

Шевела Т.Л.¹, Петражицкая Г.В.¹, Можейко С.Г.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ

Введение. Наличие послеоперационного дефекта верхней челюсти приводит к нарушению функций жевания, глотания, дыхания, речи, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, изменению гомеостаза полости рта, вызывает изменения в работе мышц челюстно-лицевой области, что способствует существенному ухудшению психо-эмоционального состояния пациентов, снижает качество их жизни и уровень социальной адаптации [1, 5].

Задачами устранения дефектов верхнечелюстной пазухи непосредственно после операции являются:

1. Разобщение полости рта от полости носа, верхнечелюстной пазухи, носоглотки.
2. Возможность парентерального питания без установки назогастрального зонда.
3. Поддержание тканей, потерявших костную опору.
4. Фиксация повязки с лечебными средствами в послеоперационной ране (тампо-нада раны).
5. Восстановление функций и эстетики.
6. Улучшение психологического состояния пациента и его социальная адаптация.
7. Повышение качества жизни пациента.

Непосредственно после операции при тампонировании дефекта заживление мягких тканей идет произвольно, образующиеся массивные рубцы мешают фиксации и стабилизации окончательного протеза, изготовленного в отдаленном периоде, что делает адаптацию пациента к ортопедической конструкции более сложной и длительной [2]. Известно, что репаративные процессы твердых и мягких тканей при использовании протеза непосредственно после операции протекают наиболее оптимально, облегчая тем самым задачу ортопедического лечения в отдаленном периоде [3].

Оптимальные сроки и алгоритм протезирования пациентов при дефектах верхнечелюстной пазухи являются предметом исследования и дискуссии, как ученых, так и врачей-стоматологов, однако единым остается мнение о необходимости ранней медицинской реабилитации пациентов в результате удаления образования при проведении хирургического вмешательства [4].

Цель. Повышение эффективности послеоперационного лечения пациентов с дефектами верхнечелюстной пазухи путем изготовления непосредственного протеза.

Материалы и методы. Исследование и протезирование пациентов проводилось на базе государственного учреждения «Университетская стоматологическая

клиника» и Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова». В исследовании приняли участие 10 пациентов, которым было проведено протезирование с фиксацией непосредственного протеза на операционном столе после удаления новообразования. Задачей протезирования на данном этапе является оформления краев операционного поля, восстановление жевательной функции, удержание тампонов, формирование протезного ложа и небного свода для последующего окончательного протезирования, обеспечение парентерального питания без установки назогастрального зонда.

Планирование непосредственного протезирования проводилось в предоперационном периоде совместно с хирургами-онкологами (рис. 1).

После получения оттисков на моделях верхней челюсти отмечали предполагаемую границу резекции в соответствии с планом операции. Предоперационное планирование и конструкция непосредственного протеза позволяют сократить количество клинично-лабораторных этапов, позволяя изготовить ортопедическую конструкцию в максимально сжатые сроки, сокращая общий срок пребывания пациентов в стационаре.

После определения объема хирургического вмешательства удаляли соответствующие зубы, гравировали границы в вертикальном и горизонтальном направлениях шириной и глубиной 1,5–2,0 мм, после чего моделировали восковую композицию непосредственного протеза, состоящего из базиса, искусственных зубов и удерживающих кламмеров (рис. 2).

Несомненным преимуществом непосредственного протеза является то, что базис выполнен из твердой прозрачной пластмассы, что обеспечивает возможность визуального контроля за состоянием тампонов и принятия объективного решения о необходимости перевязки послеоперационной раны (рис. 3). Кроме того, конструкция



Рис. 1. Полость рта пациента перед проведением хирургического вмешательства



Рис. 2. Восковая композиция непосредственного протеза

протеза обеспечивает удовлетворительную изоляцию операционной раны от механических воздействий и ротового содержимого, исключает необходимость установки назогастрального зонда в послеоперационном периоде ввиду возможности парентерального питания пациента, что в совокупности улучшает результаты хирургического лечения.

Фиксация заранее изготовленного непосредственного протеза осуществляется прямо на операционном столе после предварительного тампонирувания послеоперационной раны. Этапы операционного вмешательства представлены на рис. 4–6.

В послеоперационном периоде при проведении перевязок в динамике оценивали функциональную эффективность и герметичность непосредственного протеза, состояние протезного ложа (участки гиперемии, эрозии, язвы), при необходимости осуществляли коррекцию протеза. Наблюдение за пациентами в послеоперационном



Рис. 3. Непосредственный протез



Рис. 4. Полость рта пациента после удаления злокачественного новообразования



Рис. 5. Полость рта пациента после удаления злокачественного новообразования (проведено тампонирувание раны)



Рис. 6. Фиксация непосредственного протеза в полости рта пациента

периоде показало удовлетворительные анатомические и функциональные результаты со стороны зубочелюстного аппарата, твердого и мягкого нёба.

Результаты. Несомненными преимуществами конструкции непосредственного протеза при протезировании пациентов с дефектами верхнечелюстной пазухи является улучшение функциональных характеристик конструкции – легкое наложение, фиксация и надежное удерживание, изоляция операционной раны от инфицирования со стороны полости рта при возможности визуального контроля за состоянием тампонады операционной раны.

В результате проведенного непосредственного протезирования у пациента осуществляется не только разграничение полости рта и носа с изоляцией ороназального и оросинусального сообщения, что в свою очередь обеспечивает возможность парентерального приема пищи без установки назогастрального зонда, но и восстанавливается высота нижней трети лица, жевательная функция, эстетика лица, что обусловлено наличием в протезе искусственных зубов.

Кроме того, изготовление в предоперационном периоде и фиксация ортопедической конструкции на операционном столе способствует социальной адаптации и улучшению психологического состояния пациента в послеоперационном периоде.

Заключение. Восстановление целостности утраченного органа или его части (челюсть, нёбо, альвеолярный отросток и т. д.) является первым этапом медицинской реабилитации. На сегодняшний день не разработаны общие методы протезирования в послеоперационном периоде, нет единого мнения о сроках протезирования, по-прежнему остается много спорных и неразрешенных вопросов, требующих дальнейшей разработки и изучения, относительно строения ортопедической конструкции, замещающей дефект верхнечелюстной пазухи и верхней челюсти в непосредственном, раннем и отдаленном периоде. Протезирование пациентов с дефектами верхнечелюстной пазухи и верхней челюсти требует профессиональных навыков и индивидуального подхода в каждой клинической ситуации.

Конструктивные особенности непосредственного протеза в совокупности повышают эффективность послеоперационного ведения пациентов и определяют врачебную тактику медицинской реабилитации.

Литература

1. Арутюнов, С. Д. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология: пособие для врачей / С.Д. Арутюнов, Е.Н. Жулев, И.Ю. Лебеденко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 154 с.
 2. Карасева, В.В. Особенности ортопедического лечения при дефекте верхней челюсти в боковом отделе / В.В. Карасева // Проблемы стоматологии. – 2008. – Т. 1, № 2. – С.37–38.
 3. Карпенко, Г.В. Методы диагностики и планирования конструкций протезов у пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти / Г.В. Карпенко, М.В. Воробьева // М.: БМИК. – 2015. – Т.5, № 10. – С.1161.
 4. Опыт зубочелюстного протезирования пациента с послеоперационным дефектом верхней челюсти / Н.Е. Митин и [др.] // Проблемы стоматологии. – 2018. – Т. 14, № 2. – С.93–97.
 5. Челюстно-лицевая ортопедия : учеб.-метод. пособие / С. А. Наумович [и др.]. – 2-е изд., доп. – Минск : БГМУ, 2011. – 91 с.
-

Международный научно-практический журнал

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

2024, том 14, № 2. Электронное приложение

Восточная
Европа

Otorhinolaryngology Eastern Europe

International Scientific Journal

2024 Volume 14 Number 2 Electronic Supplement



Главный печатный орган
Евразийской Ассамблеи
оториноларингологов

Азербайджанский тар – струнный щипковый музыкальный инструмент, являющийся незаменимым в мугамном трио наряду с гавалом и кеманчей. Своим усовершенствованным видом обязан народному музыканту Садыхркану – «отцу тара». Инструмент требует исключительной виртуозности. Мелодия, как правило, исполняется на двух струнах в унисон и опирается на эпизодически включаемые аккорды. Азербайджанское искусство исполнения на таре и мастерство его изготовления включены в список нематериального культурного наследия ЮНЕСКО.

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ВТОРОЙ МОЛОДЕЖНЫЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ»

Гродно, 20–21 июня 2024 года

ISSN 2226-3322 (print)
ISSN 2414-3596 (online)



9 772226 332005



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ