоянно ищет языком изъяны в конструкции</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – пациент ищет языком изъяны в конструкции</p> <p>2 балла – пациент травмирует язык в поисках изъянов</p> <p>3 балла – пациент жалуется на застрявшую пищу</p>	
3. Признаки травмы слизистой оболочки протезного ложа	<p>Отмечается гиперемия слизистой оболочки протезного ложа/маргинальной десны</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – гиперемия маргинального края</p> <p>2 балла – прикрепленной слизистой</p> <p>3 балла – подвижной слизистой</p>	
	<p>На слизистой оболочке имеются травматические повреждения</p> <p>0 – отсутствуют</p> <p>1 балл – гиперемия</p> <p>2 балла – эрозия</p> <p>3 балла – язва</p>	
	<p>Оценка воспалительного процесса в тканях пародонта (биопотенциалометрия)</p> <p>0 – разность потенциалов от 0 до 5 мВ</p> <p>1 балл – разность потенциалов от 5 до 9 мВ</p> <p>2 балла – разность потенциалов от 9 до 20 мВ</p> <p>3 балла – разность потенциалов более 20 мВ</p>	
4. Характер слюноотделения	<p>Ухудшение вкусовых ощущений</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – вкусовые свойства ослаблены</p> <p>2 балла – отсутствие вкуса</p> <p>3 балла – инородный привкус</p>	
	<p>Отмечается сухость слизистой оболочки протезного ложа</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – незначительная сухость</p> <p>2 балла – требует постоянного увлажнения</p> <p>3 балла – сухость во рту, затрудняющая функции</p>	

	Гиперсаливация 0 – жалобы отсутствуют 1 балл – много слюны, приходится постоянно глотать 2 балла – пациент плюется при разговоре 3 балла – приходится сплевывать постоянно	
5. Коммуникативный дискомфорт.	Эстетический дискомфорт 0 – жалобы отсутствуют 1 балл – пациенту кажется, что форма и размеры немного отличаются 2 балла – пациент уверен, что отличаются, и это его беспокоит 3 балла – пациенту говорят об отличиях окружающие	
	Речевой дискомфорт (речь невнятная) 0 – жалобы отсутствуют 1 балл – отдельные звуки при быстром произношении нарушены 2 балла – многие звуки при быстром произношении нарушены 3 балла – невозможность произнести некоторые звуки	
	Психологический дискомфорт 0 – жалобы отсутствуют 1 балл – пациенту кажется, что окружающие видят его протезы 2 балла – люди обращают внимание, что во рту что-то не так 3 балла – люди рекомендуют сменить протезы	
Сумма баллов Σ		
Индекс адаптации ИАОК = Σ баллов/n, где n=15		

Рис. 1. Протокол динамической оценки адаптации пациента к ортопедической стоматологической конструкции

Установлено, что в группе пациентов со съёмными протезами из полиуретана сумма баллов минимальна в сравнении с группой пациентов с протезами из акриловых пластмасс, что отражает лучшую адаптацию к конструкциям из полиуретана (рис. 2, 3, 4).

Материал конструкции	Пациенты наступившей адаптацией ИАОК $\leq 0,1$ балла	Пациенты оптимальным течением адаптации $0,1 \leq \text{ИАОК} < 0,5$	Пациенты со средним уровнем адаптации $0,5 \leq \text{ИАОК} \leq 1,5$	Пациенты с нарушением адаптации ИАОК $\geq 1,5$
Полиуретан	4	3	3	1
Акриловые пластмассы	3	1	4	4

Рис.2.



Рис. 3.



Рис.4.

Вывод

По результатам исследования установлено, что клинические признаки локальной адаптации к конструкциям из полиуретана и акриловых пластмасс у пациентов с дефектами челюстно-лицевой области, которым была проведена лучевая терапия, достаточно различны. Мониторинг адаптационных показателей демонстрирует преимущество полиуретановых конструкций перед акриловыми пластмассами. Полученные результаты могут быть использованы в практической деятельности врачей стоматологов-ортопедов.

Список литературы

1. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинко-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Волгоград, 2013. — 22 с.

2. Данилина Т.Ф., Сафронов В.Е., Жидовинов А.В., Гумилевский Б.Ю. Клинико-лабораторная оценка эффективности комплексного лечения пациентов с дефектами зубных рядов. / Здоровье и образование в XXI веке. — 2008. — Т. 10. — № 4. — С. 607–609.
3. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Порошин А.В., Хвостов С.Н., Вирабян В.А. Способ диагностики непереносимости ортопедических конструкций в полости рта//Современные наукоемкие технологии. — 2013. — № 1. — С. 46–48.
4. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2013.
5. Севбитов А.В. Морфологическое состояние зубочелюстной системы детей, проживающих в районе, загрязненном радионуклидами в результате аварии на ЧАЭС / Стоматология детского возраста и профилактика. — 1999. — № 6. — С. 41.
6. Севбитов А.В., Панкратова Н.В. Частота распространения аномалий зубочелюстной системы у детей, подвергшихся радиоактивному воздействию / Ортодент-инфо. — 1998. — № 2. — С. 30.
7. Севбитов А.В., Скатова Е.А. Факторы индивидуальной радиочувствительности в заболеваемости кариесом населения радиационно-загрязненных регионов / Стоматология. — 2005. — Т. 84. — № 2. — С. 15.
8. Севбитов А.В., Панкратова Н.В., Скатова Е.А. Распространение аномалий зубочелюстной системы у детей, проживающих в районе, подвергшемся радиоактивному воздействию / Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2000. — № 6. — С. 55.
9. Севбитов А.В. Анализ результатов 5-летнего мониторинга морфофункционального состояния зубочелюстной системы у детей, подвергшихся радиационному воздействию. Стоматология. — 2003. — Т. 82. — № 4. — С. 60.
10. Севбитов А.В., Яблокова Н.А., Кузнецова М.Ю., Браго А.С., Канукоева Е.Ю. заболевания полости рта у пациентов, проживающих в зонах радиоактивного загрязнения / Dental Forum. — 2014. — № 4. — С. 87–88.

Рецензенты:

Михальченко Д.В., д.м.н., профессор кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний ВолгГМУ, г. Волгоград;

Фирсова И.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ВолгГМУ, г. Волгоград.