

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 obturating 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 – $17,5 \pm 1,8$ 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 г. / Д. А. Энтин : В кн. : Опыт советской медицины в ВОВ 1941-1945гг. – Т. 6. – М. : Медгиз, 1951. – 400 с.