

Петражицкая Г.В.

МЕТОДЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель: д.м.н., доцент, профессор Шевела Т.Л.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Аннотация. Цель исследования: повышение эффективности оказания медицинской помощи пациентам с приобретенными дефектами верхней челюсти путем разработки и внедрения новых методов протезирования при использовании усовершенствованных ортопедических конструкций. Проведено протезирование 51 пациента с приобретенными дефектами верхней челюсти по традиционным и разработанным авторами методам при помощи усовершенствованных ортопедических конструкций. Разработанные новые методы ортопедического лечения позволяют эффективно восстановить утраченные функции, социально адаптировать пациентов и значительно повысить их качество жизни.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, медицинская реабилитация, ороназальное сообщение, оросинусальное сообщение, приобретенные дефекты верхней челюсти, протезирование.

Введение. Известно, что наличие приобретенных дефектов верхней челюсти приводит к нарушению функций жевания, глотания, дыхания, речи, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, вызывает изменения в работе мышц челюстно-лицевой области, что способствует существенному ухудшению психоэмоционального состояния пациентов, снижает качество их жизни и уровень социальной адаптации [1-3].

На сегодняшний день в ортопедической практике наибольшее признание получила трёхэтапная методика протезирования приобретенных дефектов верхней челюсти [3,4], включающая изготовление непосредственного протеза в предоперационном периоде с последующей его заменой на формирующий протез-обтуратор и окончательный обтурирующий протез.

Совершенствование ортопедических конструкций, сокращение сроков протезирования и разработка новых методов изготовления протезов с целью восстановления приобретенных дефектов верхней челюсти остается одной из наиболее актуальных проблем современной стоматологии.

Цель исследования. Повысить эффективность оказания медицинской помощи пациентам с приобретенными дефектами верхней челюсти путем разработки и внедрения новых методов протезирования при использовании усовершенствованных ортопедических конструкций.

Материал и методы. Обследование и ортопедическое лечение пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти проводилось на базе государственного учреждения «Университетская стоматологическая клиника», онкологического отделения (опухолей головы и шеи) государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова», отделения опухолей головы и шеи учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический центр», отделения челюстно-лицевой хирургии учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница».

В группу I (контрольная) вошли 23 (45,1%) пациента, которым было проведено отдаленное протезирование традиционным обтурирующим протезом, изготовленным по классической методике, без предшествующего этапа непосредственного протезирования.

Группу II (непосредственного и отдаленного протезирования) составили 18 (35,3%) пациентов, ортопедическое лечение которых состояло из непосредственного послеоперационного протезирования с использованием протеза с прозрачным базисом и отдаленного протезирования при помощи полого obtурирующего протеза.

В группу III (двухэтапного отдаленного протезирования) вошли 10 (19,6%) пациентов, отдаленное протезирование которых проводилось в соответствии с разработанным в настоящем исследовании двухэтапным методом с изготовлением временной разобщающей каппы и полого obtурирующего протеза без предшествующего этапа послеоперационного непосредственного протезирования.

Для исследования эффективности медицинской реабилитации пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти разработанными новыми методами протезирования при помощи усовершенствованных ортопедических конструкций проводили изучение следующих параметров:

1. Оценка герметичности прилегания ортопедической конструкции при помощи носоротовой, рото-носовой и глотательной проб;

2. Оценка качества звукопроизношения и разборчивости речи на основании аудиозаписи речи пациентов при использовании заранее подготовленного стимульного материала в виде слов и текста с последующим субъективным слуховым анализом;

3. Оценка нутритивной недостаточности посредством следующих инструментов: оценка индекса массы тела по Кетле, скрининг NRS 2002 (Nutritional Risk Screening, 2002);

4. Оценка адаптации пациента к ортопедической конструкции, используя коэффициент дезадаптации (КДА) (Михальченко Д.В. с соавт., 2013).

5. Оценка психоэмоционального состояния пациентов на основании скрининговой методики посредством госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale);

6. Оценки качества жизни пациентов при помощи общего опросника SF-36 и специализированного стоматологического опросника ОНIP-14 (Oral Health Impact Profile) (Slade G.D., 1997).

Результаты исследования. При оценке герметичности конструкции традиционного obtурирующего протеза через месяц носороговая проба в 4 (17,4%) случаях дала положительный результат, рото-носовая – в 5 (21,7%) случаях, глотательная – в 6 (26%) случаях, что свидетельствует о недостаточности герметичности ортопедической конструкции по истечении срока адаптации. Однако, следует отметить, что конструкция протеза обеспечивает разборчивость речи в 20 (87%) случаях.

При фиксации временной разобщающей каппы через 1 месяц после протезирования выявлена условно разборчивая речь в 8 (80%) случаях, что связано с отсутствием искусственных зубов в конструкции. Положительная рото-носовая проба определена в 2 (20%) случаях, носороговая проба – в 1 (10%) случае, глотательная – в 3 (30%) случаях, что свидетельствует об удовлетворительной фиксации конструкции и не оказывает существенного влияния на процесс ортопедического лечения, так как основной целью изготовления каппы является подготовка ко второму этапу отдаленного протезирования для адаптации зубочелюстной системы.

Для абсолютного большинства пациентов после протезирования дефектов верхней челюсти полым obtурирующим протезом при оценке через месяц носороговой пробы получен отрицательный результат в 100% случаев, рото-носовой – в 27 (96,4%), глотательной – в 27 (92,9%) случаях, что свидетельствует о герметичности ортопедической конструкции. Нарушение функции глотания при оценке через месяц в 2 (7,1%) случаях можно связать с послеоперационными осложнениями в отдаленном периоде (нарушение работы мимической и жевательной мускулатуры) и величиной послеоперационного дефекта. На основании слухового анализа через месяц хорошая разборчивость речи отмечена у 27 (96,4%) пациентов, разделение полости рта и полости носа приводит к минимальной степени ринофонии, что

способствует правильному формированию напора воздушной струи, повышает четкость артикуляционных переходов от слога к слогу, а также повышает речевой объем.

При проведении послеоперационного непосредственного протезирования ротоносовую, носо-ротовую и глотательную пробы не проводили в связи с низкой информативностью оценки герметичности конструкции из-за тампонирующего дефекта марлевыми тампонами. Оценку разборчивости речи проводили через месяц после протезирования, в 16 (88,9%) случаях выявлена хорошая разборчивость речи. На следующие сутки после протезирования анализ не проводили в связи с низкой информативностью из-за послеоперационного отека и боли.

При оценке нутритивной недостаточности в группе I выявлено следующее: недостаточная масса тела до протезирования выявлена в 8 (80%) случаях, через 3 месяца после протезирования нормальная масса тела определена в 7 (70%) случаях, через год – в 8 (80%) случаях.

При оценке нутритивной недостаточности в группе II выявлено следующее: недостаточная масса тела до протезирования выявлена в 8 (80%) случаях, через 3 месяца после протезирования нормальная масса тела определена в 5 (50%) случаях, через год – в 2 (20%) случаях.

При оценке нутритивной недостаточности в группе III выявлено следующее: недостаточная масса тела до протезирования выявлена в 8 (80%) случаях, через 3 месяца после протезирования нормальная масса тела определена в 5 (50%) случаях, через год – в 5 (50%) случаях.

Адаптация к полному obtурирующему протезу через месяц после начала использования ортопедической конструкции наступает в 28 (100%) случаях. Адаптация через месяц после использования временной разобщающей каппы также составляет 100%, что в первую очередь связано с эластическими свойствами конструкционного материала. Адаптация к традиционному obtурирующему протезу проходит наиболее длительный этап, так, через месяц после использования протеза в 17 (73,9%) случаях адаптация к протезу так и не наступила, что свидетельствует о необходимости проведения этапного протезирования. Изготовление непосредственной послеоперационной ортопедической конструкции и временной разобщающей каппы в отдаленном периоде приводит к улучшению адаптации и сокращению ее сроков.

При оценке психоэмоционального состояния пациентов в группе I выявлено следующее: 16 (69,6%) пациентов имели клинически выраженную тревогу/депрессию и 6 (26,1%) – субклинически выраженную тревогу/депрессию. Для сравнения пациенты группы II имели субклинически выраженную тревогу/депрессию в 12 (66,7%) случаях и клинически выраженную тревогу/депрессию в 5 (27,8%) случаях, что подтверждает необходимость проведения ранней медицинской реабилитации.

При сравнении психоэмоционального состояния пациентов на этапе отдаленного протезирования obtурирующим протезом выявлено следующее: отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии в группе I составило 13,0%, в группе II – 27,8%, в группе III – 40,0%. Таким образом, конструкция полого obtурирующего протеза способствует улучшению психоэмоционального состояния пациентов, снижая при этом уровень тревоги.

Нами было произведено сравнение показателей качества жизни пациентов между группой I и группой II на этапах непосредственного и отдаленного протезирования. В группе I выявлено снижение показателей качества жизни по всем шкалам опросника SF-36, в то время как в группе II данные показатели существенно выше.

В обеих группах по большинству шкал опросника произошло повышение показателей на отдаленном этапе протезирования obtурирующими конструкциями по сравнению с этапом непосредственного протезирования. Однако, в группе II качество жизни пациентов выше как до начала отдаленного протезирования (после этапа непосредственного послеоперационного

протезирования), так и после него по сравнению с группой I, что свидетельствует об улучшении физического и психологического компонентов здоровья.

В группе III отмечается улучшение показателей на втором этапе при сравнении с первым этапом протезирования временной разобщающей каппой, что имеет логическое объяснение, так как каппа является адаптационным этапом и в полной мере не восстанавливает утраченные функции. Тем не менее, показатели интенсивности боли схожи на первом и втором этапе отдаленного протезирования, что обусловлено в первую очередь эластичными свойствами конструкционного материала для изготовления каппы.

В целом, показатели качества жизни пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти схожи в группе II и группе III при отдаленном протезировании полым obtурирующим протезом, что свидетельствует о компенсации утраченных функций.

При анализе качества жизни пациентов по результатам специализированного стоматологического опросника ОНIP-14 получены следующие данные: в 6 (60,0%) случаях в группе III и в 10 (55,6%) случаях в группе II при проведении отдаленного протезирования полым obtурирующим протезом пациенты отмечали хорошее качество жизни, по сравнению с отдаленным протезированием традиционным obtурирующим протезом в группе I данный показатель составил 17,4%. Следует отметить, что в 19 (82,6%) случаях пациенты с приобретенными дефектами верхней челюсти, которым не проводилось непосредственное послеоперационное протезирование, указывали на плохое качество жизни и в 17,4% на неудовлетворительное, что свидетельствует о необходимости изготовления ортопедических конструкций на данном этапе.

Большинство пациентов (60%) отмечали удовлетворительное качество жизни при изготовлении временной разобщающей каппы.

Таким образом, представленные данные оценки психологического статуса и качества жизни пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти доказывают эффективность новых методов протезирования при помощи усовершенствованных ортопедических конструкций, разработанных в настоящем исследовании.

Заключение. Челюстно-лицевое протезирование необходимо рассматривать как первый этап медицинской реабилитации пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти, без которого невозможно восстановление функции жевательного и артикуляционного аппарата. Разработанные новые методы протезирования позволяют эффективно восстановить утраченные функции, социально адаптировать пациентов и значительно повысить их качество жизни. Усовершенствованные ортопедические конструкции обладают рядом преимуществ.

Список литературы:

1. Арутюнов А.С. Совершенствование ортопедического стоматологического лечения больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза / А.С. Арутюнов, С.Д. Арутюнов // Учен. записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – Т. XXII, №2. – С. 45–49.
2. Новые подходы в устранении дефектов челюстей с одномоментной зубочелюстной реабилитацией / К.С. Гилёва [и др.] // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. – 2020. – №1. – С.30–45.
3. Ортопедическое лечение дефектов верхней челюсти с применением резекционного замещающего протеза с пневматическим obtуратором / С.И. Абакаров [и др.] // Стоматология. – 2020. – №99(5). – С.74–79.
4. Ортопедическое лечение у онкологических больных с челюстно-лицевой патологией / И.В. Пустовая [и др.] // Южно-российский онкологический журнал. – 2021. – №2. – С.22–33.