

УДК 616. 314. 21 -76/ - 77

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Корж Д. В., Корж В. И., Артеменко М. В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
кафедра ортопедической стоматологии, г. Донецк, Украина*

**Введение.** Ортопедическое лечение пациентов, перенесших типичную или комбинированную резекцию верхней челюсти, проводится съёмными конструкциями. Предлагаемые конструкции имеют значительный вес, ввиду объёмности конструкции, что ухудшает фиксацию и расшатывает опорные зубы.

**Цель** исследования – разработка и совершенствование способа изготовления конструкции челюстно-лицевого протеза с облегченной obtурирующей частью.

**Объекты и методы.** Предлагается методика изготовления челюстно-лицевого протеза с облегченной obtурирующей частью, заполняемой пищевым пенопластом. Эффективность ортопедического лечения исследовали в динамике у 30 пациентов после резекции челюсти. Пациентам были изготовлены челюстно-лицевые протезы с облегченной obtурирующей частью. Для оценки качественных показателей эффективности использовали спирометрию, пробу И. С. Рубинова, число коррекций после фиксации протеза. Качество изготовления протезов оценивали по числу коррекций после фиксации протеза.

**Результаты.** Минимальный показатель эффективности запирающего облегченного протеза составил 86%, максимальный – 100%, средний результат оказался 93,6%. Эффективность жевания у пациентов через 10 суток по мере адаптации к протезам повышалась.

**Заключение.** Простая технология позволяет внедрять в практику при частичной резекции верхней челюсти протеза-obтуратора в облегченном варианте, способствующего реабилитации.

**Ключевые слова:** челюстно-лицевой протез; облегченная obtурирующая часть; жевательная эффективность, степень запираения.

## SOCIO-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER UPPER JAW RESECTION

Korzh D. V., Korzh V. I., Artemenko M. V.

*Donetsk National Medical University named by M. Gorky, Donetsk, Ukraine*

**Introduction.** Orthopedic treatment of patients who have undergone a typical or combined resection of the upper jaw is carried out with removable struc-

tures. The proposed structures have a significant weight, due to the volume of the structure, which worsens the fixation and loosens the supporting teeth.

**Aim.** Development and improvement of the method of manufacturing the structure of the maxillofacial prosthesis with a lightweight obturating part.

**Objects and methods.** A method of manufacturing a maxillofacial prosthesis with a lightweight obturating part filled with food-grade foam is proposed.

The effectiveness of orthopedic treatment was studied in dynamics in 30 patients from the DPR and LPR after resection of the jaw. Patients were manufactured by a maxillofacial prosthetics from the light occlusive part. Spirometry, a sample of I. S. Rubinov, and the number of corrections after fixation of the prosthesis were used to evaluate the qualitative performance indicators.

**Results.** The minimum efficiency of the locking lightweight prosthesis was 86%, the maximum-100%, and the average result was 93.6%. The effectiveness of chewing in patients after 10 days as they adapted to the prostheses increased.

**Conclusion.** Simple technology allows you to implement in practice a partial resection of the upper jaw prosthesis-obturator in a lightweight version, which contributes to rehabilitation.

**Keywords:** maxillofacial prosthesis; lightweight obliterated part; chewing efficiency, degree of locking.

**Введение.** Проблема ортопедического лечения пациентов после частичной резекции верхней и нижней челюстей, является одной из важнейших в практике врача стоматолога-ортопеда. Протезирование в таких клинических ситуациях, на данный момент, является единственным решением для восстановления утраченной функции и эстетических характеристик пациента [1, 2, 3, 4]. Вместе с тем в результате резекции верхней челюсти создаются особо сложные клинические условия протезного ложа и протезного поля, которые приводят к возникновению ряда вопросов, вызванных как несовершенством конструкционных материалов, так и значительными объемными характеристиками самих конструкций. Предлагаемые ранее конструкции имеют ряд недостатков. Основным из них является значительный вес протезов, ввиду объемности конструкции, что ухудшает фиксацию и расшатывает опорные зубы. [1].

**Цель** исследования – разработка и совершенствование способа изготовления конструкции челюстно-лицевого протеза с облегченной обтурирующей частью.

**Объекты и методы.** Методика изготовления облегченного челюстно-лицевого протеза с обтурирующей частью, включает полу-

чение оттиска дефекта верхней челюсти, изготовление модели и моделирование воскового шаблона протеза-обтуратора, изготовление пластмассового базиса протеза, заменяющего альвеолярный отросток с искусственными зубами, изготовление собственно обтуратора верхней челюсти, при изготовлении которого, полость обтурирующей (запирающей) части заполняется пищевым пенопластом [2]. Коррекцию запирающей части проводили самотвердеющей мягкой пластмассой. Базис протеза фиксировали к опорным зубам системой опорно-удерживающих кламмеров и замковыми креплениями (аттачментами).

Эффективность ортопедического лечения исследовали в динамике у 30 пациентов, нуждающихся в изготовлении челюстно-лицевых протезов. Из них 17 мужчин и 13 женщин, возраст пациентов от 32 до 55 лет, изготовлено 22 протеза с кламмерной фиксацией и 8 — с замковыми креплениями. Для оценки степени запираения после резекции верхней челюсти использовали спирометр, обычно применяемый для измерения емкости легких. При выдыхании через рот у здоровых людей весь воздух проходит через полость рта и поступает в прибор, который регистрирует его объем. При наличии сквозного дефекта неба часть воздуха, естественно, пройдет через дефект, выйдет, минуя полость рта, через носовые отверстия и не будет зарегистрирована прибором. Для того, чтобы определить максимальный объем выдыхаемого воздуха у пациента с дефектами неба, можно использовать носовой зажим, применяемый обычно горноспасателями. Зажим представляет собой пружину, изогнутую по типу английской булавки с резиновыми подушечками на концах. Для этой же цели можно приспособить бельевую прищепку. На крылья носа пациента накладывают зажим и после нескольких глубоких вдохов пациент, сделав максимальный вдох, выдыхает воздух в спирометр. Прибор регистрирует этот объем воздуха. Средний показатель выводят на основании 3 исследований. Затем у обследуемого проводят не менее 3 раз спирометрию с запирающим протезом, но при не зажатых носовых отверстиях, и определяют средний объем выдыхаемого воздуха. Сравнивая результаты, подсчитывают утечку воздуха через дефект, то есть определяют эффективность запираения замещающего протеза. Прежде чем эти пациенты обратились к нам на прием, они многократно обращались в стоматологические клиники по месту жительства и часто не получали практических рекомендаций. Это вызвано тем, что во многих областных городах не созданы центры по сложному челюстному протезированию, а врачи обычных ортопедических стоматологических отделений не имеют опыта изготовле-

ния сложных челюстно-лицевых протезов и вынуждены отказываться в приеме пациентам данной категории. Для оценки эффективности жевания пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти после протезирования использовали пробы для исследования жевания по И. С. Рубинову [3]. При этом принимали во внимание как основной показатель степень измельчения пищи (в %), не придавая большого значения времени жевания (в секундах). Для определения силы накусывания использовали сконструированный цифровой гнатодинамометр (рацпредложение № 6337 от 14.11.2019). Принимали во внимание и субъективные ощущения пациентов.

**Результаты.** Минимальный показатель эффективности запирающего облегченного протеза составил 86%, максимальный – 100%, средний результат оказался 93,6%. Максимальный эффект запираения после протезирования достигнут у лиц с дефектами неба без нарушения целостности переходной складки при изготовлении запирающей части протеза с коррекцией быстротвердеющей пластмассой. Если эффективность запираения протеза менее 80%, протез необходимо переделать. Наиболее высокий процент эффективности жевания после протезирования, был у тех пациентов, которым изготавливали протезы с коррекцией запирающей части. У этой группы пациентов до оперативного вмешательства эффективность жевания составила в среднем 99,2%, а время –  $17,5 + 1 \pm 1,8$  секунд. На 10 сутки после резекции челюсти при наличии непосредственного протеза эффективность жевания снижается до 78%, а время увеличивается до 28 секунд. Спустя 1 месяц она возрастает до 98%, а время жевания уменьшается до 20 секунд. После изготовления запирающей части без коррекции быстротвердеющей мягкой пластмассы эффективность жевания у пациентов в день фиксации снижается на 3,2%, а время жевания увеличивается на 2,6 секунды, но уже через 10 суток достигает прежнего высокого уровня. У пациентов при наличии устойчивых опорных зубов на верхней челюсти в день фиксации протезов эффективность жевания была в среднем 80,2%, а время жевания 45,8 секунд. Через 1 месяц, соответственно, – 86,3% и 36,6 секунд. При недостаточном числе опорных зубов (1-3) и при полном их отсутствии эффективность жевания составляет 59%, а время – 58,2 секунд. По мере адаптации к протезам эффективность жевания у пациентов повышалась, а время жевания уменьшалось и через 1 месяц эффективность жевания составляла 64%, а время – 45,3 секунд. Из числа изготовленных протезов по описанной методике у 51,1% пациентов коррекция не понадобилась, 1 раз коррекция проведена у 30,1% человек, 2 раза – у 18,2% пациентов и только у 2 лиц коррекция была проведена 4 раза. Закономерности

в распределении участков коррекции протезов не установили, так как они располагались в разных местах протезного ложа.

**Заключение.** Уменьшение веса челюстно-лицевого съемного протеза за счет использования пищевого пенопласта позволяет значительно улучшить фиксацию не зависимо от характера дефекта сохранившегося зубного ряда и конструкции ретенционных элементов, оптимизировать показатели гнатометрические и данные жевательной эффективности, восстановить четкую речь. Таким образом, достигается главная цель ортопедического лечения – социально-психологическая реабилитация пациентов, перенесших операцию резекции челюсти.

#### **Литература.**

1. Варес, Э. Я. Замещающие протезы верхней челюсти / Э. Я. Варес, Г. П. Кнотько. – Киев : Здоровье, 1981. – С. 55.
2. Клемин, В. А. Способ изготовления челюстно-лицевого протеза-обтуратора верхнечелюстного // В. А. Клемин, Д. В. Корж, А. О. Ворожко. – Патент на полезную модель № 88014 от 25.02.2014.
3. Рубинов, И. С. Физиологические основы стоматологии / И. С. Рубинов. – Л. : Медицина, 1965. – 351 с.
4. Энтин, Д. А. Лечение огнестрельных ранений и повреждений лица и челюстей в ВОВ 1941-1945 гг. / Д. А. Энтин : В кн. : Опыт советской медицины в ВОВ 1941-1945гг. – Т. 6. – М. : Медгиз, 1951. – 400 с.