

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ОРОНАЗАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Петражицкая Г.В. (ассистент кафедры стоматологической пропедевтики и материаловедения), Шевела Т.Л. (к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии)

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Аннотация. Цель исследования: повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов с ороназальным сообщением онкологического генеза путем изготовления полого obtурирующего протеза. Проведено протезирование 15 пациентов с ороназальным сообщением онкологического генеза, которым ранее не был изготовлен непосредственный протез. Для протезирования дефекта был использован полый obtурирующий протез, конструкция которого позволяет провести протезирование в условиях деформированного зубного ряда и альвеолярного отростка, послеоперационной контрактуры нижней челюсти, методика изготовления протеза позволяет уменьшить риск воспаления и атрофии границ слизистой оболочки тканей ороназального сообщения, а стабилизация и фиксация протеза позволяет предупредить расшатывание и вывихивание опорных зубов.

Ключевые слова: реабилитация, протезирование, злокачественные новообразования, верхнечелюстная пазуха, ороназальное сообщение.

Введение. Проблема социальной адаптации и реабилитации пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза является чрезвычайно актуальной. Нарушение функции и эстетики в результате разрушения анатомических структур челюстно-лицевой области способствует существенному ухудшению качества жизни пациентов, а проводимое комбинированное лечение, включающее лучевую терапию и/или химиотерапию, приводит к затруднениям при протезировании образовавшегося дефекта [1, 2, 3]. Послеоперационные дефекты верхней челюсти онкологического генеза вызывают асимметрию лица, приводят к потере зубов, т.е. сопровождаются утратой эстетического оптимума человека.

Нарушение функции глотания и жевания является типичной жалобой при наличии ороназального сообщения, что зачастую приводит к формированию заболеваний желудочно-кишечного тракта или утяжелению их течения [1, 4].

Кроме того, систематическое попадание пищи в область ороназального сообщения вызывает хроническое воспаление слизистой оболочки.

Наряду с нарушением функции жевания и глотания, наличие ороназального сообщения способствует расстройству дыхания. Согревание воздуха в полости носа не осуществляется, что снижает сопротивляемость организма к развитию простудных заболеваний. Наличие постоянной носовой секреции способствует воспалению и атрофии тканей протезного ложа, ухудшая гигиенические характеристики протеза.

В подавляющем большинстве случаев у пациентов после хирургического лечения происходит развитие ринофонии. Ринофония – патологическое изменение тембра голоса, обусловленное нарушенным участием носовой полости в процессах голосо- и речеобразования. Речь пациентов становится неразборчивой из-за назального искажения звука, приобретает гнусавый оттенок, происходит искажение звукообразования.

Структурно-функциональные нарушения в челюстно-лицевой области неизбежно ведут к изменению психо-эмоционального состояния пациентов.

По данным специальной литературы протезирование является наиболее эффективным методом восстановления функциональных и эстетических нарушений у пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза. Однако, на сегодняшний день нет единого подхода к медицинской реабилитации данной группы пациентов. Целью протезирования ороназального сообщения является восстановление утраченных функций, что повышает социальную адаптацию и качество жизни пациентов, способствует наиболее полной медико-социальной реабилитации.

На сегодняшний день существует два метода протезирования дефекта верхней челюсти – непосредственное и отдаленное. Непосредственный протез готовят до операции и фиксируют его сразу после операции на операционном столе. Отдаленный протез изготавливают в различные сроки после операции. Последующее протезирование подразделяется на ближайшее, которое проводят в ближайший срок после операции и отдаленное – через 3-4 месяца после операции.

Медицинская реабилитация пациентов с данной патологией связана с устранением обширных послеоперационных дефектов путем протезирования и является актуальной проблемой современной стоматологии.

Цель исследования. Повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов с ороназальным сообщением онкологического генеза путем изготовления полого obturating протеза.

Материал и методы. Обследование и протезирование пациентов проводилось на базе Государственного учреждения «Университетская стоматологическая клиника». Всего было обследовано 39 пациентов с дефектом верхней челюсти, образовавшимся в результате хирургического удаления злокачественного новообразования верхней челюсти, из них протезирование проведено 15 пациентам с дефектами верхней челюсти и частичной вторичной адентией, которым ранее не была изготовлена непосредственная

ортопедическая конструкция. Всем пациентам проводилось комбинированное лечение, включающее в себя хирургическое лечение, лучевую терапию и/или химиотерапию

Пик заболеваемости приходился на группу пациентов в возрасте 50 лет и старше (50,4%), средний возраст составил 57 лет. Около 72,0 % пациентов имели распространённость опухолевого процесса в объёме III - IV стадии. Данной группе пациентов протезирование проводилось после комбинированного лечения в отдаленные сроки наблюдения (6 месяцев). В течение послеоперационного периода ороназальное сообщение пациенты тампонируют самостоятельно марлевыми тампонами.

На момент обращения пациенты предъявляли жалобы на нарушение дыхания, речи и наличие гнусавости, находились в подавленном психологическом состоянии и отмечали затруднение при общении с людьми. У 100,0% пациентов основной жалобой было нарушение жевания и глотания, тампонада послеоперационного дефекта не обеспечивала герметичной изоляции ороназального сообщения и при приеме пищи жидкость свободно мигрировала в носоглотку.

После тщательно собранного анамнеза приступали к объективному обследованию. При проведении внешнего осмотра обращали внимание на общую конфигурацию лица, размер нижнего отдела лица, положение губ, щек, выраженность носогубных складок, симметричность лица, деформацию мягких тканей, наличие рубцов, степень открывания рта. В большинстве случаев у пациентов наблюдалась невнятная речь, гнусавость, асимметрия лица за счет западения щечной области и верхней губы на стороне дефекта.

При внутриротовом обследовании анализировали гигиеническое состояние полости рта. На верхней челюсти оценивали степень атрофии, форму и направление альвеолярного отростка, наличие экзостозов, величину альвеолярных дуг, соотношение челюстей, состояние слизистой оболочки (цвет, податливость и увлажненность) по месту бывшей локализации опухоли, возможные структурные изменения близлежащих органов и тканей, наличие рубцовых изменений в местах прикрепления уздечек. Клинически у пациентов определялся послеоперационный дефект твердых и мягких тканей челюстно-лицевой области: твердого и мягкого неба, альвеолярного отростка верхней челюсти, передней и нижней стенки верхнечелюстной пазухи.

Особое внимание уделяли особенностям сообщения полости рта с полостью носа и верхнечелюстными пазухами, а также целостности зубного ряда. Зубной ряд в области сохраненного участка верхней челюсти представляет чрезвычайную важность для создания дополнительного ретенционного пункта с целью удержания и стабилизации ортопедической конструкции. Для уточнения состояния твердых тканей зубов, тканей пародонта, степени резорбции костной ткани проводили лучевое исследование.

Пациентам изготавливали полый obturating протез. Протезирование включало следующие клинические этапы: получали вспомогательный оттиск нижней челюсти и анатомический оттиск верхней челюсти при помощи

стандартной оттисковой ложки и альгинатного оттискового материала; получали функциональный оттиск верхней челюсти силиконовым оттискным материалом при помощи индивидуальной ложки с применением функциональных проб; определяли центральную окклюзию в полости рта; припасовывали протез в полости рта пациента, проводили контроль качества изготовления протеза путем оценки речевой, рото-носовой, глотательной, питьевой пробы.

Пациента обучали правилам пользования и ухода за конструкцией и приглашали на контрольные осмотры для коррекции на следующий день, через 3 дня и далее – по мере необходимости. При этом контролировали субъективное состояние пациента (жалобы), состояние протезного ложа (участки гиперемии, эрозии, язвы), гигиеническое состояние полости рта и гигиеническое состояние протеза. Обязательным являлся контроль функциональной эффективности каппы и ее герметичности (проба с надуванием щек и глотанием воды).

Результаты исследования. Конструкция полого obtурирующего протеза позволяет провести протезирование в том числе при неблагоприятных клинических условиях протезного ложа, в условиях деформированного альвеолярного отростка и зубного ряда, послеоперационной контрактуры нижней челюсти. Технология изготовления протеза позволяет снизить риск воспаления и атрофии границ слизистой оболочки тканей ороназального сообщения в условиях постоянной носовой секреции за счет гигиенических характеристик obtурирующего протеза, полученных в следствие герметизма, а способ фиксации и стабилизации протеза позволяет предупредить расшатывание и вывихивание опорных зубов на здоровой стороне верхней челюсти.

Максимальное количество коррекций obtурирующего протеза составило 4 посещения (6,7%, для 1 пациента). Одна коррекция протеза понадобилась для 66,6 % (10 пациентов), две – 20,0% (3 пациента), три – 6,7% (1 пациент). Большинство пациентов после проведения первой коррекции отмечали значительное уменьшение болезненности под протезом, при клиническом обследовании локальная гиперемия слизистой оболочки в области тканей протезного ложа практически отсутствовала.

Выводы или заключение. Восстановление целостности утраченного органа или его части (челюсть, небо, альвеолярный край и т.д.) является первым этапом медицинской реабилитации, которая направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции организма. Медицинская реабилитация пациентов с ороназальным сообщением может включать протезирование с изготовлением полого obtурирующего протеза с учетом индивидуальных анатомических особенностей послеоперационного дефекта твердых и мягких тканей.

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 obturatorом / 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.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**«СТУДЕНЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА
XXI ВЕКА»**

*XXIII Международная научно-практическая конференция
студентов и молодых ученых*

26-27 октября 2023 г.

Витебск, 2023