

# Медицинская реабилитация пациентов с дефектами верхней челюсти в раннем послеоперационном периоде

Шевела Т.Л., Петражицкая Г.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Для полноценного восстановления качества жизни, сохранения личностного статуса и социального функционирования, пациентам с приобретенными дефектами верхней челюсти необходима профессиональная стоматологическая реабилитация, включающая предоперационный (подготовительный), хирургический, промежуточный (временное протезирование) и окончательный (постоянное протезирование) этапы [1, 2].

Ортопедическая реабилитация включает дооперационный период – планирование конструкции непосредственного протеза, замещающего послеоперационный дефект верхней челюсти [3]. При этом, задачей непосредственного протезирования является оформление краев операционной зоны, восстановление жевательной функции, удержание тампонов, формирование протезного ложа и небного свода для последующего окончательного протезирования, обеспечение питания без установки назогастрального зонда [4, 5, 6].

Целью медицинской реабилитации пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти является обеспечение качества жизни, которое способствовало бы социальной интеграции пациента в обществе и семьи, а также реализации его профессиональных возможностей [7, 8].

**Цель исследования.** Повышение эффективности ранней медицинской реабилитации пациентов с дефектами верхней челюсти, способствующее улучшению качества жизни и снижению тяжести инвалидности.

**Материалы и методы исследования.** Обследование и протезирование пациентов осуществлялось 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 13 человек.

Все пациенты были разделены на 2 группы – основную и контрольную. Контрольная и основная группы были сопоставимы по объему дефекта верхней челюсти и наличию опорных зубов (1 тип по М.А. Aramany, включающий односторонние дефекты твердого неба и альвеолярного отростка до средней линии с сохранением зубов на контралатеральной стороне). В контрольную группу вошли 7 человек (53,9%), которым изготовление и фиксация непосредственного протеза не проводилась. Основную группу составили 6 человек (46,1%), которым было проведено радикальное

хирургическое лечение с изготовлением послеоперационного непосредственного протеза до проведения оперативного вмешательства с фиксацией ортопедической конструкции на операционном столе.

Предложенная конструкция непосредственного послеоперационного протеза, состояла из пластмассового базиса, искусственных зубов и удерживающих кламмеров. Несомненными преимуществами конструкции является изготовление базиса из прозрачной пластмассы, что позволяет проводить визуальный контроль послеоперационной раны и оценка качества тампонады в области дефекта. Планирование непосредственного протезирования проводилось в предоперационном периоде совместно с хирургами-онкологами.

Исследование эффективности ранней медицинской реабилитации пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза в основной и контрольной группе проводили путем оценки восстановления эстетического оптимума лица, сравнения типа послеоперационного питания, анализа функциональных проб (носо-ротовой, рото-носовой, глотательной), оценки разборчивости речи, психоэмоционального состояния пациентов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), качества жизни по анкете SF-36.

Последующее окончательное протезирование полым obtурирующим протезом было проведено всем оперированным пациентам в срок 3-6 месяцев после хирургического вмешательства с оценкой среднего срока адаптации к ортопедической конструкции и количества коррекций базиса протеза.

**Результаты исследования.** Критерии оценки эффективности ранней медицинской реабилитации в основной и контрольной группе представлены в таблице.

Таблица – Оценка эффективности ранней медицинской реабилитации в основной и контрольной группе

Критерий оценки	Основная группа (6 человек)	Контрольная группа (7 человек)
Восстановление эстетики лица	+	–
Установка назогастрального зонда в послеоперационном периоде	–	+
Тип послеоперационного питания	пероральное	энтеральное
Носоротовая проба	отрицательная (100%)	положительная (100%)
Ротоносовая проба	отрицательная (100%)	положительная (100%)
Глотательная проба	отрицательная (83,3%)	положительная (100%)
Разборчивость речи	хорошая – 83,3%; условно-разборчивая – 16,7%; неразборчивая – 0%.	хорошая – 0%; условно-разборчивая – 42,9%; неразборчивая – 57,1%.

Продолжение таблицы

Критерий оценки	Основная группа (6 человек)	Контрольная группа (7 человек)
Оценка психоэмоционального состояния пациентов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS)	0-7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии) – 66,7%; 8-10 баллов – «субклинически выраженная тревога/депрессия» – 33,3%; 11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога/ депрессия» – 0%.	0-7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии) – 0%; 8-10 баллов – «субклинически выраженная тревога/депрессия» – 14,3%; 11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога/ депрессия» – 85,7%.
Качество жизни в раннем послеоперационном периоде по анкете SF-36	Физиологический компонент здоровья – 86,9; Психологический компонент здоровья – 72,2.	Физиологический компонент здоровья – 43,4; Психологический компонент здоровья – 38,3.

По данным специальной литературы известно, что дефекты верхней челюсти без непосредственного их замещения ортопедической конструкцией приводят к утрате зубов, вызывают асимметрию лица, т.е. сопровождаются утратой эстетического оптимума человека.

Несомненным преимуществом является отсутствие необходимости установки назогастрального зонда для энтерального питания. Применение раннего перорального питания у пациентов с фиксированным непосредственным протезом в полости рта способствует сокращению сроков реабилитации и послеоперационного койко-дня.

У пациентов контрольной группы при наличии ороназального и/или оросинусального сообщения в 100,0% случаев носоротовая, рото-носовая и глотательная проба являются положительными. В то время, как в основной группе носоротовая и рото-носовая пробы являются отрицательными в 100% случаев, глотательная проба – в 83,3%.

Приобретенные анатомо-физиологические расстройства, локализованные в органах периферического речевого аппарата, являются причиной нарушений речи пациентов с дефектами верхней челюсти. В контрольной группе у пациентов выявлена условно-разборчивая (42,9%) и неразборчивая речь (57,1%). В то время, как для абсолютного большинства пациентов в основной группе выявлена хорошая разборчивость речи (83,3%), что свидетельствует об удовлетворительной герметичности непосредственной ортопедической конструкции в зоне ороназального/оросинусального сообщения.

Выраженные структурно-функциональные нарушения челюстно-лицевой области без замещения дефекта верхней челюсти непосредственным протезом приводят к изменению психоэмоционального статуса пациентов, они становятся замкнутыми и избегают общества, о чем свидетель-

ствуют данные оценки психоэмоционального состояния пациентов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) в контрольной группе.

Средние значения показателей качества жизни в основной группе значительно отличались от 100,0% уровня идеального здоровья. Средние оценки качества жизни по всем шкалам опросника выше в основной группе, чем в контрольной группе.

При проведении отдаленного протезирования полым obtурирующим протезом средний срок адаптации пациента к ортопедической конструкции в основной группе составил 10 дней, а в контрольной 28 дней. Среднее количество коррекций протеза в основной группе составило – 3 посещения, в контрольной – 7 посещений. Полученные данные подтверждают клиническую картину, что после операции при тампонировании дефекта без изготовления непосредственного протеза 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. Репаративные процессы твердых и мягких тканей при применении протеза непосредственно после операции протекают наиболее оптимально, способствуя тем самым задачам ортопедического лечения в отдаленном периоде.

**Выводы.** Преимуществом применения предложенной конструкции непосредственного протеза является то, что базис выполняется из твердой прозрачной пластмассы, что обеспечивает возможность визуального контроля за состоянием тампонов и принятия объективного решения о необходимости перевязки послеоперационной раны. Также конструкция протеза обеспечивает удовлетворительную изоляцию операционной раны от механических воздействий и ротового содержимого, исключает необходимость установки назогастрального зонда в послеоперационном периоде, возможность перорального питания пациента, что в совокупности улучшает результаты хирургического лечения.

Этапное протезирование является оптимальным методом замещения приобретенных дефектов верхней челюсти. Изготовление непосредственного протеза позволяет получить устойчивый послеоперационный результат для дальнейшей стоматологической, психологической и социальной реабилитации пациентов.

### Литература

1. Арутюнов, А.С. Качество жизни онкологических больных после ортопедической стоматологической реабилитации / А.С. Арутюнов [и др.] // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2010. – №2. – С. 29-37.
2. Ткаченко, Г.А. Особенности психологического статуса больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области / Г.А. Ткаченко [и др.] // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – №4. – С. 84-87.

3. Арутюнов, А.С. Совершенствование ортопедического стоматологического лечения больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза / А.С. Арутюнов, С.Д. Арутюнов // Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. – 2015. – №2. – С. 45-49.
4. Кулаков, А.А. Результаты ортопедического лечения онкологических больных с челюстно-лицевыми дефектами / А.А. Кулаков [и др.] // Опухоли головы и шеи. – 2012. – №1. – С. 95-97.
5. Убайдуллаев, Х.А. Реабилитация онкологических больных с дефектами головы, шеи и челюстно-лицевой области / Х.А. Убайдуллаев [и др.] // Наука и инновационное развитие. – 2020. – №1. – С. 85-96.
6. Убайдуллаев, Х.А. Эффективности реабилитационного лечения дефектов челюстно-лицевой области / Х.А. Убайдуллаев // Стоматология. – 2020. – №1. – С. 33-37.
7. Галонский, В.Г. Непосредственные ортопедические мероприятия после верхнечелюстной резекции / В.Г. Галонский, А.А. Радкевич, Т.В. Казанцева // БМЖ. – 2009. – №4. – С. 59-62.
8. Карасёва, В.В. Клинический случай ортопедической реабилитации пациентки с приобретенным дефектом твердого неба / В.В. Карасёва // Проблемы стоматологии. – 2011. – №3. – С. 45-47.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

*Основан в 1999 году*

Выпуск 26

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,  
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск  
«Колорград»  
2024