ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Н. БУРДЕНКО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Митин Николай Евгеньевич

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Специальность 14.01.14 - стоматология

Диссертация
на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
Харитонов Дмитрий Юрьевич
доктор медицинских наук,
профессор

Воронеж – 2020

Оглавление

Введение 6

Глава 1. Обзор литературы 15

1.1 Общее понятие о реабилитации: реабилитация в стоматологии 15

1.2 Потребности в ортопедическом пособии и реабилитации при одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области 17

1.3 Потребности в ортопедической помощи и реабилитации при травматических повреждениях челюстно-лицевой области 18

1.4 Потребности в ортопедической помощи и реабилитации после хирургических вмешательств по поводу опухолей и опухолевидных образований челюстей 24

1.5 Особенности ортопедической помощи при механических травмах и онкологической патологии челюстей 26

1.6 Непосредственное съемное протезирование при частичной или полной утрате зубов 36

1.7 Реабилитация при съемном протезировании 43

1.7.1 Медико-физиологические аспекты реабилитации 46

1.7.2 Психологические аспекты реабилитации 57

1.8 Возможные схемы периодизации реабилитационного периода и особенности отдельных периодов 60

1.9 Качество жизни как основной критерий оценки эффективности периода реабилитации 65

Глава 2. Материалы и методы исследования 68

2.1 Общая характеристика материала и дизайн исследования 69

2.2 Экспериментальные исследования 74

2.3 Визуально-пальпаторный контроль состояния послеоперационной раны.... 80

2.4 Цитоморфологический мониторинг скорости репарации операционной раны в период реабилитации 81

2.5 Определение скорости восстановления жевательной функции и степени окклюзии в послеоперационном периоде реабилитации..... 85

2.6 Определение скорости и объема восстановления речевой функции в послеоперационном периоде реабилитации 87

2.7 Методы исследования психоэмоциональных и вегетативных реакций у стоматологических больных в послеоперационном периоде реабилитации, ассоциированные с видом зубочелюстного протеза 90

2.7.1 Изучение динамики уровней реактивной и личностной тревожности в послеоперационном периоде реабилитации 90

2.7.2 Исследование динамики двигательно-поведенческих и вегетативных реакций в послеоперационном периоде реабилитации 92

2.7.3 Методы исследования вегетативного тонуса в послеоперационном периоде реабилитации 94

2.8 Определение степени влияния стоматологического здоровья на качество жизни 95

2.9 Статистические методы исследования 96

Глава 3. Собственные данные 98

3.1 Влияние наличия ретенций, а также их конфигурации на базисе зубочелюстного протеза на скорость вымывания лекарственных препаратов in vitro 98

3.2 Анализ влияния конфигурации ретенционных пунктов базиса непосредственного съемного и/или челюстного протезов на репарацию послеоперационной раны in vivo 101

3.2.1 Визуально-пальпаторный контроль динамики репарации операционной раны 102

3.2.2 Цитоморфологифческая характеристика заживления операционной раны в зависимости от способа зубочелюстного протезирования 109

3.3 Сравнительная динамика восстановления жевательной функции в послеоперационном периоде реабилитации в зависимости от способа зубочелюстного протезирования 110

3.4 Результаты коррекции речевой функции применением модифицированных зубочелюстных протезов в сочетании с миогимнастическими элементами в период послеоперационной реабилитации у пациентов стоматологического профиля 113

3.5 Особенности психоэмоциональных и вегетативных реакций у стоматологических больных в послеоперационном периоде реабилитации, ассоциированные с видом зубочелюстного протеза 117

3.5.1 Динамика уровня тревожности 117

3.5.2 Динамика психоэмоционального статуса в период послеоперационной реабилитации у стоматологических больных в аспектах двигательно-поведенческих и вегетативных реакций 123

3.5.3 Динамика вегетативного тонуса как показателя уровня психоэмоциональной напряжённости в послеоперационном периоде реабилитации 128

3.6 Сравнительная динамика показателей степени влияния стоматологического здоровья на качество жизни в послеоперационном периоде реабилитации в зависимости от способа зубочелюстного протезирования 132

3.7 Клинические примеры исследований 134

Глава 4. Обсуждение полученных результатов 149

Заключение 167

Выводы 182

Практические рекомендации 184

Перспективы дальнейшей разработки темы..... 186

Условные обозначения 187

Список литературы 188

Приложения 234

Введение

Актуальность темы исследования. Оперативные вмешательства различного объема имеют большое значение в лечении стоматологических заболеваний. Наряду с этим, поле деятельности хирурга в челюстно-лицевой области, в силу чрезвычайного разнообразия свойственных ей функций, сложности и полисистемности структур, можно охарактеризовать как своего рода «минное поле», любые манипуляции в пределах которого требуют большой осторожности и высокой квалификации.

Полифункциональность и тесная взаимосвязь большинства функций ЧЛО обуславливают многофакторность и разностороннюю направленность этапов реабилитации в хирургической стоматологии не только посредством нейромеханических факторов, но и состоянием высшей нервной деятельности.

Непосредственные результаты хирургических коррекций зубочелюстной системы, сами по себе, отнюдь не отражают эффективность лечения той или иной патологии. В большей степени конечная эффективность лечения выражается итогами адекватной послеоперационной реабилитации.

В хирургической стоматологии наиболее актуальны направления реабилитации, связанные с наиболее распространенными патологическими состояниями зубочелюстной системы, которые выявляются с большой частотой у населения в различных странах, – это частичная или полная потеря зубов (Жолудев С.Е., 2016; Cantatore, G., 1992; Depprich R. [et al.], 2011; Piattelli A. [et al.], 1998; Kent G., 1991) и челюстно-лицевые дефекты (ЧЛД) (Арутюнов С.Д. 2015; Булина О.В., 2016; Егоров И.В., 2016; Карасёва В.В., 2012; Закишева С.М. [и др.], 2013; Adams C.D., 2000; Al Shamrany M., 2006).

В последние десятилетия в РФ отмечается высокий рост доли нуждающихся в одномоментном удалении зубов стоматологических больных, в том числе и тех, которым показано множественное удаление зубов. Зачастую удаление зубов в данном случае является следствием течения осложненного кариеса, травм

челюстно-лицевой области, пародонтоза и пародонтита, а также онкологических и идиопатических заболеваний (Арутюнов А.С., 2012; Сыч А.В. [и др.], 2017; Меркульцева В.М., 2016; Нуриева Н.С., 2012; Разаков Д.Х., 2013).

Высокий процент доли населения России (70%) в возрасте от 20 до 50 лет имеет нарушение целостности зубных рядов (Бекметова Д.М., 2011; Беликов А.Б., 2017; Турусова Е.В. [и др.], 2011; Иорданишвили А.К. [и др.], 2017; Аладин А.С., 2012).

Наследственность, возраст, сопутствующие патологии, тип прикуса, состояние твердых тканей зуба и пародонта, а также давность потери зубов являются этиологическими факторами, определяющими значительное многообразие клинических проявлений данного состояния (Невская А.А., 2011; Разаков Д.Х., 2013; Уклонская Д.В., 2016).

Вместе с тем в России, как и во всем мире, частота появления ЧЛД является исходом значительного повышения встречаемости онкологических заболеваний, ранений и травм челюстей, что связано с ухудшением экологической обстановки (Белоусов Н.Н., 2015; Вашурин И.В., 2011; Базаров Н.И. [и др.], 2004), техногенными и природными катастрофами (Борисова Э.Г., 2012; Садыков С.Б., 2015), ростом социальной напряженности, локальными войнами, учащением травматизма и т.п. (Вашурин И.В., 2012, Кулаков А.А. [и др.], 2009; Санососюк Н.О., 2013).

При этом в стоматологической практике широко используются съемные зубочелюстные протезы. Их применение играет существенную роль в послеоперационном периоде реабилитации (Маисурадзе Р.Т. [и др.], 2016; Назукин Е.Д., 2016; Massironi D., 1992). Свойства съемных зубочелюстных протезов позволяют с относительной легкостью разрабатывать и применять различные их модификационные изменения и дополнения, сокращающие сроки заживления операционных ран и стимулирующие скорейшее восстановление утраченных или ослабленных в результате операции функций жевания и речи, равно как и исходные психоэмоциональный и вегетативный статусы в пределах

возможного (Пешков М.В. [и др.], 2015; Лебедев К.А. [и др.], 2009; Baker S.R., 2008).

Указанные перспективные направления послеоперационной реабилитации стоматологических пациентов обусловливают актуальность разработки новых методов реабилитации с комплексной оценкой эффективности их клинического применения.

Степень разработанности темы исследования. Результаты анализа работ, по исследуемой тематике, свидетельствуют о полном отсутствии данных об использовании модифицированных иммедиат-протезов в комплексной реабилитации пациентов, перенесших хирургические вмешательства в челюстно-лицевой области.

В доступной литературе не были обнаружены данные о целесообразности применения ортопедических конструкций для ускорения и оптимизации репаративных процессов в организме.

Цель исследования: разработка новых методов оптимизации репаративных процессов и функциональных нарушений и определение степени их эффективности в комплексной реабилитации стоматологических пациентов с послеоперационными дефектами зубочелюстной системы.

Задачи исследования.

1. Экспериментальное определение in vitro влияния различных форм и размеров ретенций базиса зубочелюстного протеза на скорость вымывания нанесенного лекарственного препарата (экдистероидсодержащая мазь) с установлением их оптимальной конфигурации, максимально замедляющей вымывание.

2. Анализ динамики клинических и цитоморфологических изменений тканей протезного ложа под базисом непосредственного съемного протеза после внесения в данную область экдистероидсодержащей мази с оптимальной конфигурацией ретенций у хирургических пациентов после удаления зубов и резекции челюстей в период послеоперационной реабилитации.

3. Сравнительная оценка скорости и эффективности восстановления жевательной функции и степени окклюзии в послеоперационном периоде у пациентов после удаления зубов и резекции челюстей в зависимости от вида применяемых зубных и зубочелюстных протезов (обычных и с ретенциями).

4. Определение степени эффективности влияния зубочелюстных протезов со встроенными миогимнастическими элементами на оптимизацию речевой функции в период послеоперационной реабилитации у стоматологических пациентов.

5. Определение динамики уровня реактивной тревожности, психоэмоционального статуса и вегетативного тонуса в послеоперационном периоде реабилитации в зависимости от вида применяемого съемного зубочелюстного протеза.

6. Оценка сравнительной динамики показателей качества жизни, зависящих от степени стоматологического здоровья пациентов в послеоперационном периоде реабилитации в зависимости от предложенного комплекса ортопедических реабилитационных мероприятий.

Научная новизна.

1. Предложена оригинальная модификация съемного зубочелюстного протеза (Патент РФ №2558468 опубл. 10.08.2015), пролонгирующая всасывание лекарственных средств со своего базиса, что позволяет поддерживать оптимальную концентрацию лекарств на границе с раневой поверхностью более длительное время и сокращает время заживления раневой поверхности.

2. Предложена модификация зубочелюстного протеза в комбинации со съемным миогимнастическим элементом (Патент РФ №2543041 опубл. 27.02.2015), что позволяет оптимизировать функцию речи в более короткий срок периода послеоперационной реабилитации.

3. Предложен новый эффективный компьютеризированный способ определения уровня вегетативного тонуса стоматологических пациентов (Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ РФ №2016613608 опубл. 01.04.2016).

4. Произведена комплексная клиническая оценка предложенных модификаций, позволившая показать их высокую эффективность в послеоперационном периоде реабилитации у стоматологических пациентов.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Для использования в практическом здравоохранении предложены:

- модификация съемного зубочелюстного протеза с точечными ретенциями на базисе, позволяющая более длительный срок сохранять оптимальную концентрацию лекарственных препаратов, нанесенных на базис, и ускоряющая, тем самым, репарацию раневой поверхности с сокращением срока послеоперационной реабилитации;
- модификация зубочелюстного протеза со съемным миогимнастическим элементом, позволяющая в более короткие сроки оптимизировать функцию речи в послеоперационном периоде реабилитации;
- новый способ объективного определения уровня вегетативного тонуса позволяет, при необходимости, производить коррекцию последнего в послеоперационном периоде реабилитации.

Методология и методы исследования. Исследование выполнено в соответствии с принципами и правилами доказательной медицины. Использованы клинические, лабораторные и статистические методы исследования.

Объект исследования – процесс реабилитации пациентов, перенесших хирургические вмешательства зубочелюстной и челюстно-лицевой области с применением съёмных зубных протезов оригинальной конструкции, использованных с экдистероидсодержащей мазью.

Предметы исследования – определение сравнительной эффективности влияния предлагаемого нового комплекса послеоперационной реабилитации у пациентов с хирургическими заболеваниями зубочелюстной системы на скорость и качество: репарации раневых поверхностей, нормализации функций жевания, речи, психоэмоционального статуса и показателей OHIP.

Научные положения, выносимые на защиту.

1. Точечные ретенции, наносимые на базис съемного зубочелюстного протеза шаровидным бором диаметром 1 мм, расположенные в 2 ряда в виде 6 точечных углублений с интервалом 5 мм между ними, способствуют максимальной степени адгезии лекарственных препаратов, наносимых на базис.

2. Визуально-пальпаторное и цитоморфологическое исследования свидетельствуют о существенном ускорении элиминации признаков воспаления и репарации раневой поверхности в периоде послеоперационной реабилитации в условиях применения съемного зубочелюстного протеза с ретенциями.

3. Оптимизация жевательной функции в послеоперационном периоде реабилитации достигается с большей скоростью в случаях применения съемного зубочелюстного протеза с ретенциями.

4. Применяемый миогимнастический элемент оригинальной конструкции, совмещенный со съемным зубочелюстным протезом, способствует более быстрому и эффективному восстановлению речевой функции в послеоперационном периоде реабилитации.

5. Применение модифицированных съемных зубочелюстных протезов способствует снижению уровня реактивной тревожности, оказывая положительное влияние на психоэмоциональный статус и вегетативный тонус пациентов в послеоперационном периоде реабилитации.

6. Применение модифицированных съемных зубочелюстных протезов с высокой степенью достоверности ведет к заметному и ускоренному снижению неблагоприятной степени влияния стоматологического здоровья на качество жизни пациентов стоматологического профиля в период послеоперационной реабилитации, что способствует реальному сокращению его продолжительности.

Внедрение результатов исследования. Полученные в ходе научных разработок результаты были внедрены в клиническую практику стоматологической поликлиники РязГМУ, ГБУ РО «Стоматологической поликлиники №1» г. Рязани, ООО «Дантист», ООО «ПрофиДент», «Центр эстетической стоматологии» г. Пенза, ООО «Витастом» г. Рязань, ООО

«Аргентит» г. Рязань, а также внедрены в учебный процесс кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России г. Рязань, кафедры челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» г. Воронеж, кафедры стоматологии №2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России г. Владикавказ, кафедра стоматологии медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» г. Пенза

Степень достоверности и апробация диссертации. Результаты исследований доложены на:

- Всероссийской научно-практической конференции «Здравоохранение: образование, наука, инновации» (Рязань, 31 мая 2013 г.);
- Всероссийской научной конференции университета с международным участием, посвященной 70-летию основания Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Рязань, 3 октября 2013 г.);
- Межрегиональной научно-практической конференции «Современные технологии лечения стоматологических заболеваний», посвященной 70-летию организации Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, 55-летию организации Рязанской областной стоматологической ассоциации и 85-летию профессора Э.С. Тихонова (Рязань 07 ноября 2013 г.);
- Межрегиональной научно-практической конференции стоматологов «Современные проблемы стоматологии и пути их решения», посвященной 100-летнему юбилею заслуженного деятеля науки России, профессора Гаврилова Евгения Ивановича (Тверь, 20-21 февраля 2014 г.);
- XXVII Всероссийской научно-практической конференции студентов, молодых ученых и специалистов «Биотехнические, медицинские и экологические системы и комплексы. Биомедсистемы – 2014» (Рязань, 2014 г.);
- Межрегиональной научно-практической конференции в рамках празднования 65-летия вуза на Рязанской земле и 15-летия кафедры ортопедической стоматологии (Рязань 12-13 ноября 2015 г.);

- Межрегиональная научно-практическая конференция «Современное состояние и пути улучшения доступности и качества стоматологической помощи населению» (Рязань 15-16 декабря 2016г.);
- Межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная памяти профессора В.Э.Тихонова и профессора Н.В.Курякиной «Современные подходы к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (Рязань 13-14 декабря 2018 г.);
- Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области» (Краснодар, 17-18 мая 2018 г.)
- Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области» (Краснодар 2019, 16-17 мая 2019 г.)
- **Публикации**. По теме диссертации опубликовано 48 печатных работ. Из них 26 – в реестре изданий, рецензируемых ВАК РФ, 3 публикации, рецензируемые в базах цитирования Scopus и Web of science. Получены 3 патента на изобретение и 3 свидетельства о государственной регистрации программы для ЭВМ.

Личный вклад автора. Автор принимал непосредственное участие на всех этапах выполнения данного исследования: анализ научной литературы по выбранной теме; проведение лабораторных исследований; отбор пациентов, удовлетворяющих критериям включения в исследование; составление плана клинических исследований и последующая ортопедическая реабилитация 458 пациентов; статистическая обработка данных и анализ полученных результатов.

Объем и структура диссертации. Общий объем диссертации – 242 страницы. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспектив дальнейшей разработки темы, условных обозначений, списка литературы из 349 источника, из которых 176 –

отечественных и 173 – зарубежных и приложений. Диссертация содержит 46 рисунков и 16 таблиц.

Глава 1. Обзор литературы

Среди методов лечения стоматологических заболеваний оперативные вмешательства различного объема занимают значительное место. Учитывая это, поле деятельности хирурга в челюстно-лицевой области, в силу чрезвычайного разнообразия свойственных ей функций, сложности и полисистемности структур, можно охарактеризовать как своего рода «минное поле», любые манипуляции в пределах которого требуют большой осторожности и высокой квалификации.

Полифункциональность и тесная взаимосвязь большинства функций лица и челюстей, связанная не только с чисто нейромеханическими факторами, но и с состоянием высшей нервной деятельности обусловливают многофакторность и разную направленность этапов реабилитации в хирургической стоматологии.

1.1 Общее понятие о реабилитации: реабилитация в стоматологии

ВОЗ дает следующее определение: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут» [20].

Три вида реабилитации (медицинская, трудовая, социальная), по сути, соответствуют трем классам последствий болезней:

1) медико-биологические, заключающиеся в отклонениях от нормального морфофункционального статуса [15,146,191];

2) снижение трудоспособности и/или работоспособности больного [65];

3) социальная дезадаптация, то есть дезорганизация связей с семьей и социумом [106, 211].

В хирургической стоматологии наиболее актуальны направления реабилитации, связанные с наиболее распространенными патологическими

состояниями зубочелюстной системы, которые выявляются с большой частотой у населения в различных странах – это частичное или полное отсутствие зубов [40,207,224,237,248], а также челюстно-лицевые дефекты (ЧЛД) [5,20,34,65,121,180,182].

В последние десятилетия в РФ отмечается высокий рост доли нуждающихся в одномоментном удалении зубов стоматологических больных, в том числе и тех, которым показано множественное удаление зубов.

Зачастую удаление зубов в данном случае является следствием течения осложненного кариеса, травм челюстно-лицевой области, пародонтоза и пародонтита, а также онкологических и идиопатических заболеваний [2,28,96,107,134].

Высокий процент доли населения России (70%) в возрасте от 20 до 50 лет имеет нарушение целостности зубных рядов [12,13,41,132,173].

Наследственность, возраст, сопутствующие патологии, тип прикуса, состояние твердых тканей зуба и пародонта, а также давность потери зубов являются этиологическими факторами, определяющими значительное многообразие клинических проявлений данного состояния [7,105,134,161].

Вместе с тем в России, как и во всем мире, частота появления ЧЛД является исходом значительного повышения встречаемости онкологических заболеваний, ранений и травм челюстей, что связано с ухудшением экологической обстановки [14,23,125], техногенными и природными катастрофами [19,141], ростом социальной напряженности, локальными войнами, учащением травматизма и т.п. [24,99,142].

Как дефекты зубного ряда, так, особенно, и челюстно-лицевые дефекты, наиболее часто появляющиеся в результате одонтогенных воспалительных заболеваний, травматических повреждений челюстей и онкологической патологии приводят к ограничениям социальной адаптации и жизнедеятельности, это обусловлено выраженными функциональными, эстетическими и психологическими расстройствами.

Данные патологические состояния нуждаются в проведении качественного

зубочелюстного и челюстно-лицевого протезирования, а также в комплексной хирургической и ортопедической реабилитации [16, 55,93,124,145].

Этап хирургической стоматологической реабилитации, проводимой после необходимого хирургического пособия, можно разделить на 2 фазы: оказание ортопедической помощи и пост-ортопедическую реабилитацию [24,33,54,71,92,140,209].

1.2 Потребности в ортопедическом пособии и реабилитации при одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области одонтогенного характера в хирургической стоматологии по частоте возникновения занимают первое место. Среди них наиболее часто встречаются острый и хронический периодонтиты [192,285], обострение хронического периодонтита [33,243], острый гнойный периостит и остеомиелит челюсти [282,336], абсцессы и флегмоны [45,307].

Удаление зубов по частоте является преобладающим методом в практике стоматолога. Наиболее частыми причинами, вызывающими необходимость подобной операции, являются кариес и его осложнения, а также - травматические повреждения челюстей [137,243,315,316].

Необходимость одномоментного удаления значительного числа зубов, зачастую связанного с обширными хирургическими вмешательствами, является следствием осложнений кариеса и заболеваний пародонта.

При этом у пациентов часто наблюдается резкая, неравномерная атрофия челюстей, что приводит к формированию протезного ложа со сложными условиями для протезирования. Так по различным данным 20-26% больных не используют полученные протезы, а 37% испытывают значительные трудности и неудобства при их использовании. Известно, что неустойчивость съемных зубных

протезов при жевании беспокоит 52% протезируемых, у 64,7% протезируемых пациентов возникают различные заболевания слизистой оболочки полости рта под базисами съемных протезов.

Послеоперационный период реабилитации осложняется в случаях некачественного ортопедического пособия [15,31,288], а также по причине сложности анатомо-морфологических условий протезного ложа [39,116,254,274].

Съемные протезы независимо от качества их изготовления оказывают комбинированный раздражительный эффект на ткани протезного ложа [31,150,254].

Несмотря на ортопедический лечебный эффект при их использовании оказывается влияние на костные структуры челюсти и слизистую оболочку протезного ложа, ведущее к атрофическим процессам в мягких и твердых тканях [249,274,311].

1.3 Потребности в ортопедической помощи и реабилитации при травматических повреждениях челюстно-лицевой области

В настоящее время число травматических повреждений челюстно-лицевой области значительно увеличилось [4,43,44,69,107].

Повреждения кожи и мягких тканей лица, как изолированные, так и в сочетании с повреждениями костей лицевого скелета, составляют 12-25% случаев от общего числа травматологических больных [112,113,114], а повреждения челюстно-лицевых костей – от 3,2 до 3,8% всех повреждений костей скелета [112,113,114,264]. По другим данным, частота повреждений мягких тканей лица и лицевого скелета в мирное время составляет 0,8 случая на 1000 человек. Среди всех повреждений, в которые вовлечены костные ткани опорно-двигательного аппарата человека, удельный вес травмы челюстно-лицевой области у городского населения колеблется от 3,2 до 8%. 88,2% составляют переломы костей лица,

9,9% травмы мягких тканей, 1,9% случаев приходится на ожоги лица [60,147,170,215,235,281].

Следует отметить, что 0,3% всех переломов нижней челюсти возникают вследствие чрезмерного усилия при удалении элеватором третьего, реже – второго больших коренных зубов. Развитию этого осложнения способствует также истончение или рассасывание кости в результате ранее протекавшего патологического процесса (радикулярная или фолликулярная киста, амелобластома, хронический остеомиелит и др.), а также остеопороз у пожилых людей.

Среди всех больных, подлежащих госпитализации в стоматологическую клинику в мирное время, количество больных с повреждениями лица составляет от 11 до 25%, причем от доли всех переломов костного скелета тела на повреждения костей лица приходится от 6 до 16% [112,113,147,170].

Среди всех травм костных тканей лицевого скелета первое место по встречаемости занимают повреждения нижней челюсти, частота которых по данным различных источников составляет от 26% до 86% случаев [1,113,114,235,265].

Немного реже (в 1,8-3,4 % всех повреждений костей челюстно-лицевой области) встречаются травмы верхней челюсти [44,69,281].

Наиболее частыми причинами повреждений костей челюстно-лицевой области являются: бытовая (64,4-95,5%), транспортная (3,7-13,3%) и спортивная (1,6-3,3%) травма [112,114,235,246].

Травмам челюстно-лицевой области свойственны выраженные нарушения социально значимых для пациента функций, что требует выполнения восстановительных операций в короткие сроки после повреждения.

Результаты хирургического лечения такого контингента больных зависят от характера и механизма нанесения ран, степени их инфицированности, течения воспалительно-репаративного процесса, а также от качества оказания первой медицинской помощи и сроков оказания специализированной помощи [112,113,147,169,320].

Повреждения лица могут быть изолированными одиночными, изолированными множественными, сочетанными изолированными (сопутствующие и ведущие) и сочетанными множественными (сопутствующие и ведущие) [281,240,241].

Так, изолированные переломы нижней челюсти по встречаемости занимают первое место и составляют 79.7% случаев, переломы верхней челюсти занимают второе место и составляют 9.2%, переломы костей носа занимают третье место, составляя 4.6%, на переломы скуловых костей и дуг приходится 4.1%, наиболее редкими являются переломы обеих челюстей, встречающиеся в 2.4% случаев [243,265].

На изолированные повреждения нижней челюсти приходится 83.7% среди установленных случаев с больными, получившими переломы челюстей, повреждения верхней челюсти составляют 8%, а повреждения обеих челюстей отмечаются у 8.3% пострадавших.

Зачастую переломы челюстей возникают вследствие ушибов и ударов при падении, сдавлении и прочих механических воздействиях.

Повреждения, а именно переломы нижней челюсти в результате удаления зубов врачами, обычно возникают в тех случаях, когда патологический процесс в нижней челюсти (одонтогенная киста, кистозная адамантинома или остеобластокластома, мягкая одонтома, внутрикостные фиброма или гемангиома, хронический остеомиелит с обширной секвестрацией и т. п.) приводит к уменьшению её прочности [4,43,112,318].

Кроме того, в участках нижней челюсти с пониженной прочностью, возможны спонтанные или патологические переломы, возникающие при разжёвывании пищи, т. е. без какого-либо травмирующего воздействия на челюстную кость. Наблюдаются и переломы нижней челюсти при удалении зубов без предшествующих патологических изменений кости [1,4,43,46,170,340].

Среди общего количества случаев механических сочетанных повреждений на верхних и нижних челюстях повреждения наблюдаются в 14% случаев. Данные повреждения чаще всего происходят по причине дорожно-транспортных

происшествий (52%), падений с высоты (25%), бытовых травм (17%). Только в 4% случаев встречаются промышленные травмы, в 1,3% огнестрельные ранения, иные причины составляют 0,7% случаев [114,226,243,246].

На нижней челюсти переломы зачастую возникают в области углов (57-65%), реже в области мыщелковых отростков (21-24%), премоляров и клыков (16-18%), моляров (14-15%), реже всего в области резцов [1,113,114,235,243,265]. По завершении лечения, разделяющегося на этапы репозиции и фиксации костных отломков, с последующей стимуляцией костной регенерации, сопровождаемой антисептическими мероприятиями, нередко требуется ортопедическое лечение, заключающееся в изготовлении съемных протезов с целью замещения дефектов зубного ряда, связанных с травмой или предшествовавших ей.

Образование костной ткани после её повреждения при достаточном кровоснабжении в условиях стабильности отломков происходит по пути так называемого ангиогенного образования костной ткани.

В случаях, когда стабильность в области стыка отломков отсутствует, а также в менее благоприятных сосудисто-регенерационных условиях образуется соединительнотканный или хрящевой регенерат.

Данный процесс именуется “репаративным остеосинтезом”, особенно в тех случаях, когда сопоставление отломков проведено несвоевременно.

Однако, для репаративной регенерации необходимо достаточно большое количество тканевых ресурсов и времени.

Обычно при данном пути восстановления костной ткани формируется вторичное костное сращение в месте перелома, при этом в ряде случаев в этой зоне на протяжении длительного периода или постоянно сохраняется рубцовая соединительная ткань с очагами хронического воспаления. Клинически данные образования могут проявляться в виде обострения травматического остеомиелита [46,85,112,113,147,170,299].

Осложнения, формирующиеся на фоне переломов челюстей, подразделяются на общие и местные, воспалительные и невоспалительные; по срокам течения они делятся на ранние и отдаленные (поздние).

К общим ранним осложнениям относятся нарушения психоэмоционального и неврологического статусов, изменения со стороны органов кровообращения и других систем.

В числе местных ранних осложнений чаще всего отмечается дисфункция жевательного аппарата (в том числе ВНЧС), травматический остеомиелит (по данным Ж.Б. Уразалина – у 11.7% пострадавших), нагноение гематом, лимфадениты, артриты, абсцессы, флегмоны, гаймориты, замедленная консолидация отломков и т. д.

Различного рода местными и общими неблагоприятными факторами, способствующими возникновению воспалительных процессов, являются: инфекция полости рта, размозжение мягких тканей, гематома, недостаточно жесткая фиксация протезов, истощение больного из-за нарушения нормального питания, психоэмоциональный стресс, нарушения функции нервной системы и т.д.

Наличие дефектов в костной структуре челюстей неизбежно приводит к развитию функциональных нарушений, в первую очередь к дисфункции жевания.

При дефектах верхней челюсти возможно образование ороназального и/или ороантрального сообщения, что вызывает расстройство дыхания, глотания, звуко- и речеобразования. Дефекты челюстных костей, приводящие к утрате зубов, вызывают асимметрию лица, т.е. сопровождаются утратой эстетического облика человека [18,47,51,208,222,324].

Дисфункции зубочелюстной системы способствуют возникновению патологических изменений со стороны височно-нижнечелюстного сустава [62,105,136,227].

На фоне нарушенной функции жевания у пациентов нередко формируются заболевания желудочно-кишечного тракта или утяжеляется их течение [105,136,205].

Выраженные структурно-функциональные нарушения челюстно-лицевой области ведут к изменению психосоциального статуса пациентов [136,205,325,337].

Травмы челюстно-лицевой области часто сочетаются с нарушением функции и структуры ВНЧС [62,105,136,227].

Локализация перелома определяет глубину выраженности данных нарушений, так при переломах мыщелкового отростка дегенеративные процессы отмечаются чаще именно в обоих суставах, чем в случаях внесуставных переломов.

В первое время данные патологические изменения приобретают вид функциональной недостаточности, которая спустя 2-7 лет может возрасти до уровня дегенеративных изменений.

При одинарных переломах на стороне поражения развиваются односторонние артрозы, при двойных и множественных – двусторонние.

Кроме того, все больные, перенесшие переломы нижней челюсти, по данным электромиографии сталкиваются с глубокими изменениями в жевательных мышцах [18,47,49,208].

Исследование стоматологической заболеваемости населения страны [13,53,82,123], а также развитие стоматологической ортопедической помощи в соответствии с международными стандартами [44,64,82,132] являются актуальными и важными направлениями развития современной стоматологии.

Потребность населения в стоматологической помощи создает необходимость рациональной ее организации.

Данные мероприятия нуждаются в комплексном изучении стоматологической заболеваемости и расчете объема и качества ранее оказанной помощи, а также в анализе нуждаемости в протезировании различными современными видами ортопедических конструкций.

Проведенные исследования требуют тщательного изучения и только после этого они могут быть использованы в зависимости от изменений социально-экономических, медицинских и экологических факторов стоматологического здоровья, а также половозрастной структуры населения, особенно в период её значительной миграции [53,55,65,70,86].

1.4 Потребности в ортопедической помощи и реабилитации после хирургических вмешательств по поводу опухолей и опухолевидных образований челюстей

Около 25% новообразований имеет локализацию в челюстно-лицевой области [5,65,72,133,310]. Из них 3-6 % представлены раком верхней челюсти [75,204,211,313].

В последние десятилетия отмечается устойчивое увеличение частоты злокачественных новообразований [5,64,74,75].

Установлено, что первичные обращения онкологических пациентов с поражениями челюстно-лицевой области в 84% случаев регистрируются врачами-отоларингологами, в 9-10% – стоматологами, и лишь в 5 - 6% – онкологами [5,14,75,162].

Современные возможности хирургического, комбинированного, комплексного методов лечения позволяют сохранить жизнь значительному числу больных со злокачественными опухолями. Число онкобольных, состоящих на диспансерном учете в РФ составляло к концу 1992 года более 1,7 млн. человек [67], а в 2005 году – 2,3 млн. человек [119].

Общепринятыми методами замещения дефектов нижней челюсти являются костная аутопластика, аллопластика и аутоаллопластика.

Помимо перечисленных методик в клиническую практику активно внедряются способы замещения костных дефектов искусственными материалами.

На сегодняшний день специализированные медицинские центры имеют опыт реабилитации больных с приобретёнными патологиями лица, черепа, челюстей.

Однако, помимо восстановления анатомической формы челюсти существует острая необходимость в нормализации функций, нарушенных или утраченных вследствие протекания патологии.

Таким образом, в связи с этим ортопедическое лечение занимает особое место в системе реабилитационных мероприятий и предусматривает раннее протезирование и создание функциональной нагрузки на трансплантат.

Это реализуется с помощью использования комбинированных функционально-механических ортодонтических аппаратов, а также посредством таких приемов, как коррекция межокклюзионных взаимоотношений зубных рядов с целью сохранения правильного соотношения челюстей и симметрии лица.

Протезирование больных с приобретёнными дефектами нижней челюсти имеет свои особенности, опирающиеся на причины образования дефекта, величину, топографические условия, состояние сохраненных зубов и состояние тканей протезного ложа, а также возраст пациента.

Среди всех хирургических заболеваний новообразования челюстно-лицевой составляют около 13%.

Злокачественные новообразования, локализующиеся в полости рта и ротоглотке, в 70% случаев выявляются лишь в III и IV клинических стадиях, несмотря на доступность обследования [5,65,72,74,75,112,310].

Распространенным методом ранней реабилитации этой категории больных является коррекция дефектов лица и челюстей пластической реконструктивной операцией [14,19,59,63,125,180,182,211,228,314].

Наряду с реконструктивно-восстановительными операциями, не менее востребованным является и ортопедическое лечение.

Предложен ряд конструкций зубочелюстных, челюстно-лицевых и лицевых протезов [186,187,289,230,238,321].

Разработка новых аппаратов и протезов, равно как и поиск уже имеющихся более совершенных модификаций даст возможность расширить спектр и оптимизировать ортопедические реабилитационные мероприятия.

Качественный рост в данном разделе ортопедической помощи позволит с максимально возможной степенью восстановить утраченные функции челюстно-лицевой области с сопутствующей нормализацией психосоматического статуса пациента.

1.5 Особенности ортопедической помощи при механических травмах и онкологической патологии челюстей

Дефекты и деформации челюстей, образующиеся в результате запоздалого лечения или неадекватной ортопедической помощи при травматических повреждениях и обширных хирургических вмешательствах по поводу опухолей, существенным образом отражаются на общем состоянии здоровья и качестве жизни пациентов, сопровождаясь выраженными нарушениями жевательной и речевой функций, а также изменениями, искажающими внешность, что приводит к снижению эмоционально-психического уровня и социализации личности в целом [14,19,65,96,125,180,237,314].

Устранение дефектов и деформаций челюстных костей является начальным этапом реабилитации, целью которого является восстановление анатомической целостности челюстей, а тем самым и функции внешнего вида, служа необходимой основой для непосредственного или отсроченного зубопротезирования.

Это делает очевидной важную роль ортопедического пособия, сопровождаемого иногда повторным корригирующим оперативным вмешательством, которое может быть предусмотрено уже в ходе первичной операции.

Приобретенные дефекты средней трети лица могут локализоваться в пределах альвеолярного отростка верхней челюсти, в пределах костного или мягкого неба, а также быть сочетанными.

При этом дефекты средней трети лица бывают изолированными или сообщающимися с верхнечелюстной пазухой, полостью носа. По ходу оперативного вмешательства иногда полностью резецируется одна или обе из челюстей [125,138,182,186].

А.А. Тимофеев [135] выделяет три основных класса неогнестрельных переломов верхней челюсти и их осложнений:

I. Изолированные переломы верхней челюсти

1. Переломы тела верхней челюсти:

- Односторонние (сагиттальные);
- типичные (по классификации Ле Фор, Вассмунда);
- комбинированные;
- атипичные;

2. Переломы отростков верхней челюсти:

- альвеолярного;
- лобного;
- небного.

3. Оскольчатые переломы (тела и отростков).

II. Сочетанные переломы верхней челюсти:

- с черепно-мозговыми повреждениями;
- с повреждениями других костей;
- с ранением мягких тканей.

III. Осложнения переломов верхней челюсти:

- ранние осложнения (ранение и смещение глазного яблока, повреждение сосудов и нервов, подкожная эмфизема лица, менингит и др.);
- поздние осложнения (парез и паралич мимической мускулатуры лица, птоз, остеомиелит, гайморит, деформация лица и др.).

В повседневной практике все переломы нижней челюсти классифицируются: по локализации, по характеру перелома, по направлению щели перелома.

По локализации:

А) односторонние; двусторонние;

Б) одиночные; двойные; множественные;

В) переломы тела челюсти (открытые, т.е. в пределах зубного ряда):

- срединные (в области резцов);

- ментальные (в области клыка и премоляров);
- в области моляров;
- в области угла челюсти (открытые и закрытые).

Г) переломы в области ветви челюсти (закрытые):

- мыщелкового отростка (основания; шейки; головки);
- венечного отростка;
- собственно ветви (продольные или поперечные).

По характеру перелома:

А) полные; неполные (субпериостальные);

Б) без смещения отломков; со смещением отломков;

В) линейный; оскольчатый; комбинированный;

Г) изолированные; сочетанные (с черепно-мозговыми повреждениями, ранением мягких тканей, повреждением других костей).

В зависимости от направления щели перелома:

а) щель перелома проходит перпендикулярно к продольной или горизонтальной оси тела челюсти;

б) щель перелома проходит под острым углом (косая линия) к продольной или горизонтальной оси тела челюсти;

в) щель перелома проходит параллельно к горизонтальной оси тела челюсти (переломы в области собственно ветви, мыщелкового и венечного отростков нижней челюсти);

г) линия перелома проходит симметрично на наружной и внутренней компактной пластинках челюсти;

д) линия перелома проходит несимметрично на наружной и внутренней компактной пластинках челюсти;

е) с наличием зуба в щели перелома (в щели перелома находится весь корень зуба или его пришеечная, или верхушечная часть);

ж) при отсутствии зуба в щели перелома.

Согласно Б.К. Костур [41] выделяются семь классов приобретенных дефектов верхней челюсти:

1. Дефекты альвеолярной части без проникновения в верхнечелюстную пазуху;
2. Дефекты альвеолярной части с проникновением в верхнечелюстную пазуху;
3. Дефекты костного неба, не затрагивающие альвеолярную часть челюсти;
4. Дефекты костного неба с одно- и двусторонним захватом боковых отделов альвеолярной части и с захватом переднего отдела челюсти;
5. Дефект костного неба и мягкого, или только мягкого неба;
6. Дефект, образовавшийся после резекции правой или левой верхней челюсти;
7. Дефект, образовавшийся после резекции обеих верхних челюстей;

При всех перечисленных классах ДВЧ, кроме первого, имеется нарушение герметизации полости рта.

Ортопедическая помощь в лечении больных с ДВЧ занимает одно из основных мест после хирургического вмешательства и нередко является единственным способом восстановления утраченных анатомических форм и функций.

При этом, важнейшими целями протезирования ДВЧ являются: закрытие послеоперационного ДВЧ; восстановление утраченных функций полости рта (жевание, глотание, речь); сохранение по возможности нормального внешнего вида; психокоррегирующая терапия [14,15,19,180-187,211].

При наличии приобретенных ДВЧ и дефектов зубного ряда изготавливают замещающие зубочелюстные протезы.

При ДВЧ 2-7 классов замещающий протез одновременно должен выполнять и роль обтурирующего аппарата, разобщая полость рта с верхнечелюстной пазухой и/или полостью носа.

В тех случаях, когда отсутствуют дефекты зубных рядов, а имеются только ДВЧ, изготавливают протезы-обтураторы [14,15,19,65,82,130,164,180-187,211,223,235].

Обычно протезирование ДВЧ разбивается на 3 этапа [65,82,130,182,186,187]:

1. Изготовление непосредственного протеза – защитной пластинки, фиксируемой к зубам верхней челюсти на здоровой стороне сразу после окончания операции и выполняющей роль своеобразной повязки в полости рта, предохраняя рану от загрязнения и травм.

2. С целью улучшения жевания, глотания, дикции, предупреждения развития рубцовой деформации лица и создания ложа для обтурирующей части постоянного протеза на 10-15 сутки после резекции изготавливают формирующий протез.

3. Для восстановления утраченных функций (жевание, глотание, речь) и сохранения по возможности нормального внешнего вида больного на 30-е сутки изготавливают окончательный протез.

Приобретенные дефекты нижней челюсти разделяются Б.К. Костур на 7 классов, соответственно которым применяются определенные виды ортопедической помощи, имеющие непосредственное значение в последующей реабилитации (таблица 1).

При наличии значительных ДНЧ большую роль играет костная пластика: первичная и вторичная.

В качестве элементов, удерживающих отломки челюсти правильном положении, рекомендуются различные конструкции, приближающиеся к форме отсутствующего участка челюсти [19,65,164].

При этом применяют индифферентные для тканей организма материалы металлы и полимеры: тантал, виталий, титан и аутотрансплантаты. [82,130,223,235]. При всех видах костной пластики предусматривается и возможность последующего зубопротезирования [14,15,180-187,211].

При реабилитации больных с дефектами зубного ряда, ДВЧ и ДНЧ следует также иметь в виду частое их сопровождение нарушениями структуры и функции ВНЧС, что должно учитываться при составлении плана ортопедических мероприятий [62,136,182,223,227].

Таблица 1– Классификация дефектов и видов ортопедической помощи (по Б.К. Костур)

Класс	Виды ортопедической помощи
I. Дефекты и деформации при правильном сращении отломков НЧ (дефекты зубного ряда и альвеолярной части).	Съемные или несъемные зубные протезы.
II. Дефекты и деформации при сращении отломков в неправильном положении.	Установка съемных ортодонтических аппаратов с повышающими прикус площадками в области зубов, подлежащих смещению, или репозиция отломков оперативным путем с последующей их установкой в правильном положении с помощью ортопедических фиксирующих аппаратов.
III. Дефекты и деформации при сращении отломков с помощью костного трансплантанта.	Установка съемных ортодонтических аппаратов, исправляющих дефекты прикуса и артикуляции.
IV. Дефекты и деформации при несросшихся отломках после травматических повреждений.	Временные шинирующие замещающие протезы. Костная пластика. Зубочелюстное протезирование.
V. Дефекты НЧ после резекции отдельных ее участков.	Непосредственные резекционные протезы.
VI. Дефекты после полного удаления НЧ.	Непосредственный резекционный протез.

В практике выделяется несколько видов реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области исходя из оперативно-технических приемов:

I группа – местно-пластические операции. При данном виде операций устраняются относительно небольшие по размеру дефекты челюстно-лицевой области, в ходе вмешательства используются те ткани, которые прилежат к области дефекта или деформации.

II группа – пластика лоскутами на питающих ножках. Данный вид пластики является более инвазивным и применяется при обширных и объемных

дефектах и деформациях челюстно-лицевой области и шеи. В ходе вмешательства формируются лоскуты на питающих ножках, так как устранение обширного дефекта местными тканями невозможно, а проведение свободной пересадки тканей нецелесообразно.

III группа – свободная пересадка органов и тканей (трансплантация). Пересадка органов и тканей показана и используется для устранения сложных обширных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области и шеи. Данный вид оперативного вмешательства может сочетаться с пластикой лоскутами на питающей ножке и с местно-пластическими операциями. При трансплантации, производимой в челюстно-лицевой области с целью замещения различных дефектов и деформаций, используются практически любые ткани, выбор типа тканей основывается на принципе органотипичности (кожа, клетчатка, фасции мышц, нервная и сосудистая ткань, хрящи, кость, слизистая оболочка, волосяные фолликулы и др.).

IV группа – дистракционный остеогенен. Относится к костно-пластическим оперативным вмешательствам и показан при дефектах и недоразвитии костных структур лицевого черепа.

V группа – лицевое эндопротезирование (силиконовые, титановые имплантаты и т.д.). Данная группа вмешательств является альтернативным методом ауто- и аллотрансплантации и позволяет устранить костные и мягкотканые дефекты ЧЛО путем имплантации искусственно созданных эндопротезов.

VI группа – челюстно-лицевое эктопротезирование (оральные и экстраоральные протезы). Данный вид протезирования позволяет в краткие сроки устранить дефекты ЧЛО при отсутствии условий и показаний к реконструктивной операции.

Несмотря на то, что полное воссоздание анатомической формы и функции утраченного органа является наилучшим исходом реконструктивной хирургической операции, это не всегда представляется возможным. Качество

восстановления дефекта после реконструктивных операций определяется следующими критериями:

1) обширность и форма дефектов;

2) полученная больным доза после ранее проведенной лучевой терапии и сроки ее окончания до момента реконструктивной операции;

3) область и локализация дефектов;

4) тип дефекта, морфологический состав тканей, которые подлежат удалению в ходе операции (мягкотканный, костный, слизистая оболочка полости рта, кожа, комбинированный);

5) пол, возраст, общесоматическое состояние больного, а также наличие сопутствующих заболеваний;

6) степень надежности выбранного метода;

7) расположение зоны, из которой производится забор донорского материала в косметически благоприятных участках тела;

8) оснащение клиники;

9) опыт, предпочтение хирурга.

Все виды дефектов условно делят на 3 категории:

1) дефекты, которые необходимо закрыть по жизненно важным показаниям;

2) дефекты, при которых восстановительные операции необходимы по функциональным и эстетическим показаниям, но закрытие таких дефектов может быть отсрочено на некоторое время. Дефекты данной категории возможно заместить с помощью эктопротезирования;

3) дефекты, для закрытия которых восстановительные операции не обязательны, но могут являться методом выбора.

Противопоказаниями для проведения хирургического вмешательства в челюстно-лицевой области являются:

I группа – местные:

1. Наличие пиодермии, дерматитов, экземы, стоматитов;

2. Острые или обострения хронических гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области;

3. Регионарные лимфадениты;

4. Риниты, ларингиты, тонзиллиты и др. воспалительные заболевания органов по соседству с областью операционного поля в острой фазе.

II группа – общие:

1. Острые или обострения хронических инфекционных заболеваний;

2. Расстройства желудочно-кишечного тракта;

3. Субфебрилитет;

4. Общее недомогание;

5. Хронические заболевания паренхиматозных органов (сердца, печени, почек, легких, головного мозга, эндокринных органов) в стадии декомпенсации;

6. Менструации у женщин, беременность;

7. Заболевания крови (лейкоз, коагулопатия);

8. Психические нарушения.

Все вышеперечисленные противопоказания не отменяют необходимости в соблюдении основных биологических принципов проведения реконструктивных операций при зубо-челюстно-лицевых дефектах:

1. Способность приживаться и регенерировать обусловлена биологической совместимостью жизнеспособных тканей; необходимо проведение профилактики отторжений при подсадке алло- или ксеногенного пластического материала (в том числе при применении фармакологических средств); имплантационные пластические материалы должны обладать биологической индифферентностью для исключения негативного влияния на ткани дефекта;

2. Пересаживаемые ткани должны обладать адекватными свойствами по форме, консистенции, объему и функции по отношению к воссоздаваемому органу или участку челюстно-лицевой области и шеи (основывается на принципе органотипичности);

3. Должные эстетические характеристики пересаживаемых тканей (отсутствие роста волос, цвет кожного покрова и т.д.);

4. Симметричность восстанавливаемого органа;

5. Достигнутый анатомический, функциональный и эстетический результат пластики должен быть стойким и не изменяться в процессе дальнейшего восстановления;

6. Необходимость в сохранении и восстановлении физиологического вида прикуса;

7. При пластике и восстановлении физиологические акты, такие как жевание, дыхание, речь, а также свободная подвижность головы и шеи должны быть сохранены в соответствии с естественными показателями;

8. Оперативные вмешательства не должны быть источником задержки формирования скелета челюстно-лицевой области и дополнительных грубых рубцов (келоидных, гипертрофических и др.);

9. При пересадке глубоких слоев тканей или при моделировании и воссоздании слизистых оболочек недопустим рост волос и образование эпидермальных кист.

Методы ортопедической помощи, применяемые при ДНЧ и ДВЧ, играют важную роль в предотвращении дисфункции ВНЧС и восстановлении внешнего облика пациентов, но основным их назначением следует считать более полное восстановление жевательной и речевой функции, что достигается непосредственным зубочелюстным протезированием.

Удобная классификация, систематизирующая и объединяющая существующие знания об этиологии, патогенезе, клинике и лечении различных зубочелюстно-лицевых дефектов с учётом современных достижений в области челюстно-лицевой хирургии предложена В.Г. Галонским [32]:

I. Верхнечелюстные дефекты

1. Дефекты с отсутствием ороантрального/ороназального/ороантрально - назального сообщения:

1.1. Альвеолярного отростка;

1.2. Альвеолярного отростка и тела челюсти.

2. Дефекты с наличием ороантрального/ороназального/ороантрально-назального сообщения:

2.1.Альвеолярного отростка и тела челюсти;

2.2.Твердого/твердого и мягкого/мягкого неба;

2.3.Альвеолярного, небного отростков и тела челюсти;

2.4. Отсутствие правой или левой верхнечелюстной кости;

2.5. Отсутствие обеих верхнечелюстных костей.

II. Нижнечелюстные дефекты

1. Альвеолярной части.

2. Альвеолярной части и тела с сохранением непрерывности кости.

3. Реконструированный дефект тела и ветви челюсти:

3.1.Без замещения головки нижней челюсти;

3.2.С односторонним замещением головки нижней челюсти;

3.3.С двусторонним замещением головок нижней челюсти.

4. Тела и ветви с нарушением непрерывности кости:

4.1.Частичное отсутствие челюсти при сохраненных височно- нижнечелюстных суставах;

4.2.Частичное отсутствие челюсти и одного из височно-нижнечелюстных суставов;

4.3.Частичное отсутствие челюсти и обоих височно-нижнечелюстных суставов.

5. Отсутствие тела челюсти.

6. Отсутствие челюсти.

1.6 Непосредственное съемное протезирование при частичной или полной утрате зубов

Перечисленные виды хирургической патологии челюстно-лицевой области и связанные с ними оперативные вмешательства являются основными причинами

частичного или полного отсутствия зубов. Частичная или полная вторичная адентия остается в наши дни одной из широко распространенных патологий зубочелюстной системы.

По литературным данным потребность в стоматологической ортопедической помощи у населения России и в странах Западной Европы варьирует в пределах 60%-93,8% от числа обследованного взрослого населения [13,20,40,41].

Как правило, причинами дефектов зубных рядов являются: следствие течения осложненного кариеса, травмы челюстно-лицевой области, пародонтоз и пародонтит, а также онкологические и идиопатические заболевания [44,45,101,134].

Дефекты зубных рядов вследствие вышеупомянутых причин приводят к нарушению единства зубного ряда вплоть до его полной утраты, что в свою очередь приводит к функциональной перегрузке пародонта оставшихся зубов, гипертонусу и перегрузке жевательных мышц, нарушению функции ВНЧС, а также снижению межальвеолярной высоты [18,62,102,134,161].

Утрата зубов и связанные с этим неблагоприятные изменения внешнего вида, а также нарушения актов жевания и речи, негативно отражаются на самочувствии больных [10,61,51,58,70,100,105,134,145,335].

Характер и выраженность данного негативного влияния зависит от пола, возраста, профессии, личных особенностей, а также от того, в какой группе зубов произошла их утрата [51,93,145,163].

Из перечисленных функциональных и эстетических нарушений зубочелюстной системы, являющейся жевательно-речевым аппаратом человека, складывается необходимость сокращения времени между удалением зубов (изолированного или в ходе обширного оперативного вмешательства на челюстях) и началом протезирования.

При этом, сокращение времени лечения может быть обеспечено двумя путями:

1) Проведением превентивной хирургической подготовки полости рта пациента, создающей в краткие сроки оптимальные условия для дальнейшего протезирования и исключающей при этом вероятность повторных оперативных вмешательств;

2) Проведением непосредственного протезирования [6,195,203,216,260].

Многообразие работ, посвященных вопросам лечения больных с полным отсутствием зубов, свидетельствует о наличии нерешенных проблем, основной из которых является длительность эффективного функционирования ортопедических конструкций [27,52,87-89,95,128].

Эта проблема является многофакторной, поскольку при использовании съемных ортопедических протезов изменения происходят не только во всех отделах зубочелюстной системы, но и в организме человека в целом. Значимыми факторами являются: длительность использования протезов, величина и характер жевательной нагрузки, площадь базиса полного съемного протеза, конгруэнтность базиса и протезного ложа, неэффективное соотношение челюстей, характер окклюзионных контактов, а также качество гигиены полости рта при наличии в ней съемных протезов [27,89,91,119,124].

Непосредственное протезирование считают обязательным при следующих клинических условиях:

- удаление последних зубов;
- удаление зубов с потерей последней пары антагонистов;
- удаление зубов, вследствие которого пародонт оставшихся зубов с большой долей вероятности будет перегружен с дальнейшим уменьшением межальвеолярной высоты;
- удаление премоляров и моляров, при котором образуются двухсторонние концевые или протяженные включенные дефекты при глубоком прикусе и заболеваниях ВНЧС;
- удаление передних зубов;
- удаление боковых зубов при различных пародонтопатиях;
- резекция альвеолярного гребня и челюстей;

В непосредственном протезировании выделяется два важных для данного ортопедического пособия раздела. Эти разделы имеют общие теоретические основы, но отличаются по задачам и технике протезирования. Первый раздел включает непосредственное протезирование после удаления зубов. Второй раздел в свою очередь включает непосредственное протезирование при хирургических вмешательствах, проведенных на альвеолярном отростке и челюстях [6,193,195,203,216,232,260].

При непосредственном протезировании больной получает протез тут же после операции на операционном столе (кресле) [195,203,232,260]. При этом конструктивные особенности протеза должны быть максимально просты и не оказывать травматический эффект на ткани полости рта.

В данном случае максимальное удобство и доступность для больного обеспечивает пластиночный съемный протез с опорно-удерживающими кламмерами. Данный протез позволяет выждать появление необходимых условий в полости рта и в дальнейшем применять иной протез с конструкцией любой сложности [160,195,203,216,232,317].

В настоящее время выделяется две наиболее устоявшиеся рациональные методики непосредственного протезирования.

При первой [6,103,202,216] предусматривается снятие оттисков с челюстей до удаления зубов, изготавливаются рабочие и вспомогательные гипсовые модели, на которых создаются восковые шаблоны с прикусными валиками в том случае, если невозможно сопоставить модели в центральной окклюзии без их использования.

Затем модели загипсовывают в артикулятор и производят их специальную подготовку. Далее удаляют зубы, накладывают протез. В случае, если отек слизистой оболочки раневой поверхности и прилежащих к ней тканей не позволяет протезу плотно и точно прилегать к тканям протезного ложа, то окклюзию исправляют на следующий день или через день, после исчезновения воспалительных явлений [6,195,232,258].

Вторая методика отличается от описанной выше в том, что протез готовится в два этапа. Вначале создается восковой базис на рабочей модели, далее из пластмассы изготавливается базис будущего протеза соответствующий обычным границам. Базис проверяется в полости рта, после чего производят снятие оттиска вместе с базисом. На этапе изготовления гипсовых моделей базис переходит на модель и ее загипсовывают в артикулятор.

Гипсовые зубы срезают так, чтобы на поверхности альвеолярного гребня осталась культя в 1 мм. Затем следует постановка зубов обычным способом и окончательное изготовление протеза.

При создании непосредственных протезов постановка зубов производится чаще всего на искусственной десне.

Таким образом, полученный протез своим базисом не оказывает давления на операционную рану и не нарушает процесс ее заживления.

С применением методики, предусматривающей предварительное изготовление базиса с его проверкой в полости рта, значительно облегчается наложение съемного протеза после проведенной операции. Непосредственное протезирование после удаления зубов способствует ускорению процессов заживления раны и формирования протезного ложа, исключает появление острых костных выступов, позволяет сохранить функцию жевания, фонетику и эстетику [6,195,203,216,232,258,344].

Однако, одновременно с положительными сторонами, у непосредственных съемных протезов выявлены некоторые недостатки. Основной недостаток заключается в отрицательном действии непосредственных съемных протезов на область тканей десны, прилегающей к оставшимся зубам, это приводит к дополнительному травмирующему эффекту на ткани пародонта этих зубов. [193,195,262].

Установлено, что атрофический процесс в костной ткани альвеол в области удаленных зубов появляется не только в ходе регенерации раны, но и от оказываемого базисом давления [216,232,258].

По мнению многих специалистов, при непосредственном протезировании, вследствие быстропротекающей атрофии в тканях альвеолярного отростка в области удаленных зубов уже через 14-21 день протезное поле не соответствует протезному ложу, что обуславливает снижение жевательной эффективности и необходимость перебазировки или изготовления новых протезов [193,195,210,232,258].

В то же время, до сих пор четко не определены сроки и особенности процесса заживления раневой поверхности под непосредственным протезом при использовании различных биостимулирующих методов.

Кроме того, мало внимания уделяется достоинствам непосредственного протеза, выполняющего роль не только лечебно-профилактического аппарата, но и защитной повязки.

В связи с этим, имеющихся сведений о динамике состояния тканей протезного ложа после множественного удаления зубов при непосредственном протезировании недостаточно.

Также мало изучено воздействие на указанную область различных лекарственных препаратов, физиотерапевтических методов, улучшающих репаративную регенерацию костной ткани. Все это требует дополнительных исследований и детального анализа.

Полученные данные, в свою очередь, позволят повысить эффективность непосредственного протезирования, что имеет важное теоретическое и клиническое значение для ортопедической стоматологии [193,258,458,475].

Для достижения лучших результатов при непосредственном протезировании некоторые авторы [108] рекомендуют методику использования специальных коллагеновых конусов, имеющих соответствие к форме и параметрам альвеол удаленных зубов.

Такой метод непосредственного протезирования с предварительной коллагенопластикой позволяет ускорить гемостаз, а также ускоряет репарацию лунок и замедляет атрофические процессы альвеолярного отростка [194].

Для ускорения репарации в костной ткани челюстей был предложен новый стеклокристаллический материал “Биоситалл”, разработанный ММСИ им. Н.А. Семашко и Государственным НИИ стекла.

Методика заключается в следующем: в лунки удаленных зубов вводят гранулы биоситалла диаметром 250-360 мкм, перемешивая с кровью из лунки для более равномерного объемного распределения материала в костном дефекте. Гранулы, смешанные с кровью пациента, хорошо удерживаются в лунке удаленного зуба. По окончании хирургического этапа удаления иммедиат-протез припасовывается по традиционной методике, обращая особое внимание на точность окклюзионных контактов во всех фазах всех видов окклюзии. Опытным путем доказано, что на 21 сутки у больных с имплантированными гранулами биоситалла резорбция костной ткани остается повышенной, но скорость ее в 2 раза меньше, чем без имплантации. На 30 сутки после удаления зубов и наложения иммедиат-протеза отмечается достоверная стабилизация высоты гребня альвеолярного отростка [73,157].

В отдельных работах после удаления нескольких зубов при включенных дефектах предлагается изготавливать непосредственные несъемные мостовидные протезы [115,195,323]. Сроки наложения и особенности их конструирования обосновываются длительностью периода заживления ран после удаления зубов [216,232]

С получением данных о благоприятном влиянии непосредственных несъемных мостовидных протезов на периодонт опорных зубов и процесс заживления раны после удаления зубов, стало возможным их применение в клинике. По общепринятой методике препарируют зубы, снимают слепки и отливают модели. Изготавливают и припасовывают коронки, снимают слепок с них для получения модели. Далее модель гипсуют в окклюдаторе. На рабочей модели срезают зубы, подлежащие удалению, до клинических шеек и сглаживают гипс в области краев лунок до 1 мм. Изготовление мостовидного протеза завершают обычным путем. Готовый протез дезинфицируют в 96% спирте и фиксируют на зубах с помощью дентина. Больному назначают щадящую диету с

обязательным соблюдением высокого уровня гигиены полости рта [171,216,232,258].

Доказана высокая эффективность применения цельнолитых непосредственных мостовидных протезов [104,174,195,203].

Установлено, что под влиянием чрезмерной функциональной нагрузки или при выключении зубов из функции, в челюстях происходят значительные изменения [203,280].

Проведенные электромиографические исследования показали, что непосредственное протезирование обеспечивает полноценное восстановление функционального состояния жевательных мышц [203,258,350]. Через 6 месяцев после протезирования координированная деятельность мышц антагонистов и синергистов остается нарушенной только на 18%. Таким образом, непосредственное протезирование – это наиболее рационально и патогенетически обоснованный ортопедический метод профилактики, который позволяет предупредить нежелательные последствия после частичной или полной утраты зубов в виде зубочелюстных деформаций [195,203,258].

1.7 Реабилитация при съемном протезировании

До недавнего времени понимание процесса адаптации в ортопедической стоматологии сводилось только к привыканию пациента к зубному протезу. Однако данный процесс в стоматологии является одним из важнейших, особенно при использовании съемного протеза.

Еще в 1900 г. Гизи отмечал, что на протяжении 40 лет его ортопедической практики он провел лечение съемными протезами более чем у 20 тыс. человек. 25% его пациентов использовали съемные протезы постоянно, 25% по тем или иным причинам не использовали, у 50% отмечалось нерегулярное ношение [39,314]. С тех пор ситуация мало изменилась.

Так, по имеющимся современным данным [38,146], 20-26% протезируемых пациентов не пользуются зубными протезами, а 37% –вынуждены приспосабливаться к некачественно изготовленным протезам.

Кроме того, существуют и иные проблемы в использовании съемных протезов: в 52% случаев они становятся неустойчивы в процессе жевания, в 64,7% случаев под базисами протезов у больных развиваются заболевания слизистой оболочки протезного ложа [38,45,124,146,236].

При анализе ошибок при изготовлении съемных протезов было выявлено, что 90% из них допускается при протезировании больных с помощью полных съемных пластиночных протезов. Среди основных неточностей и погрешностей отмечалось несоответствие формы базиса по отношению к подлежащим тканям протезного ложа, неточность при установлении границы протеза, неправильное определение центрального соотношения челюстей и уровня окклюзионной плоскости искусственных зубов [124,139,150,236,248,306,308,314].

Съемные протезы, несмотря на их функционально-лечебные задачи, одновременно с этим выступают как неадекватный раздражитель в полости рта, который может способствовать атрофическим процессам в тканях протезного ложа [44,60].

Базис съемного протеза при неверном прогнозировании распределения жевательного давления на подлежащие ткани может приводить к их функциональной перегрузке. Это приводит к морфологическим изменениям в тканях десны, таким как утолщение слизистой и эпителиального покрова, истончение и дегенерация рогового слоя, паракератоз и фиброзное перерождение собственного слоя эпителия десны [3,4].

В последние годы на российском рынке появились термоинъекционные системы, производимые компаниями «Valplast» (США) и «Quattro Ti» (Италия), однако из-за высокой стоимости оборудования и расходных материалов для их использования они не получили должного распространения.

Подобные современные технологии позволяют изготавливать безметалловые протезы, способные сохранять опорные зубы в нативном

состоянии и позволяющие избежать использования удерживающих и опорно-удерживающих кламмеров. Опорно-удерживающие элементы в данных протезах изготовлены из нейлона и имеют альвеолярно-дентальную опору. Эстетика таких протезов обеспечивается устойчивым красителем, лишенным остаточного мономера, что является конструктивным преимуществом, особенно при протезировании пациентов с непереносимостью акриловых пластмасс.

Подобное положение практически устранимо, однако, лишь при учете перечисленных факторов. Процесс реабилитации после удаления зубов и установки съемных протезов можно считать эффективным и полностью завершенным лишь в том случае, если в процессе использования отсутствуют болевые ощущения, наступила полная психологическая (привыкание к инородному телу), а также фонетическая и двигательная (выработка стереотипа жевания с протезом) адаптация [241,256,305,314,325].

Таким образом, при частичной или полной адентии успех реабилитации стоматологических больных определяется системным подходом и комплексностью его осуществления.

Аксиоматичным является утверждение, что медицинские манипуляции и операции дают наибольший лечебный эффект, в случае, если они пронизаны заботой о физическом и психическом здоровье человека, если врач лечит не только болезнь, но и, в первую очередь, самого больного [38,45,124,146,150,236,308,314].

В своей практической деятельности стоматолог должен учитывать не только характер специфической патологии, но также и особенности психического и соматического состояния пациентов, их отношение к предлагаемому лечению. Психоэмоциональный стресс, случающийся у стоматологических больных на лечебно-диагностическом и реабилитационном этапах, диктует необходимость в проведении специальных мероприятий по работе с пациентом в целях профилактики и купирования стрессовых состояний [38,47,97,117,124,148].

Таким образом, реализация системного подхода к реабилитации стоматологических больных должна основываться на учете разнообразных

аспектов, составляющих комплексный реабилитационный этап, который должен продолжаться и после проведения основного ортопедического лечения. Так, системный подход к реабилитации должен включать в себя:

- медико-физиологический аспект, который направлен на ускорение репарации операционной раны, предотвращение и предупреждение атрофических и воспалительных процессов костных и мягких тканей челюстей, восстановление жевательно-речевого акта;
- психологический аспект, предусматривающий приведение психоэмоционального состояния и вегетативного тонуса к состоянию нормы;
- эстетический аспект – не менее важный в сравнении с вышеперечисленными, и направленный на нормализацию внешнего облика больного.

1.7.1 Медико-физиологические аспекты реабилитации

Стартовым моментом в практике стоматолога-ортопеда при изучении проблем адаптации является тщательный анализ медицинского аспекта реабилитации. Это обусловлено тем, что раскрытие и понимание данного аспекта облегчает планирование мероприятий по профилактике возможных осложнений в ходе протезирования.

Современным и прогрессивным способом решения данной проблемы является дентальная имплантация [15,66,172,182]. Для успешной имплантации важным условием является сохранение необходимого достаточного объема костной ткани в зоне планируемой операции, однако на практике данное условие зачастую отсутствует [73,169,278,344].

Общеизвестно, что наибольшая интенсивность утраты костной ткани и атрофия вследствие снижения функциональной нагрузки возникает в первое

время после удаления зуба, в дальнейшем примерно 0.1 мм в год. В связи с этим в течение 3 лет снижение высоты и объема костных структур челюсти может составлять до 40-60% [66,73,83,84,210,305].

Кроме того, необходимо понимать, что при отсутствии должной преемственности и слаженности в работе стоматолога-хирурга и ортопеда появляется риск, что результаты лечения могут остаться неудовлетворительными и незавершенными с затянувшимся процессом репаративной регенерации и угрозой развития ранних или поздних осложнений [37,66,83,84,168,303].

Данный неблагоприятный исход может наблюдаться на фоне предшествующей патологии даже несмотря на качественно проведенное оперативное вмешательство и рациональную терапию лекарственными средствами. В конечном итоге все это может негативно сказаться на сроках протезирования и качестве восстановления функциональной и эстетической полноценности зубочелюстной системы. С учетом нерешенности данной проблемы, поиск путей к оптимизации профилактики атрофии тканей челюстей после оперативных вмешательств является актуальным направлением в совершенствовании этапа реабилитации больных после удаления зубов.

В настоящее время возможности реабилитации стоматологических пациентов опираются на применяемые методы лечения. Одной из основных проблем ортопедической стоматологии и по сей день остается выбор оптимального подхода к лечению пациентов с частичным или полным отсутствием зубов [84,168,172,188,207,218].

Применение несъемных ортопедических конструкций ограничено включенными дефектами зубного ряда и наличием ряда противопоказаний [212,212,218,271,298].

В связи с этим применение съемных зубных протезов для восстановления частичных дефектов зубных рядов является наиболее распространенным методом ортопедического лечения пациентов, составляя 40,2% от всех используемых ортопедических конструкций, особенно у лиц старше 40 лет [48,77,151,234,253,278].

Успешность ортопедического лечения и реабилитации больных с частичным или полным отсутствием зубов зависит от ряда факторов: общим уровнем здоровья, состоянием опорных тканей протезного ложа, конструкцией зубного протеза, используемыми материалами и качеством проведения лечебно-диагностического и реабилитационного этапов.

Для достижения адекватного уровня стоматологического здоровья важно уже на этапе планирования ортопедического лечения съемными зубными протезами решить ряд задач, появляющихся на стадии проведения лечебных мероприятий и реабилитации. К таким задачам относится: обеспечение эффективной фиксации съемной конструкции, восстановление эффективности жевания, элиминация побочного влияния протеза на ткани протезного ложа, оптимизация скорейшей адаптации, удобство при эксплуатации протеза и проведении гигиены полости рта, а также достижение максимальной эстетики [38,241,280,300].

Достижение необходимых условий для дальнейшего полноценного и качественного протезирования является не менее важным этапом ортопедической помощи. Поэтому сохранение качественных пределов функций всех опорных тканей и профилактика стоматологических заболеваний постоянно должны быть во внимании врачей-ортопедов [66,83,84,124,150,168,308].

Необходимо учитывать, что съемные протезы помимо лечебного эффекта являются вместе с тем комбинированными раздражителями подлежащих тканей, а также могут способствовать развитию атрофических процессов костных тканей челюстей [63,109,248,249,284,299].

Качество ортопедического лечения съемными протезами зависит от анатомо-топографических особенностей протезного ложа, что влияет на исход дальнейшей реабилитации. Механические нагрузки стимулируют костеобразование, этот процесс неразрывно связан в рамках костного метаболизма. Поэтому избыточная функциональная нагрузка, так и ее отсутствие способствуют развитию атрофических процессов в тканях протезного ложа. [129,245,319]

При этом убыль объема костных структур отмечается преимущественно в области вершины альвеолярного отростка и обусловлена неравномерным распределением жевательного давления на ткани протезного ложа, механическим сдавлением слизистой подлежащих тканей и быстрым ростом несоответствия между микрорельефом тканей и рельефом базиса съемного протеза [109,244,339].

Множество источников говорит о том, что существует прямая зависимость между анатомо-физиологическими особенностями тканей и функциональной адаптацией опорных тканей протезного ложа к жевательной нагрузке [86,220,284,329].

Исходя из этого, становится ясно, что успешность реабилитации определяется подбором оптимальной конфигурации и материала съемного протеза.

Один из удачных вариантов сохранения свойств тканей протезного ложа на участке челюсти – это использование эластичных пластмасс [99,110,118,158,221,260].

Широко известны многочисленные работы с применением эластичных видов пластмасс для изготовления двухслойных базисов съемных протезов.

Данная технология может повысить эффективность протезирования благодаря обеспечению лучшей фиксации и стабилизации комбинированных съемных протезов, более равномерному распределению жевательной нагрузки на ткани протезного ложа и повышению эффективности жевания, минимизации болевых ощущений и укорочению сроков адаптации. Но кроме преимуществ мягкие полимеры имеют и ряд недостатков. В связи с этим вопрос о профилактике атрофии тканей протезного ложа остается открытым.

Помимо указанных выше критериев важен вопрос о фиксации съемного протеза. Удерживающие и опорно-удерживающие кламмеры в ряде случаев недостаточно эстетичны и функционально несовершенны, а также подвергаются поломкам [151,176,202,271]. Известны замковые соединения в съемных протезах, однако они обладают сложным механизмом распределения жевательного

давления на зубы, слизистую и костную ткань протезного ложа, что делает их применение неоднозначным [175,177,202,298].

Эффективность ортопедического лечения зависит от химических и технологических свойств базисных материалов, из которых изготавливаются съемные протезы [9,88,116,155,158,159,260].

Интерес специалистов вызывает технология инжекционного термического литья и группы безмономерных термопластических полимеров. Данные технологии выгодно отличаются от общепринятых акриловых полимеров в плане улучшения качественных показателей съемных протезов, однако до настоящего момента этот вопрос остается малоизученным [9,217,231,275,345-348].

С началом возникновения дефекта челюстных костей стимулируется запуск противоположных по действию атрофических и регенеративных процессов. В таком случае оптимальным является целенаправленное комплексное воздействие на физиологический процесс восстановления с помощью физиотерапии и лекарственных стимуляторов тканевой регенерации [63,168].

Появление технологий для создания новых базисных материалов, обладающих эластическими свойствами, дают положительные перспективы улучшения качества больным с частичным или полным отсутствием зубов.

При рассмотрении медико-физиологического аспекта реабилитации выделяются два элемента: анатомо-физиологические параметры жевательного аппарата и клинические данные пациента.

Из анатомо-физиологических особенностей жевательного аппарата складывается план предварительной хирургической, терапевтической, ортопедической или ортодонтической подготовки к протезированию, выбор тактики врача при лечении, конструктивные и технологические особенности будущего зубного протеза, а также его границы.

Правильный учет совокупности перечисленных особенностей и качество изготавливаемого протеза задает следующие клинические данные: степень восстановления актов жевания и речи, внешний облик больного, фиксация и

стабилизация протеза, частота и особенности возможных поломок, изменения в слизистой оболочке опорных тканей, наличие и характер болевых ощущений и др.

Сроки адаптации к зубному съемному протезу зависят от наличия болевых ощущений вследствие давления протеза, например, на острые края челюстей или костные выступы. При наличии данных негативных эффектов протез начинает оказывать раздражающее действие, склонное к нарастанию, из-за чего стадия нервного торможения запаздывает или не возникает, вследствие этого протез ощущается пациентом как инородное тело в полости рта. Появление реакции торможения произойдет лишь тогда, когда будут устранены все дополнительные раздражители [194,272,284,341].

Следует отметить, что анатомо-физиологические особенности жевательного аппарата влияют на клинические данные, но также и клинические данные в свою очередь влияют на указанные особенности.

Правильное распределение жевательной нагрузки на протезное ложе предупреждает раннюю атрофию альвеолярной дуги и образование избыточного разрастания слизистой оболочки в виде «болтающегося гребня». Данный процесс позволяет на длительный срок сохранять выгодные анатомо-физиологические условия для дальнейшего возможного или необходимого протезирования через несколько лет [9,77,79,89,91,251].

В случаях некачественного изготовления съемных протезов, снижения способности слизистой оболочки переносить механическую нагрузку, неблагоприятных анатомических особенностях протезного ложа, таких как узкая альвеолярная дуга с истонченной слизистой оболочкой, а также при нарушении гигиены полости рта, на слизистой оболочке опорных тканей могут развиваться локальные или генерализованные воспалительные явления [116,193,232,234,296,301,309].

Прогрессирующая атрофия костной ткани протезного ложа при адентии создает необходимость замены съемных протезов каждые 3-4 года [116,193,255].

Ряд исследований также показал, что сроки использования съемных протезов влияют на процесс уменьшения площади беззубой челюсти, это

объясняется тем, что через три года площадь протезного ложа верхней челюсти склонна к уменьшению на 6,7% от первоначальной величины, а нижней – на 10,3% [234,283,309].

При протезировании с помощью мостовидных протезов необходимо выяснить, какое количество зубов может быть использовано в качестве опорных. Это осуществляется посредством использования статического метода оценки функциональной ценности жевательного аппарата.

Для анализа способности каждого зуба в обеспечении жевательной функции предложены статические методы учета жевательной эффективности, предложенные Н.И. Агаповым (1927) и И.М. Оксманом (1955) [247,291].

Система Н.А. Агапова не предусматривает зависимость ценности зубов от состояния пародонта. При вычислении эффективности жевания остаточного зубного ряда степень поражения определяется 100% вычетом из общей суммы коэффициентов удаленных зубов и их антагонистов.

Для третьих моляров, имеющих антагонисты, устанавливается коэффициент, равный величине их жевательной поверхности. В некоторых случаях это приводит к погрешности при расчете, и результат вычисления показывает значение функциональной способности жевательного аппарата более чем 100%.

Система И.М. Оксмана предусматривает, что утраченный зуб лишает жевательной функции и его антагонисты, а при отсутствии третьих моляров рекомендуется принимать за 100 единиц 28 зубов.

Потеря жевательной способности может определяться в отдельности для каждой челюсти, что потенциально усложняет интерпретацию показателей эффективности жевания в отдельных группах больных.

Принимая за основу системы Н.И. Агапова и И.М. Оксмана, А.К. Иорданишвили (2007) предложена унифицированная статистическая система определения эффективности жевания по следующим коэффициентам (таблица 2) [50].

Таблица 2 – Таблица коэффициентов для определения эффективности жевания

Зубы верхней и нижней челюсти	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**Сумма в единицах**
Коэффициенты (в единицах)	2	1	2	3	3	6	5	3	25

В сумме функциональная ценность зубных рядов составляет 100 единиц. Потеря одного зуба на одной челюсти приравнивается к потере коэффициента этого зуба и потере 1/2 коэффициента зуба-антагониста (за счет нарушения его функции). При подвижности зубов I степени их оценивают как нормальные. При подвижности зубов II степени их оценивают в половину коэффициента, а при III степени считают отсутствующими. Зубы, подлежащие удалению, также относят к отсутствующим. Жевательную эффективность выражают одним числом. В истории болезни, кроме этого, можно в скобках через дробь указывать показатель жевательной эффективности для каждой челюсти в отдельности.

Для успеха на этапе реабилитации после протезирования и оптимизации функции жевания большое значение имеет применение адгезивных средств.

Так, Н.Н. Уразаева (1991) отмечает, что при неблагоприятных анатомо-физиологических условиях жевательного аппарата использование адгезивных средств повышает степень фиксации полных съемных протезов [146].

Помимо улучшения степени фиксации и стабилизации пластиночных протезов, использование адгезивов в комбинации с фармакологическими препаратами позволяет оказывать лечебный эффект на грибковые поражения протезного ложа [274,146].

Эффективность адгезивов подтверждается также результатами объективных методов исследования. При электромиографическом исследовании для оценки функционального состояния мышц, поднимающих и опускающих нижнюю челюсть, было зарегистрировано, что амплитуда электромиограмм (ЭМГ) у пациентов применявших адгезивы при сжатии зубных рядов посредством работы

височных и жевательных мышц была на 25-42% выше, чем у пациентов, не использовавших адгезивные композиции.

В случаях использования адгезивных средств амплитуда ЭМГ подбородочных мышц при жевании была в 1,7 раза ниже, чем без таковых. При этом срок адаптации к съемным пластиночным протезам сокращался с 15-30 до 5-8 дней.

Результаты гнатодинамометрии показали, что при применении адгезивного препарата в 2,5-3 раза увеличивалась сила максимального сжатия челюстей [146].

При использовании конструктивно сложных зубочелюстно-лицевых протезов совместно с адгезивом их «герметичность» сохраняется в течение 2 часов [235,277,147,321].

Предложен гель-адгезив гидросил [146], который содержит анестезин, каротолин, метилурацил и медицинский гель. Данный адгезив показан для оптимизации периода адаптации больных к различным съемным протезам, в том числе к зубочелюстно-лицевым протезам. Гидросил улучшает функциональную присасываемость, фиксацию и стабилизацию съемного протеза, а также устраняет болевые ощущения и стимулирует регенерацию травматических эрозий на слизистой оболочке полости рта.

Способ применения данных гелей состоит в том, что состав помещается на внутреннюю поверхность базиса съемного протеза, перед его наложением, а также при повторных визитах пациентов после коррекции протеза, так же как и в зарубежных аналогах. Подобные гели подходят также и для домашнего личного использования, но с регламентацией протяженности курса лечения, особенно, когда в состав геля включены антибактериальные средства.

Сочетание пролонгированного медикаментозного воздействия на ткани протезного ложа под базисом непосредственного протеза с индивидуальной управляемой прогнозируемой адаптацией имеет существенное значение для более быстрой и оптимальной реабилитации стоматологических пациентов [234,309,362].

Кроме того, при ортопедическом лечении важно планировать и изготавливать фонетически оптимальные зубные протезы.

После потери зубов создаются другие условия для речевой артикуляции, в связи с этим речевому аппарату необходима адаптация [229,267,268,279]. При этом происходит изменение старых динамических стереотипов вплоть до полной рефлекторной детерминации речевого акта. Зубные протезы, позволяющие восстановить нормальное соотношение и форму речевых органов, приводят к перестройке рефлекторных стереотипов, что, однако, снижает качество адаптации [8,94,143,293,297].

Адаптация затруднена особенно в пожилом возрасте у лиц со снижением слуха. Пациенты, профессионально связанные с речью за счет отработанности речевых артикуляций быстрее привыкают к протезам. Фонетические качества протеза зависят от его границ и особенности речевых артикуляций данного человека.

В связи с этим рекомендуется оформление краев слепка под контролем речевых тестов и речевых артикуляций [8,94,269,279,297]. Толщина и рельеф базиса должны точно соответствовать твердому небу. Необходимо качественное проведение речевых проб, палатографирование, подбор фонетически оптимальной формы и размеров искусственных зубов, осуществление фонетически оптимальной постановки зубов.

Из данных различных клинических исследований было выяснено, что для звукообразования наиболее неблагоприятным вариантом при изготовлении полных съемных протезов является «готическая» (узкая и глубокая) форма небного свода. Сюда же можно отнести крутой небный свод, при котором область максимального подъема приближена к фронтальному участку верхней челюсти, а также S-образный небный свод с резким утолщением альвеолярной дуги в области передних зубов. В таких случаях рекомендуется конструировать базис протеза так, чтобы он создавал форму небного свода в виде купола или более пологую в сагиттальном и трансверзальном направлениях, что улучшит коррекцию речи [200,267,301].

Клинико-экспериментальными исследованиями доказано, что при конструировании съемного протеза с точки зрения фонетики целесообразно перемещать передние зубы до 2 мм в вестибулярном направлении, но нецелесообразно их перемещать в оральном направлении [229,297].

Фонетическая адаптация, как правило, длится от нескольких часов до 7-10 дней с учетом утомляемости речеобразующих органов и присутствующим состоянием дискомфорта в процессе привыкания к несъемным протезам. При смешанном протезировании или протезировании только съемными протезами адаптация может продолжаться от одного дня до 2-3 недель [30,200,229,267,279].

В случае если зубочелюстной протез рационально изготовлен, он способен восстановить речь, эстетическую и функциональную составляющую речежевательного аппарата, предохраняет его от дальнейшего разрушения и деформаций, нормализует внешний вид больного.

Важную в реабилитации роль при зубочелюстном протезировании несет ее эстетический компонент. Больные предъявляют высокие эстетические требования к протезам, особенно в случаях восстановления дефекта передней группы зубов. Это подтверждает мнение о том, что эстетические нормы тесно связаны с медициной и имеют глубокое объективное основание [51,256,295,307].

Исходя из этого, стоматологи-ортопеды и зубные техники помимо тонких мануальных навыков должны обладать эстетическим вкусом, что позволит достигать наилучших результатов ортопедической помощи [256,302].

Стоматолог-ортопед в своей практике должен ясно представлять любые возможные негативные сторонние влияния на ход лечебного процесса и реабилитации, а также учитывать в этих процессах фактор серьезных сопутствующих соматических патологий, таких как недостаточность сердечной деятельности, хронические заболевания кроветворных органов, печени, почек.

Не меньшее значение имеют такие неблагоприятные состояния пациента, как чрезмерное употребление алкоголя, нарко- и токсикомания, табакокурение, психические расстройства, которые могут вызывать различные патологические изменения в полости рта [131,179,181,190,309].

При реабилитации стоматологических пациентов только комплексный учет всех медико-физиологических факторов с отдельным вниманием к стоматологической (восстановление жевательной эффективности, фонетики, эстетики), психологической и общесоматической адаптациям позволяет успешно проводить восстановительный период с сокращением его временной протяженности.

1.7.2 Психологические аспекты реабилитации

Общеизвестно, что адаптация человека к зубному протезу происходит на корковом уровне (психофизиологический аспект), одним из определяющих факторов является тип высшей нервной деятельности и пластичность нервных центров пациента [6,10,22,27]. Стоматологу-ортопеду важно понимать с прогностической точки зрения, какую мотивацию имеет больной при принятии решения о протезировании. В поведении и мотивации больного участвуют психофизические действия в рамках свойств его личности. Важную роль в этом играет темперамент, находящийся в тесной связи с системой потребностей и одновременно участвуя в становлении фактора мотивации. Под мотивацией понимают психологический и эмоциональный уклад больных, нацеленный на желание возместить зубные дефекты [6,27,38,290].

Желание пользоваться зубными протезами складывается из различных факторов: психосоматических, социальных, возрастных и др.

Если больной рассматривает зубные протезы как лечебную помощь и имеет сознательное к ним отношение, то это создает положительную мотивацию, обеспечивающую благоприятный исход ортопедического лечения [27,38,80,263].

Индивидуально-типологические особенности стоматологических больных и степень их выраженности имеют важное значение для прогнозирования

состояний эмоционального напряжения в процессе лечения и реабилитации [145,265,270,323,470].

Исходя из этого, высокая эффективность съемного протезирования зависит не только от морфо-биологического состояния тканей челюстно-лицевой области, но и от психологического отношения к ортопедическим конструкциям [97,149,340].

Стоматолог-ортопед должен учитывать, что при работе и общении с больным важно наглядно демонстрировать пациенту различные зубные протезы, объяснять их преимущества, отвечать на вопросы о ходе и особенностях протезирования, при необходимости беседовать с больным, давая ему возможность оценки и примерки ортопедической конструкции в присутствии близкого знакомого или родственника [145,153,148].

Врачу-ортопеду, особенно в клинике полного съемного протезирования, часто приходится встречаться с очень тяжелыми больными в психологическом аспекте [80,252]. Это пациенты, которые неоднократно протезируются и переходят от одного врача к другому, из одной поликлиники в другую. В подобных случаях протезирование, даже проводимое опытными врачами, с применением современной технологии изготовления протезов, как правило, не всегда бывает успешным [69,290].

Существенно осложняют полноценное протезирование и изменения психики, связанные со старением, очень часто доставляющие значительно больше трудностей, чем само изготовление протеза и его установка [52,122,261,367,328,341].

Выделяют 4 группы больных с различной степенью изменений психики:

- истерические, эмоционально лабильные личности, склонные к драматизации поведения, мнительности;
- компульсивные субъекты – это ригидные, педантичные люди с постоянством характера. Их запросы по замене и коррекции протезов могут ставить врача в затруднительное положение;

- параноидные больные, резко склонные к недоверчивости и подозрительности;
- шизоидные личности, обладающие отчужденным поведением и надменностью.

Очевидно, что некоторым больным с явными изменениями психики необходима предварительная квалифицированная помощь врача-психотерапевта или психиатра [10,32,253].

Среди стоматологических пациентов наблюдается наиболее частая встречаемость астенических, затем возбужденных, тревожных, демонстративных, иногда сенситивных черт [6,10,22,32,68,149].

Примерно у 25% обследованных стоматологических больных, имеющих неприятные ощущения в полости рта, выявляется маскированная депрессия. Среди больных, страдающих синдромом «горящего рта», 89% – это лица старше 55 лет, у 93% из них выявляются хронические патологии органов пищеварительной и кроветворной системы, печени, а также аллергические заболевания [42,49,50,122,343].

Особое внимание следует обратить на то, что у 13,9-50% больных, обращающихся к врачу, выявляется маскированная соматическими жалобами психическая патология, а частота встречаемости психопатий при различных общесоматических заболеваниях достигает 30-50% [30,151,181,189,341].

Данная статистика подтверждает, что в процессе стоматологического лечения необходим учет личностных особенностей пациентов с заболеваниями органов и тканей зубочелюстной системы. Правильная и психологически обоснованная подготовка данной категории пациентов, а также формирование рациональной тактики выполнения лечебно-восстановительных процедур заключаются в знании врачом типологии пациентов. Все это является важной предпосылкой успешного лечения и последующей реабилитации [153,181,184,191].

Различные функции центральной и вегетативной нервной системы, такие как контролирующая, регулирующая и управляющая глубоко связаны с

психологическими особенностями пациента. Этот аспект является одним из ведущих факторов в сфере лечения и реабилитации, которыми должен руководствоваться в своей практике стоматолог-ортопед.

1.8 Возможные схемы периодизации реабилитационного периода и особенности отдельных периодов

Период адаптации к непосредственному съемному протезу можно разделить на две стадии: срочной несовершенной и долговременной устойчивой, возникающих в клинике в период адаптации больных к зубным протезам.

На срочном этапе адаптации на начальных этапах происходит «переобучение» нервно-мышечного аппарата и других органов челюстно-лицевой области к функционированию в новых условиях и особенностях жизнедеятельности (с протезом) при повышенной физиологической нагрузке.

Так, в первые часы пользования протезом увеличивается слюноотделение, больные испытывают напряжение круговой мышцы рта, языка, щек, что, по-видимому, связано с гиперфункцией мышечных волокон [27,45,78,203,237,250,293].

Жевательные движения нижней челюсти на первых порах несколько хаотичны, поскольку они непривычны для жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов. Жевательные движения нижней челюсти функционально лимитированы, так как на начальном этапе адаптации структурно-энергетических резервов мышц недостаточно для выполнения адекватной физической нагрузки.

Процесс «переобучения» нервно-мышечного аппарата для функционирования с протезом у больных протекает по-разному и зависит от индивидуальных психофизиологических возможностей (имеют значение болезни и старение организма), что существенно отражается на сроках адаптации.

О завершении перехода срочной адаптации в долговременную судят тогда, когда сформированные двигательные навыки нервно-мышечного аппарата закрепляются условными рефлексами и могут выполняться бессознательно, без контролирования корковыми центрами.

Пагубные действия на мышечную функцию и адаптацию к протезам оказывает гиперкинезия мышц, которая в стоматологии обозначается как бруксизм. В связи с этим, значительное внимание приобретают вопросы профилактики и лечения различных нервно-рефлекторных поражений мышечного аппарата [78,136,185,250,305].

Помимо физических тренировок мышц, положительную роль играет массаж мимической и жевательной мускулатуры, затылочных и плечевых мышц, так как спазм и болевые реакции распространяются и на эти мышцы.

Кроме этого, помощь могут оказывать отдельные виды психотерапии, такие как аутогенная тренировка и электрическая стимуляция.

Для выполнения электростимуляции применяют приборы типа миомониторов (Myotronics J5) [205,224,248]. Эти аппараты обеспечивают снижение болевых реакций и напряжения мышц, одновременно повышая их кровоснабжение и отток лимфы.

В ряде случаев оправдывает себя назначение мышечных релаксантов и физиотерапии (тепло). Отдельным пациентам по предписанию врача-психиатра безусловно показаны антидепрессанты [3,35,153,242].

Процесс нервного торможения происходит при активном участии коры головного мозга, отсюда следует, что у пациента, носящего протез торможение также развивается по принципам общего закона, который гласит, что любое раздражение угасает при его длительном применении и становится тормозным агентом. По данным экспериментов известно, что необычный раздражитель, вызывающий на начальных этапах его воздействия активную реакцию, в последующем вызывает угасание этой реакции вплоть до полной ее потери [6,22,27,36].

В свете изложенного можно также выделить три фазы процесса адаптации к зубному протезу [86,88]:

1. Фаза раздражения. Развивается в день наложения протеза и в период подготовки полости рта к протезированию. Отличается пристальным вниманием пациента к недавно отпрепарированному зубу или к протезу, воспринимаемому как инородное тело. Раздражение проявляется в виде гиперсаливации, резких изменений дикции или фонации, снижении жевательной эффективности, гипертонуса мимических мышц и напряжения губ или щек, а также появления рвотного рефлекса.

2. Фаза частичного торможения. Появляется в течение 1-5 дней после наложения протеза. Характеризуется угасанием первичных признаков раздражения, нормализацией слюноотделения, восстановлением дикции и фонации, снижением гипертонуса жевательных мышц и напряжения мягких тканей, восстановлением жевательной эффективности, зависящей также от конструкции протеза, а также угасанием рвотного рефлекса (если он имелся).

3. Фаза полного торможения. Длится с 5 по 33 день после наложения протеза. Характеризуется полным привыканием к протезу (пациент не воспринимает протез как инородное тело, и, наоборот, не может обходиться без него). Мышечный и связочный аппарат адаптируется и приспосабливается к восстановленной окклюзии (или измененной), также происходит максимально возможное повышение функциональной и жевательной эффективности.

М.К. Драгобецкий [33] для понимания основ адаптации больных к съемным протезам рекомендует учитывать следующие четыре периода:

1) психологический (установка и мотивация);
2) биофизический, в свою очередь подразделяющийся на начальную адаптацию (фаза раздражения), частичную адаптацию (фаза затухания раздражения), полную адаптацию (безусловное охранительное торможение);
3) эмоциональной адаптации;
4) период прогнозирования.

Согласно теории установки, поведение человека формируется, базируясь на основе потребностей в рамках определенных ситуаций. Лица, имеющие частичные или полные дефекты зубного ряда имеют настоятельную потребность в их возмещении, которая находится в прямой зависимости от ситуации [78].

В период биофизической адаптации происходит функциональное приспособление органов и тканей челюстно-лицевой области к протезу как к инородному телу в измененных условиях [33]. Особую значимость в процессе адаптации больных к протезам в этом периоде имеет проблема реакции тканей протезного ложа [53,67,77,79,183,234].

Реакции тканей протезного ложа на присутствие протеза в основе своего генеза имеют патологические механизмы, обусловленные качеством протеза, свойством материала, способом фиксации, особенностями передачи жевательного давления, окклюзионными взаимоотношениями, величиной протезного базиса. Данные аспекты должны учитываться стоматологом-ортопедом в совокупности в каждом индивидуальном случае [53,67,79,234].

Пластиночные протезы из-за величины и конструкции базиса выступают как необычные раздражители в полости рта, воздействуя на рецепторные зоны: тактильные, температурные, вкусовые и др. Из этих зон идут непрерывные импульсы по афферентным волокнам в центральную нервную систему, способные изменять и действовать на реактивность организма. Нарушение регуляторной деятельности коры головного мозга, контролирующей состояние чувствительных рецепторов, отражается на состоянии органов жевательного аппарата [67,79].

Присутствие протеза в полости рта вызывает гиперсаливацию, затрудняет речь, нарушает акт жевания, создает чувство дискомфорта и напряжения на губах и щеках вплоть до тошноты – все это является ответной реакцией организма, воспринимающего протез как инородное тело.

С психологической стороны пациент фокусирует свое внимание на указанных ощущениях в полости рта. Таким образом, психологическая подготовка пациента лечащим врачом способствует успешности лечения в фазе адаптации [87,89,234,237].

В фазе частичной адаптации, в результате воздействия протеза, происходит перестройка нервно-мышечной связи жевательного аппарата и ВНЧС, а чувствительность рецепторов к наличию протеза в полости рта постепенно угасает. При наступлении полной адаптации чувствительность рецепторов к наличию протеза практически устраняется, в результате чего наступает безусловное охранительное торможение [86,88].

Третьим, наиболее важным периодом, является эмоциональная адаптация.

Эмоции – одна из важнейших сторон психических процессов, которые сводятся к переживанию человеком действительности.

Выделяют эмоции трех видов:

1) острые эмоциональные реакции;

2) эмоциональные состояния с изменением нервно-психического статуса;

3) выраженная избирательность эмоциональных положительных или отрицательных отношений к тому или иному состоянию [89,237].

Периодическое возникновение рвотного рефлекса в значительной мере затрудняет адаптацию, а также стимулируется страхом больного, что, по мнению некоторых авторов [127,128,234,237], создает затруднения в выяснении причины его появления.

Протезирование больных со значительными эмоциональными нарушениями является весьма сложным. Данная категория пациентов испытывает некоторые трудности в фазе адаптации к своим первым протезам, однако с течением времени наступает процесс привыкания [127,128,237,312].

Последний, наиболее ответственный этап – это период полной функциональной адаптации, в котором психические, интеллектуальные, социальные и иные особенности личности формируют характер и выраженность реакций пациента в отношении адаптации к протезам, и являются сугубо индивидуальными [87,89,127,128,349].

Учет перечисленных особенностей в зависимости от применяемой схемы периодизации, соотнесенной с особенностями каждой фазы реабилитационного

периода, а также добавление индивидуально направленных корректив при разработке интегрированного комплексного подхода к периоду реабилитации позволяет избежать большинства нежелательных последствий после этапа зубочелюстного протезирования.

1.9 Качество жизни как основной критерий оценки эффективности периода реабилитации

Показатели качества жизни (КЖ) в настоящее время рассматриваются как наиболее широко исследуемые и используются с конца 70-х годов прошлого века [20,93,152,163,276].

В Российское здравоохранение это понятие вошло в терминологический оборот сравнительно недавно [21,61,70,98,322].

Эксперты Межнационального центра исследования КЖ характеризуют данное понятие как «интегральную оценку физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанную на его субъективном восприятии» [61,70,93,135].

Уровни показателей КЖ являются точным инструментом, определяющим, с какой эффективностью было проведено лечение и реабилитация пациентов [70,93,98,123,144,330].

Зачастую для пациента не столько важно наличие хронического заболевания, дефекта или изъяна, сколько возможность возвращения к активной жизни в социально-экономическом плане, иными словами восстановление исходного уровня КЖ более важно пациенту, чем искоренение какой-либо патологии [93,98,163,336,372].

В современной медицине используется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (HRQOL).

Согласно определению ВОЗ, HRQOL следует рассматривать как «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живёт, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [61,152,165,292,324].

КЖ – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [163,165,286,287].

Понятие КЖ в основе своей многомерно, поскольку включает в себя также психологическое, социальное, физическое и духовное благополучие [61,98,123,201,242].

Существует множество общих и специальных опросников, оценивающих уровень здоровья населения в целом, вне зависимости от патологии, например, «MOS SF-36», («The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey»), «SIP» («Sickness Impact Profile»), «NHP» («Nottingham Health Profile»), «McMaster Health Index Question Naire», «Psychological General Well Being Index», «General Health Rating Index», «Quality of Well Being Scale» и другие [29,57,58,257,271].

Валидность таких опросников установлена для разных форм нозологий, что дает преимущество в объективном сравнении влияния различных медицинских программ на HRQOL в частности – у отдельных лиц, а также и во всей популяции [57,196,197,198,350].

В последнее время становится очевидно, что состояние зубочелюстной системы, как одной из важнейших составляющих организма человека тесно связано с его качеством жизни.

Большую роль в обеспечении качества жизни человека выполняет зубо-челюстно-лицевая система, являясь уникальным сосредоточием важнейших функциональных элементов различных органов [201,206,225,276,326].

По статистическим данным в настоящее время заболевания зубов и органов полости рта отмечаются у 95-99% населения РФ, а удельный вес стоматологических заболеваний по обращаемости достигает 20-25% среди общей заболеваемости, обращаемость по поводу хирургической патологии достигает

23,1 % [98,152,259,266,292]. Исходя из этого оценка КЖ, как инструмент контроля эффективности стоматологической хирургической и ортопедической помощи с дальнейшим периодом реабилитации представляется актуальным направлением в стоматологии.

Из числа специализированных валидизированных опросников качества жизни, в соответствии с требованиями IQOLA (Международная ассоциация по оценке качества жизни) и GCP («Качественная клиническая практика»), в отечественной стоматологии, в основном, применяется валидизированная русскоязычная версия опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» – OHIP (Oral Health Impact Profile), предложенного G. Slade (1994), для удобства пользования впоследствии сокращенного автором до 14 вопросов (OHIP-14), касающихся того, как состояние зубов, зубных рядов, используемых протезов или слизистой оболочки полости рта влияет на способность выполнять повседневные обязанности, пережевывать пищу, общаться с другими людьми, т.е., собственно, на качество жизни (КЖ) [26,257,271,331-333,342,350].

Изучение результатов данного теста, несмотря на его широкое применение, особенно актуально применительно к объективизации анализа динамики КЖ в послеоперационном периоде реабилитации у стоматологических больных [29,57,58,338,391,417].

Показатели качества жизни и характеристика картины заболевания изменяются в процессе лечения в зависимости от состояния больного. Это позволяет осуществлять мониторинг проводимого лечения и реабилитации, в случае необходимости корректируя их ход.

Участие и самостоятельная оценка своего здоровья является ценным и надежным показателем общего состояния больного [152,334,340,365].

Таким образом, контроль эффективности методов реабилитации пациентов после хирургических вмешательств, имеющих патологии зубочелюстной системы, в настоящее время неотъемлемо связан с определением уровня и параметров КЖ с их интегративной оценкой.

Глава 2. Материалы и методы исследования

В стоматологической практике существует ряд заболеваний, лечение которых предусматривает оперативное вмешательство. Наиболее частым является полное удаление зубов и оперативные вмешательства, осуществляемые по поводу травм, опухолей и опухолеподобных процессов, а также воспалительных заболеваний специфического и неспецифического характера, что сопровождается, в большинстве случаев, появлением значительных дефектов зубного ряда, и в ряде случаев – полной или частичной резекцией челюстей. Отсюда становится очевидной необходимость комплексного характера послеоперационной реабилитации.

Опираясь на клинические рекомендации, можно сделать вывод о необходимости формирования комплексного подхода к восстановлению этих пациентов с участием специалистов различных медицинских специальностей. Тактика лечения пациента, зачастую требует значительной коррекции врачей разных специализаций на различных этапах лечения.

Так, несмотря на необходимость курации больного челюстно-лицевым хирургом на всех этапах реабилитации, зачастую на начальных этапах, требуется консультация невролога и офтальмолога. Невролог, может выявить наличие патологии лицевого нерва, объективно дифференцировать симптоматику в случаях поражения различных нервных пучков. Тесная взаимосвязь слезоотводящего аппарата с «полем работы» челюстно-лицевого хирурга, зачастую приводит к необходимости проведения дакриоцисторинографии в целях оценки состояния слезоотводящего аппарата. Нельзя не учитывать роль современных методов диагностики, таких как КТ и МРТ. Проведение и расшифровку данных исследований, с наибольшей объективностью проводит врач-рентгенолог. Зачастую, несмотря на высокую степень экспертности в вопросах диагностики ЧЛО, врачи-стоматологи-хирурги принимают на себя роль

врача-рентгенолога. Это негативно сказывается на общем ходе реабилитации, провоцирует риск возникновения возможных осложнений.

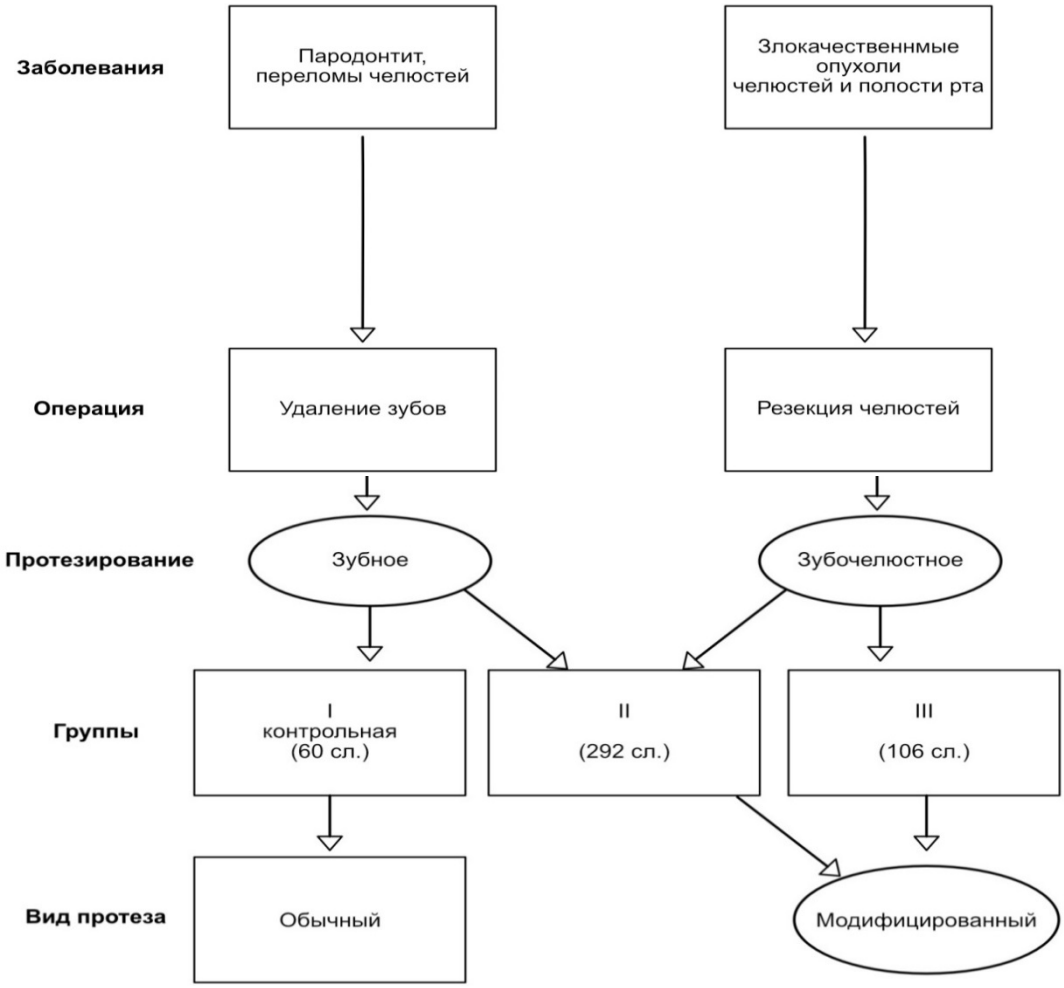
Для достижения максимально возможных уровней социализации и качества жизни в послеоперационном периоде и в отдаленной перспективе необходимы: ускорение регенерации раневой поверхности, быстрейшая оптимизация функционально-жевательной и речевой функций, восстановление социально приемлемой внешности.

Несомненно, весь комплекс методов помощи, применяемых в указанных направлениях, должен сопровождаться адекватной психологической помощью, трудно осуществимой без объективного мониторинга психоэмоционального состояния и вегетативного статуса пациента.

2.1 Общая характеристика материала и дизайн исследования

Данное исследование основано на анализе результатов послеоперационной реабилитации в совокупности у 458 пациентов стоматологического профиля. Значительное число пациентов, проходящих реабилитацию с использованием авторских протезов, имеют обширный ряд хирургических диагнозов. Проведение оперативных вмешательств в полости рта, проводилось по поводу как воспалительных заболеваний, так и в связи с онкологической патологией. Для удобства дифференцирования пациентов по группам в процессе исследования, пациенты были разделены на группы в соответствии с имеющимся после проведения оперативного вмешательства диагнозом ортопедической патологии.

Общий дизайн клинических исследований представлен на рисунке 1.



Примечание: **сравнительные исследования в послеоперационном периоде реабилитации:**

1. Визуально-пальпаторный контроль состояния послеоперационной раны в сроки 3, 10 и 30 дней после операции;
2. Цитоморфологический мониторинг скорости репарации операционной раны на 3, 10, и 30 дни после операции;
3. Определение состояния жевательной функции и степени окклюзии на 10, 20 и 30 дни после операции;
4. Динамический контроль скорости и объема восстановления речевой функции перед операцией, а также на 15 и 30 день после наложения протеза;
5. Определение уровней реактивной и личностной тревожности методом Спилбергера-Ханина перед операцией, а также на 30 и 90 день после наложения протеза;
6. Мониторинг двигательно-поведенческих и вегетативных реакций, а также вегетативного тонуса перед оперативным вмешательством, а также на 10, 20, 30 и 90 дни после наложения протеза;
7. Определение степени влияния стоматологического здоровья (СВСЗ) на степень качества жизни с использованием методики OHIP-14 до операции и в сроки 10, 20, 30 и 90 дней после наложения протеза;
8. Анализ и сопоставление результатов с использованием методов вариационной статистики.

Рисунок 1 − Дизайн клинических исследований стоматологических пациентов в послеоперационном периоде реабилитации

Материал разделялся на 3 основные группы больных перенесших различные оперативные вмешательства (таблица 3):

Таблица 3 – Распределение пациентов по группам, полу и возрасту

Группа	**Число наблюдений**	**Мужчины**	**Женщины**	**Ср.возраст (лет) (M±m)**
I.Контроль	60	32	28	59±4,7
II.Дефекты зубного ряда	292	142	150	62±3,8
III.Дефекты челюстей	106	57	49	61±4,1
Итого	458	231	227	61±4,8

I. Контрольная группа. Представлена совокупностью пациентов в возрасте от 21 до 80 лет (60 случаев), которым в послеоперационном периоде оказывался традиционный комплекс реабилитационных пособий. Среди них – 27 (45 %) с дефектами зубного ряда, 33 (55 %) – с дефектами челюстей.

II. Дефекты зубного ряда, требующие непосредственного съемного зубопротезирования (292 наблюдения). Из них причиной образования дефекта в 212 (72,6 %) случаях являлись кариес (К02.*) и воспалительные заболевания пародонта (К05.*), а в 80 (27,4 %) – переломы челюстей (S02.4 и S02.6).

III. Дефекты челюстей, требующие зубочелюстного протезирования – 106 пациентов. Причиной дефектов во всех случаях являлись злокачественные опухоли челюстей: плоскоклеточный рак с ороговением (62,63%) и без (21,97%), железистый рак (8,8%) и различные виды сарком (6,6%) (С03.9, С03.1, С08.0, С08.1, С08.9, С41.0, С41.1, С44.9, С44.3).

Дефекты челюстей в контрольной и III группах были представлены следующими видами (таблица 4):

Таблица 4 – Виды челюстных дефектов и их распределение в изученном материале (по: В.Г. Галонскому) [34]

Виды зубочелюстно-лицевых дефектов	**% от общего количе-ства**	**Число случаев**	**I группа (конт-роль)**	**III груп-па**
I. Верхнечелюстные дефекты	**42,4**	**59**	**15**	**44**
1. Дефекты с отсутствием ороантрального/ороназального/ороантрально-назального сообщения:	7,9	11	3	8
1.1. Альвеолярного отростка;	5,0	7	2	5
1.2. Альвеолярного отростка и тела челюсти.	2,9	4	1	3
2. Дефекты с наличием ороантрального/ороназального/ороантрально-назального сообщения:	34,5	48	12	36
2.1. Альвеолярного отростка и тела челюсти;	9,4	13	4	9
2.2. Твердого/твердого и мягкого/мягкого неба;	13,7	19	4	15
2.3. Альвеолярного, небного отростков и тела челюсти;	2,6	5	1	4
2.4. Отсутствие правой или левой верхнечелюстной кости;	5,0	7	2	5
2.5. Отсутствие обеих верхнечелюстных костей.	2,9	4	1	3
II. Нижнечелюстные дефекты	**57,6**	**80**	**18**	**62**
1. Альвеолярной части.	24,5	34	8	26
3. Реконструированный дефект тела и ветви челюсти:	18,0	25	6	19
4.1. Частичное отсутствие челюсти при сохраненных височно-нижнечелюстных суставах;	15,1	21	4	17
ИТОГО	**100**	**139**	**33**	**106**

В контрольной группе (I) использовались зубные и зубочелюстные протезы обычной конструкции.

В основных группах (II-III) традиционные методы реабилитации дополнялись использованием зубных и зубочелюстных протезов с насечками, нанесенными шаровидными борами диаметром 2 мм в виде

точечных углублений с интервалом 5 мм в виде вариабельного числа рядов, определяемого размерами протеза, а также иммедиат-протезы оригинальной конструкции, используемые во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей.

Насечки наносились на поверхность протеза, прилегающую к раневой и покрывались слоем мази «Виспосил» [153], в случае же с иммедиат-протезом имеющем в своей конструкции сетку, лекарственное вещество вносилось в специально сформированную полость между сеткой и базисом протеза.

2.2 Экспериментальные исследования

В качестве одного из методов уменьшения механического раздражения и ускорения заживления послеоперационной раны в стоматологии широко распространено введение лекарственных препаратов с контактной поверхности протеза.

В связи с особенностями метода, лекарственный препарат должен иметь низкую растворимость в ротовой жидкости и раневом отделяемом, и обеспечивать сохранение терапевтических свойств в течение интервалов между приемами пищи длительностью не менее 5 часов.

Очевидно, что искусственные ретенции различной формы, наносимые на изначально гладкий базис протеза, увеличивая площадь поверхности последнего, должны увеличивать и степень адгезии нанесённых на него лекарственных препаратов, замедляя тем самым их всасывание, причем, степень выраженности указанных эффектов, очевидно, зависит еще и от вида применяемого препарата.

При этом стоит учитывать, что наличие точечных ретенций, не оказывает влияние на качество фиксации съемного протеза, так как не нарушает соответствия поверхности протеза и тканей протезного ложа.

Для исследования in vitro сравнительной степени адгезии и скорости вымывания лечебных препаратов, применялись акриловые базисы протезов, на которые с помощью стоматологических боров наносились различные по глубине и конфигурации рисунка ретенционные пункты (насечки).

Иммедиат-протез с насечками изготавливался следующим образом:

1) Получение оттисков верхней и нижней челюстей.
2) Отливка гипсовых моделей по полученным оттискам.
3) Фантомное удаление зубов на гипсовой модели в соответствии с планом операции.
4) Изготовление акрилового съемного пластиночного протеза в области полученного дефекта стандартным методом.
5) Выпиливание ретенционных пунктов различных конфигураций.

При этом использовались 4 варианта конфигурации:

I. 6 рядов точечных углублений с интервалом 5 мм между ними, разделенных на 3 группы по 2 ряда, каждый из которых выполнялся шаровидными борами диаметром 1 мм, 2 мм и 3 мм. Общее число ретенционных пунктов – 18 (на каждой половине протеза) (рисунок 2).

II. 6 рядов штриховидных углублений длиной 5 мм с интервалом 4 мм между ними, разделенных на 3 группы по 2 ряда, каждый из которых выполнен фиссурными борами диаметром 1 мм, 2 мм и 3 мм (рисунок 3).

III. Точечные и штриховидные углубления в произвольном порядке с интервалом в 3 мм шаровидным и фиссурным борами диаметром 1 мм. Общее число ретенционных пунктов – 23 (на каждой стороне протеза) (рисунок 4).

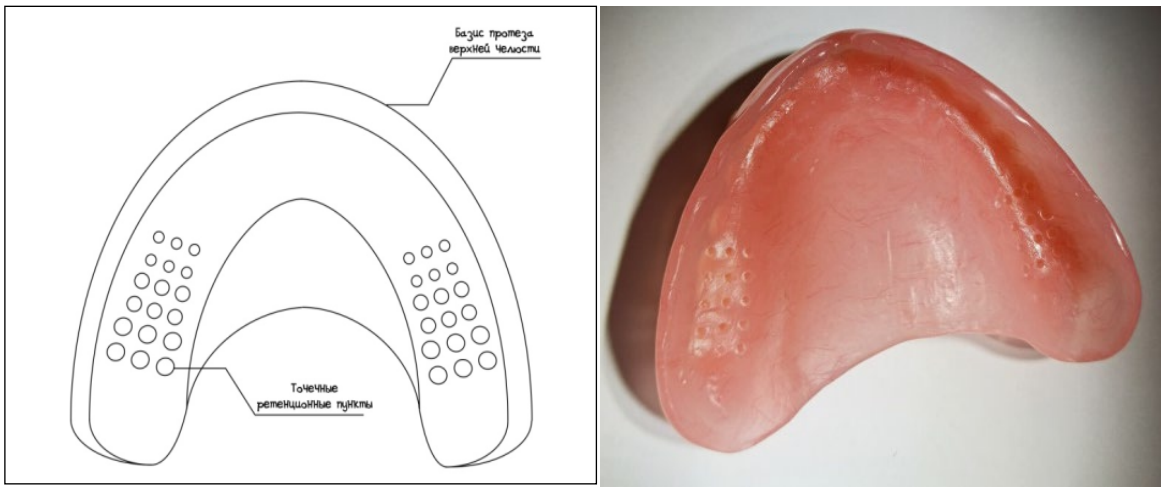


Рисунок 2 – Протез с точечными ретенциями на базисе

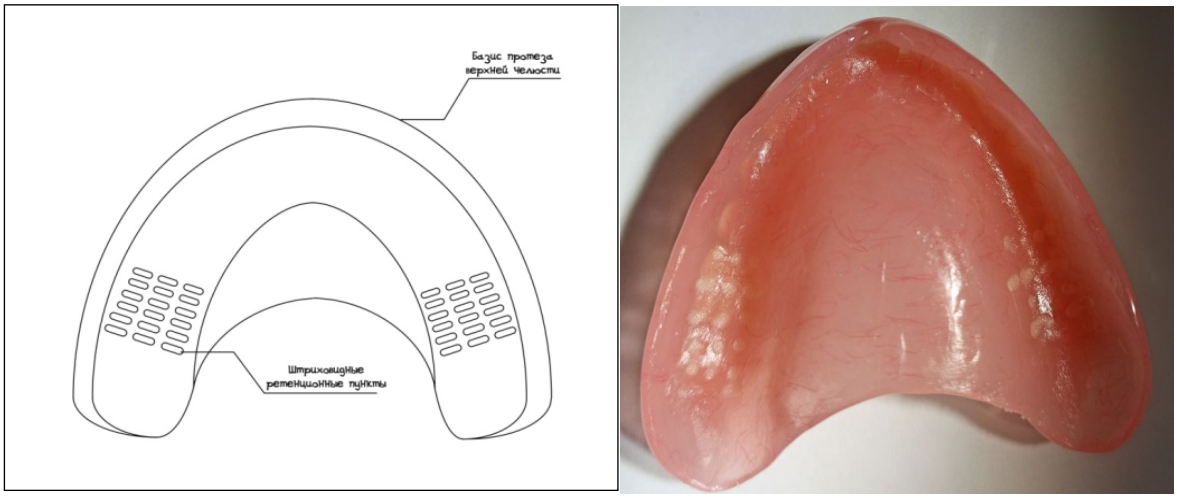


Рисунок 3 – Протез со штриховидными ретенциями на базисе

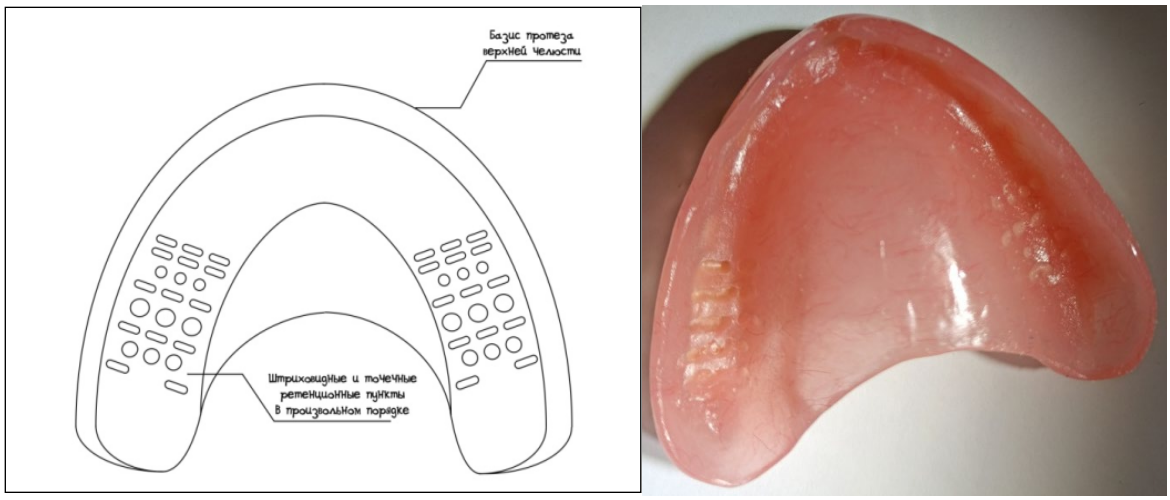


Рисунок 4 – Протез с комбинированными ретенциями на базисе

IV. Углубления в виде зигзагообразной линии с интервалом в 5 мм, выполненные шаровидным бором диаметром 1 мм. Общее число ретенционных линий – 3 (на каждой половине протеза) (рисунок 5).

После полимеризации пластмассы шлифовка и полировка протеза.

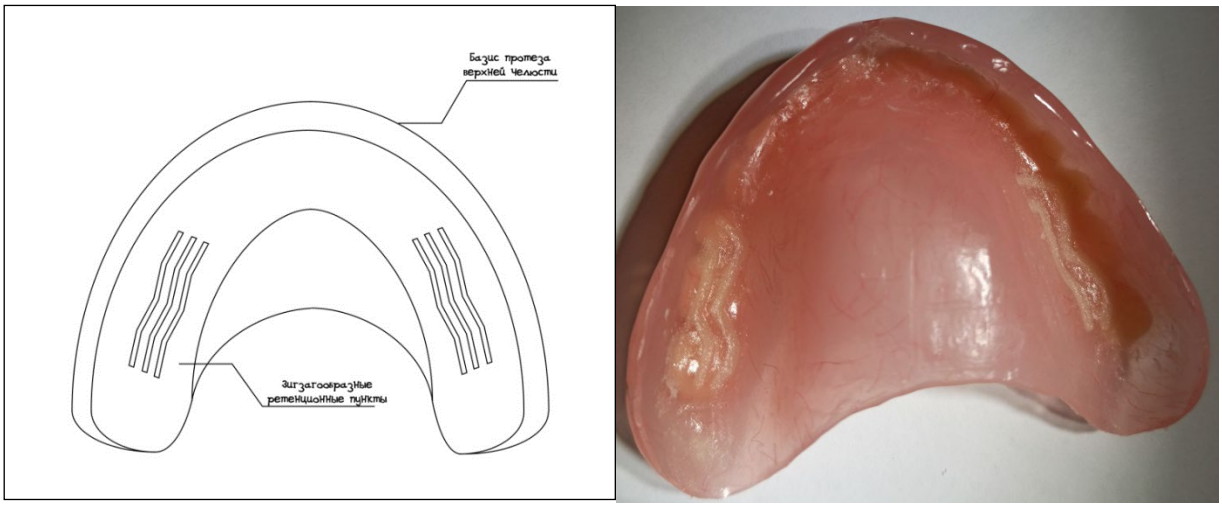


Рисунок 5 – Протез с зигзагообразными ретенциями на базисе

В ретенционные пункты протезов вносился 1 г мази «Актовегин» или фитомази «Виспосил» (контролем служили протезы без ретенций с нанесением на их поверхность указанных препаратов), после чего объекты помещались в изотонический раствор хлорида натрия и экспонировались при температуре 37º С в течение 5 часов.

По истечении времени экспонирования, образцы жидкости помещались в фотоэлектрический колориметр КФК-2МП, в котором их плотность сравнивалась с эталонным образцом (1 г фитомази «Виспосил» или, соответственно, «Актовегин» на 100 мл изотонического раствора) [324].

Полученные результаты (десятичные логарифмы отношения потока излучения, падающего на объект, к потоку излучения прошедшего через него) в их соотношении показывали % (**x**) от исходной массы препарата, вымытой в раствор с базиса экспериментального протеза.

По формуле (**100 – x %)** определяли % лекарственного препарата, сохранившегося на поверхности базиса протеза.

Аналогично ранее описанному методу, проводилось исследование иммедиат-протеза, в основном применяемого в области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей (Приложение №6).

Особенностями этой модификации являлись: наличие увеличивающего площадь поверхности базиса и, одновременно, демпфирующего элемента из полипропиленовой хирургической сетки и полости для лекарственного вещества (рисунок 6).

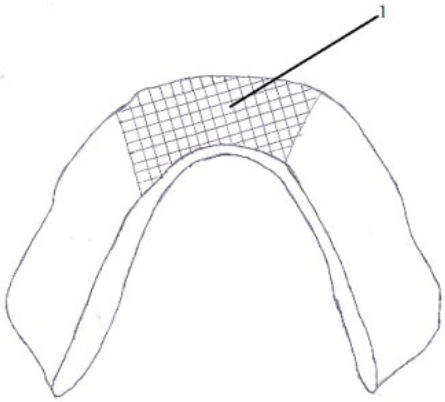


Рисунок 6 – Иммедиат-протез с сеткой, где 1 – демпфирующий сетчатый элемент в зоне удаленных зубов

Иммедиат-протез с сеткой изготавливался следующим образом:

1. Получение оттисков верхней и нижней челюстей.
2. Отливка гипсовых моделей по полученным оттискам.
3. Удаление зубов на гипсовой модели в соответствии с планом операции.
4. Получение оттиска с подготовленной гипсовой модели.
5. Изготовление акрилового съемного пластиночного протеза полученного дефекта стандартным методом.
6. Выпиливание сквозных пазов с оральной поверхности базиса протеза шириной 2-3 мм, длиной соответствующих границам будущего дефекта.

7. Выпиливание полости глубиной 3-4 мм с внутренней стороны протеза по границам будущего дефекта.
8. Припасовывание протеза к гипсовой модели.
9. Протягивание хирургической полипропиленовой сетки через пропиленные пазы. Сетка должна располагаться на гипсовом альвеолярном гребне модели с небольшим натяжением.
10. После проверки правильности расположения сетки обрезание ее излишков и заполнение пазов быстротвердеющей пластмассой. После полимеризации пластмассы шлифовка и полировка протеза.

При наложении протеза после проведения операции полость под сеткой заполняют лекарственным веществом на основе вазелина и ланолина.

Данные средства обладают выраженными антибактериальными и противовоспалительными свойствами на уровне современных средств гигиены полости рта, а фитопаста эффективно очищает поверхность съемных протезов.

В дальнейшем пациент самостоятельно заменяет фитопрепарат в полости во время чистки протеза, что рекомендуется делать 2 раза в день до заживления операционной раны.

Благодаря использованию сетки значительно сокращается вероятность возникновения рубцов, что позволяет избежать проведения пластики слизистой оболочки. Все это позволяет, с одной стороны, ускорить лечение, с другой – сделать его более комфортным для пациента (Приложение № 6).

После изготовления протеза исследование проводилось по описанной выше методике.

Терапевтический эффект здесь усиливается как за счет незначительного давления на подлежащие ткани протезного ложа, так и вследствие замедления всасывания лекарственного препарата под сеткой. За счет упругости предлагаемой конструкции удается значительно облегчить дискомфорт, вызываемый иммедиат-протезом в первые недели после его наложения.

2.3 Визуально-пальпаторный контроль состояния послеоперационной раны

В процессе реабилитации в группах сравнения (двух основных и в контрольной) в сроки 3, 10 и 30 дней после операции, и наложения зубочелюстного протеза с использованием полуколичественного способа, производился визуально-пальпаторный мониторинг состояния послеоперационной раны с определением степени выраженности таких признаков, как:

- отечность
- гиперемия
- организация сгустком или грануляциями
- болезненность
- тургор
- подвижность
- эластичность
- количество выступающих костных краев

Визуальная и пальпаторная оценка состояния протезного ложа в области послеоперационной раны по всем перечисленным показателям производилась по 5-балльной системе: (–, ±, +, ++, +++), все признаки по степени своей выраженности оценивались в баллах от 0 до 4 (от минимальной до значительной).

При использовании указанных пятибалльных оценок средним значением для каждой группы считался балл, определенный более чем у 60 % пациентов данной группы.

Предлагаемый метод, несмотря на примитивность, позволял провести адекватную оценку состояния послеоперационной раны. Выбор данного способа обусловлен высокой лучевой нагрузкой пациентов, перенесших оперативное лечение. В ряде случаев, пациенты, принимавшие участие в исследовании, были

оперированы по поводу злокачественных новообразований и в комплексе с хирургическим пособием, получали лучевую терапию. В данном случае, мы считаем применение описанного способа максимально безопасным и оправданным.

2.4 Цитоморфологический мониторинг скорости репарации операционной раны в период реабилитации

Сравнительный визуально-пальпаторный контроль состояния послеоперационной раны в период реабилитации дополнялся цитоморфологическим исследованием мазков с её поверхности, производимыми перед наложением зубочелюстного протеза, а также на 3, 10 и 30 дни после операции с определением индекса воспаления (ИВ), определяемого как отношение количества сегментоядерных лейкоцитов (СЯЛ) к совокупному числу лимфоцитов (Лм) и макрофагов (Мф).

Цитоморфологический мониторинг осуществлен у 120 пациентов, прооперированных по поводу пародонтита, переломов и злокачественных опухолей, с выделением контрольной группы аналогичного состава, где применялись зубочелюстные протезы обычной (50 случаев) конфигурации и модифицированные путем нанесения ретенций (70 случаев).

Соответственно ИВ и характеру преобладающих видов эпителиальных клеток в мазках (базальные, парабазальные, шиповатые, с пикнотичными ядрами), было выделено 5 типов цитологических мазков, отражающих стадии регенерации: от острого воспаления до полноценной цитоморфологической репарации.

Цитограммы, полученные нами с поверхности операционной раны, условно разделялись на 5 типов, соответствующих определенным стадиям регенерации:

Тип I. ИВ > 0,5 -преобладание острого воспаления или свежих грануляций (рисунок 6.).

Тип II. ИВ < 0,5 - затухание острого воспаления, зрелые грануляции (рисунок 7).

Тип III. Практически полное отсутствие СЯЛ, Лм и Мф при наличии скоплений парабазальных и базальных эпителиальных клеток (ранняя стадия регенерации) (рисунок 8).

Тип IV. Наличие в мазках преимущественно шиповатых клеток (поздняя стадия регенерации) (рисунок 9).

Тип V. Преобладание в мазках поверхностных эпителиальных клеток с пикнотичными ядрами (полноценное завершение регенерации, цитоморфологическое выздоровление) (рисунок 10).

Средняя групповая стадия регенерации определялась соответственно преобладанию определенного типа цитограммы более чем в 70 % наблюдений.

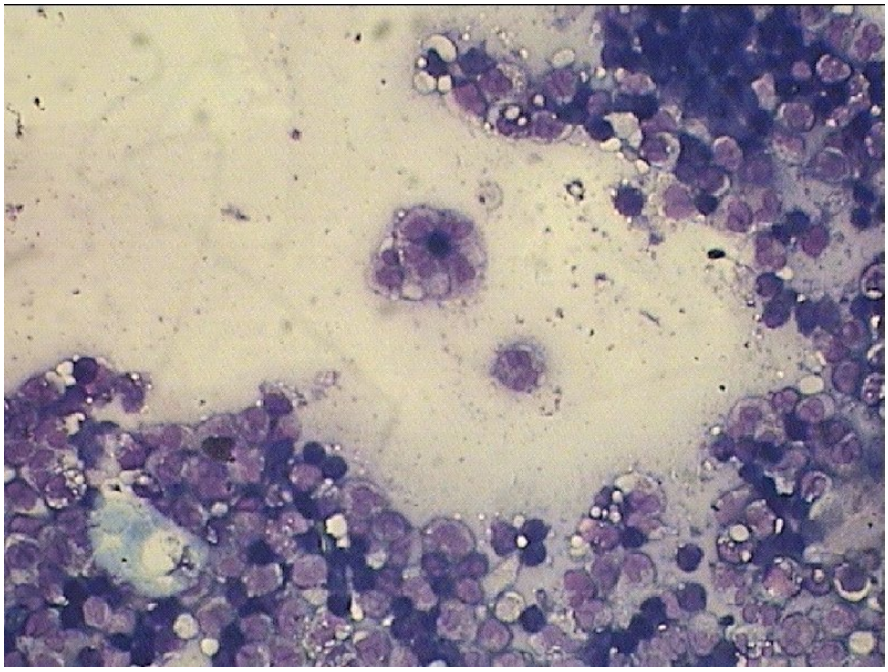


Рисунок 6 − ИВ > 0,5 - преобладание острого воспаления СЯЛ «набухшие», активированные. Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. х400

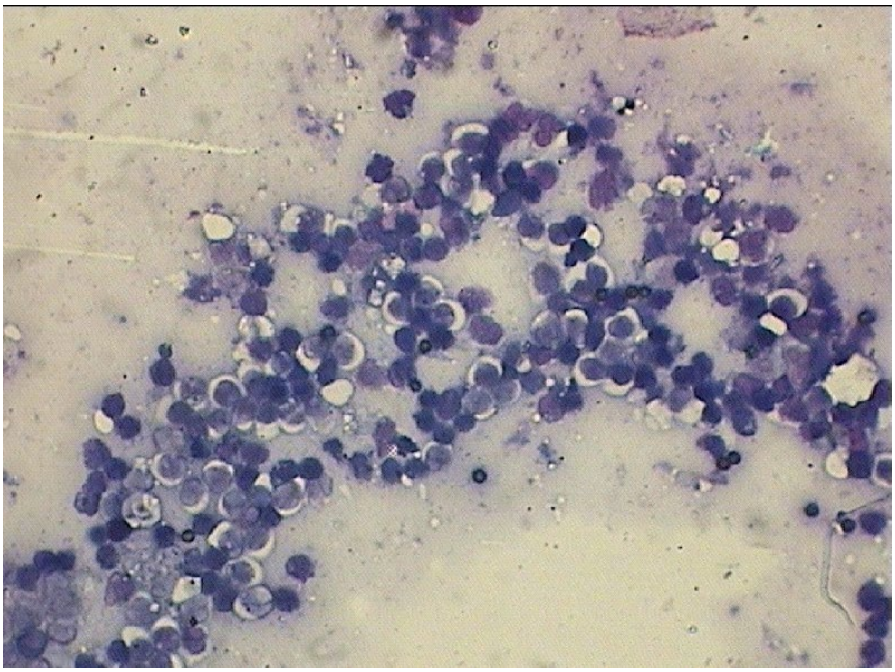


Рисунок 7 − ИВ < 0,5 - затухание острого воспаления, зрелые грануляции СЯЛ в основном в виде дегенеративных форм с нечеткими контурами округлившихся ядер. Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. х400

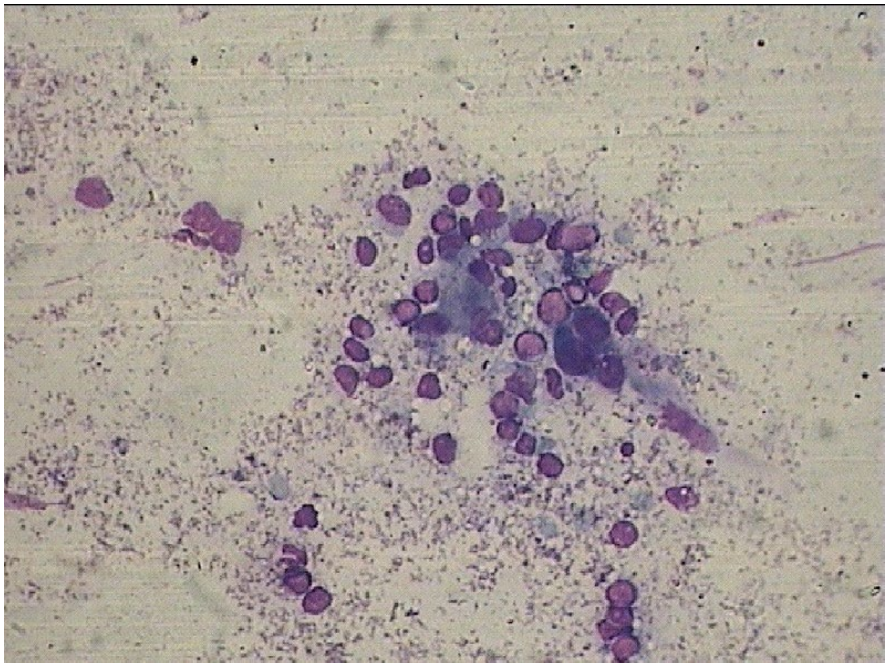


Рисунок 8 − Ранняя стадия регенерации. Скопление базальных и парабазальных клеток. Практическое отсутствие СЯЛ, Лм и МФ. Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. х400

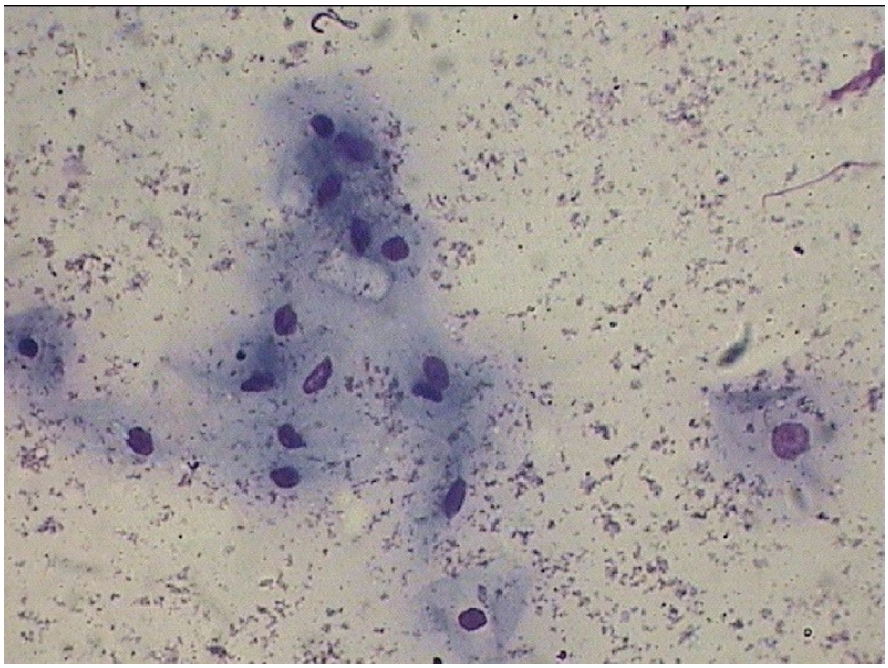


Рисунок 9 − Наличие в мазках преимущественно шиповатых клеток (поздняя стадия регенерации). Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. х400

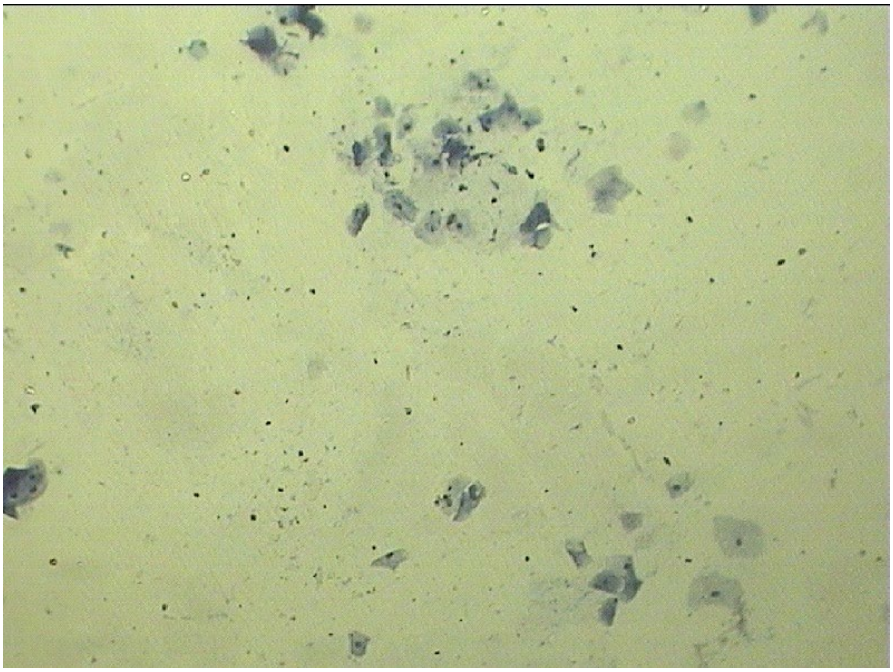


Рисунок 10 − Преобладание в мазках поверхностных эпителиальных клеток с пикнотичными ядрами (полноценное завершение регенерации, цитоморфологическое выздоровление). Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. х200

2.5 Определение скорости восстановления жевательной функции и степени окклюзии в послеоперационном периоде реабилитации

Оптимизация функции жевания является первоочередной целью хирургического лечения и ортопедического пособия у пациентов стоматологического профиля, независимо от способов вмешательств, направленных на восстановление анатомической целостности зубочелюстной системы.

Оценка эффективности жевательной функции (ЖЭ) по методу В.Н. Трезубова и др. [98], параллельно с компьютерной оценкой степени окклюзии (СО) (Приложение №5) проведена у 180 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в послеоперационной реабилитации с разделением их на две группы: контрольная (I) – 60 пациентов, которым в послеоперационном периоде оказывался традиционный комплекс реабилитационных пособий и – основная: II (120 сл.), где применялись зубные и зубочелюстные протезы с точечными ретенциями.

Применение методики оценки жевательной эффективности с использованием компьютерной программы на ранних этапах исследования проводилось в комплексе с оценкой жевательной эффективности по методике В.Н. Трезубова [98]. Сравнительный анализ полученных результатов позволил сделать вывод об идентичности полученных результатов. С учетом затруднений, возникающих у исследуемых пациентов объективной оценкой жевательных проб, результаты, полученные при сканировании окклюзиограмм с применением компьютерной программы, рассматривались нами как инструмент оценки жевательной эффективности. Если брать за основу то, что под жевательной эффективностью мы понимаем степень измельчения определенного объема пищи за определенное время, можно сделать вывод, что повышение количества, а, следовательно, и площади

контакта между зубными рядами, позитивно влияет на возможности измельчения пищи.

При этом, нами проводилось дифференцированное исследование окклюзионных контактов в компьютерной программе. При наличии поражений тканей пародонта, приводящих к невозможности эффективного функционирования зуба в процессе жевания, полученные на окклюзиограмме контакты, заливали воском. Это позволяет не включать площадь «неэффективных контактов» в расчеты жевательной эффективности.

Проводя сравнение предлагаемого нами метода с методикой одонтопарадонтограммы, предложенной В.Ю. Курляндским, мы можем прийти к аналогичному заключению, о наличие связи количества пар окклюзионных контактов и жевательной эффективностью.

Количество и равномерность окклюзионных контактов и количество пар зубов антагонистов, напрямую влияет на эффективность жевания. Это подтверждает большое количество существующих методик статического определения жевательной эффективности.

В качестве исходных данных для функционирования алгоритма оценки ЖЭ на основе определения СО в разработанной нами компьютерной программе использовался скан пластинки базисного воска с окклюзиограммой пациента в центральной окклюзии. Окклюзиограмму получали по методике И.В. Потапова [124]. Восковая пластинка сканировалась на просвет, в результате чего на сканированном изображении окклюзионные контакты различались по яркости, в зависимости от плотности смыкания зубов-антагонистов (рисунок 11). Конечное определение СО производилось путем автоматизированного сравнения с эталонными сканами.

Определения эффективности жевательной функции (ЖЭ) и степени окклюзии (СО) проводились непосредственно перед хирургическим вмешательством, и далее – спустя 10, 20 и 30 дней.

Рисунок 11– Рабочая страница программы для расчета жевательной эффективности на основе определения степени окклюзии

2.6 Определение скорости и объема восстановления речевой функции в послеоперационном периоде реабилитации

У 110 пациентов стоматологического профиля, нуждавшихся в зубочелюстном протезировании и послеоперационной речевой реабилитации, произведено сравнение скорости и объема восстановления речевой функции при традиционном комплексе реабилитационных пособий (40 наблюдений) и в случаях дополнения традиционных методов протезирования использованием зубочелюстных протезов в сочетании со съемными миогимнастическими элементами.

Результаты, полученные в ходе исследования эффективности миогимнастического элемента, освещаются в кандидатской диссертации Мишина Д.Н. выполненной под руководством Н.Е. Митина (СМЭ) собственной конструкции (70 наблюдений) (Приложение №4) (рисунок 12,13).

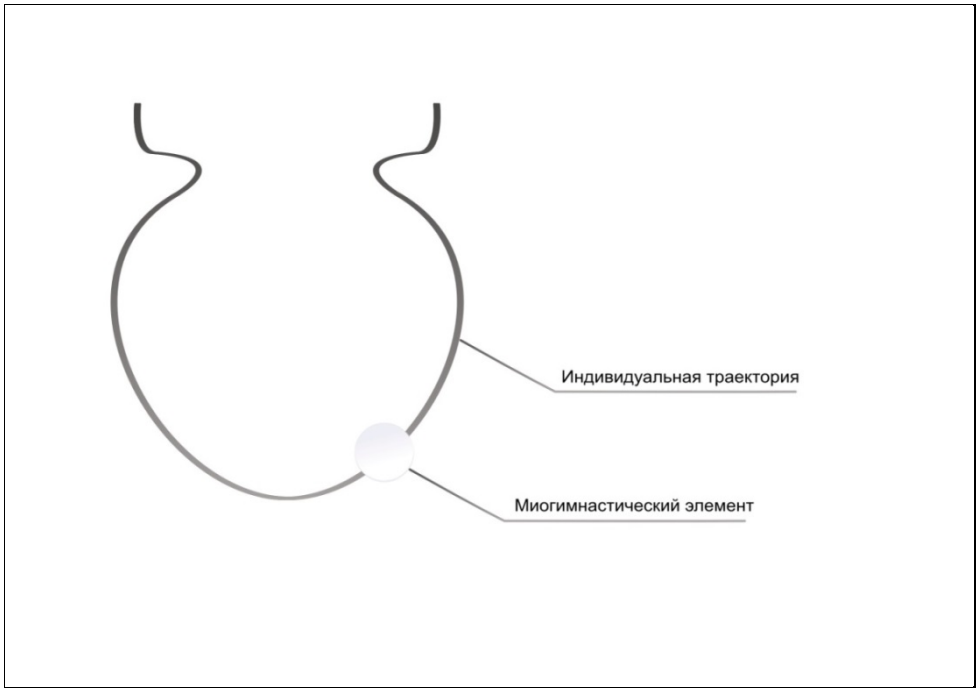


Рисунок 12 – Съемный миогимнастический элемент

Рисунок 13 − Протез с миогимнастическим элементом

Оценка степени восстановления речевой функции производилась до операции, а также на 15 и 30 день после наложения зубочелюстного протеза.

Четкость и скорость произношения оценивались проведением аудиотеста, – пациентам предлагалось произнести с возможно большей

скоростью стандартную скороговорку с обилием шипящих звуков («Шла Саша по шоссе…»).

Четкость произношения (C– clarity) оценивалась по 5 бальной шкале: 1- абсолютно нечеткая речь, 2 – неудовлетворительная четкость речи, 3 – удовлетворительная, 4 – хорошая, 5 – отличная.

Скорость определялась в секундах (T – time) и сравнивалась с усредненным показателем, выведенным для данной скороговорки у 100 студентов и сотрудников кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ (1,68±0,04 сек.). Аналогичный усредненный показатель четкости для того же контингента составил 4,47±0,06 сек.

Исследование качества речи проводилось на материале цифровых записей произвольных рассказов о себе 110 больных и чтения ими тестового материала, объем которого составлял 350 слов. В качестве экспертов выступали специалисты-филологи, имеющие опыт работы с анализом иностранного акцента, с постановкой произношения, с анализом диалектных особенностей произношения, с анализом стилистики средств массовой информации, стилистики и поэтики звучащих текстов (радио, телевидения, текстов художественных произведений): преподаватели кафедры русского языка РязГМУ, аспиранты и студенты, специализирующиеся в данной области. В качестве аудиторов привлекались также, люди без филологического образования, с разным образованием, различным восприятием языка, в том числе врачи-стоматологи.

Третью группу оценок составляли наблюдения самих пациентов, обсуждение самонаблюдений, сравнение качества речи до и после ортопедического лечения. В процессе обсуждения, проводилась психологическая подготовка пациентов к прослушиванию аудиозаписей.

Целью этого было создание максимально комфортных, доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом, которые позволили бы произвести максимально объективную оценку восстановления функции речи.

Учитывалось их мнение о легкости и беспрепятственности течения речевого акта.

Обсуждения проходили в течение нескольких минут после прослушивания. Задача заключалась в исследовании и оценке качества произношения звуков и речи в целом у пациентов основной и контрольной групп для выявления степени восстановления одной из утраченных функций (функции звукообразования) на каждом этапе исследования.

2.7 Методы исследования психоэмоциональных и вегетативных реакций у стоматологических больных в послеоперационном периоде реабилитации, ассоциированные с видом зубочелюстного протеза

2.7.1 Изучение динамики уровней реактивной и личностной тревожности в послеоперационном периоде реабилитации

Для полноценной послеоперационной реабилитации стоматологических пациентов большое значение имеет адекватная и более быстрая оптимизация психоэмоционального и вегетативного статусов со снижением показателей уровня тревожности.

Примеров анализа влияния новых видов зубочелюстных протезов на динамику уровня тревожности в послеоперационном реабилитационном периоде у стоматологических больных нами не обнаружено, и потому, в данном исследовании анализировалась динамика показателей личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности в данном периоде в условиях применения нового, модифицированного зубочелюстного протеза в сравнении с традиционно применявшимся.

Показатели уровней тревожности по ходу и результатам послеоперационной реабилитации определены у 458 пациентов

стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет и разделены на три основные группы: контрольная (I), (60 сл.) – с применением в послеоперационном периоде традиционного комплекса реабилитационных пособий, группа из 292 пациентов с дефектами зубного ряда (II) требующими непосредственного съемного зубопротезирования, причиной образования дефектов в которой являлись: кариес и воспалительные заболевания пародонта (72,6 %), а также переломы челюстей (27,4 %) и группа из 106 онкологических больных с дефектами челюстей, нуждающихся в зубочелюстном протезировании (III).

В основных группах (II-III), в отличие от контрольной (I), использовались зубочелюстные протезы с насечками в виде точечных углублений, нанесенных шаровидными борами диаметром 1 мм с интервалом 5 мм в виде вариабельного числа рядов, определяемого размерами протеза.

Насечки наносились на поверхность протеза, прилегающую к раневой, и покрывались слоем мази «Виспосил» [153].

Психологическое тестирование с использованием программы для оценки тревожности по методики Спилбергера – Ханина (Приложение №7) во всех выделенных группах проводилось после объявления диагноза и плана лечения, включавшего в себя предстоящее оперативное вмешательство с разъяснением его возможных дальнейших последствий и плана послеоперационной реабилитации, и повторялось спустя 10, 30 и 90 дней после оперативного вмешательства и протезирования.

Тест Спилбергера–Ханина (Приложение №7), является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности) и личностной (фоновой) тревожности как устойчивой характеристики человека.

Тест состоит из двух частей, раздельно оценивающих реактивную (РТ) (высказывания номер 1-20) и личностную (ЛТ) (высказывания номер 21-40) тревожность.

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формуле $\mathbf{T = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35}$, где в случае **РТ** $\mathbf{\Sigma_1}$- сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\mathbf{\Sigma_2}$ – сумма зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), а в случае **ЛТ**$\mathbf{\Sigma_1}$- сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23,24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\mathbf{\Sigma_2}$ - сумма остальных цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Полученные показатели интерпретируются как «низкая тревожность» при **Т**< 30, «умеренная тревожность» при **Т** = 31-45, и – «высокая тревожность» при **Т**> 46.

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания.

Высокий уровень тревожности предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Низкая тревожность, наоборот, требует особого внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности.

Следует заметить, что иногда низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем виде».

2.7.2 Исследование динамики двигательно-поведенческих и вегетативных реакций в послеоперационном периоде реабилитации

Двигательно-поведенческие и вегетативные реакции, полученные при определениях психоэмоционального статуса в послеоперационном периоде

реабилитации, изучены у 458 пациентов стоматологического профиля в пределах ранее выделенных групп и при сравнении последних.

Спектр определения двигательно-поведенческих реакций включал в себя комплекс симптомов, характеризующих уровень внутренней напряженности (ВН), – сжатие губ, отсутствие улыбки, страдальческое выражение лица, напряжение жевательных мышц, изменение выражения глаз, пассивность позы, длительность сохранения ее, а также признаки, отражающие уровень нервной возбудимости (НВ): частое моргание, а также двигательное беспокойство, хаотичность движений, частая смена поз в стоматологическом кресле, или, напротив, вялость движений.

Среди вегетативных реакций (ВР) фиксировались: частота сердечных сокращений, гиперемия или бледность кожных покровов лица и шеи, гипергидроз лица и ладоней, расширение зрачков, гипер- или гипофункция слюнных желез.

Частота обнаружения той или иной реакции в % преобразовывалась в условные баллы (УБ): до 10 % – 1; 11-20 % – 2; 21–30 % – 3 и т.д.

В дальнейшем, в каждом временном определении УБ суммировались, отдельно для показателей ВН (максим. – 50 УБ), НВ (макс. – 30 УБ) и ВР (макс. – 70 УБ).

Полученные результаты в сумме рассматривались как характеризующие в целом соответствующий комплекс реакций для данной группы в каждом определении, – совокупная суммарная характеристика группы (ССХГ) в том или ином аспекте.

Неотъемлемым составным компонентом психоэмоционального напряжения является повышение вегетативного тонуса (ВТ), что, в частности, находит свое объективное отражение в пропорциональном усилении функции потовых желез, ведущем к увеличению их электрической активности и сопровождающемся повышением общей электрокожной активности (ЭКА) в ответ на различные внешние стимулы.

2.7.3 Методы исследования вегетативного тонуса в послеоперационном периоде реабилитации

Изучение вегетативного тонуса в послеоперационном периоде реабилитации проведено у 158 стоматологических пациентов, у которых определялась «эмоциональная» ЭКА, регистрируемая с поверхности ладоней, и возникающая в ответ на стандартные прямоугольные импульсы постоянного тока (стимулирующий ток >0,01А, время раздражения – 30 с., с интервалами не менее 20 с., не более 5 раз) с пропорциональным компьютерным преобразованием напряжения в сопротивление (приложение №1).

Таким образом, показатели электрокожного сопротивления (ЭКС) позволяли достоверно судить о ВТ пациента. Электроды накладывались на кожу 2-ой фаланги среднего пальца и в продолжение 2-го межпальцевого промежутка на расстоянии 3 см от кожной складки, находящейся на уровне пястно-фаланговых суставов. Стимуляция и регистрация осуществлялись одной парой электродов.

Определения проводились перед оперативным вмешательством, а также в сроки 10 и 30 дней после него.

Среди обследуемых выделялись: контрольная группа (I) – 40 пациентов с применением традиционного комплекса реабилитационных пособий в послеоперационном периоде; группа из 58 пациентов с дефектами зубного ряда, требующими непосредственного съемного зубопротезирования (II) и группа из 60 онкологических больных с дефектами челюстей, нуждающихся в зубочелюстном протезировании (III).

В основных группах (II-III) традиционные методы протезирования дополнялись использованием зубных и челюстных протезов с насечками в виде точечных углублений на раневой поверхности протеза, покрытой слоем мази «Виспосил» [153].

По частоте изменений и амплитуде показаний ЭКС выделялись следующие уровни ВТ:

I. Низкий: редкие изменения уровня ЭКА до 3 раз, низкая амплитуда до 10 кОм, быстрое восстановление базового уровня.

II. Средний: изменения уровня ЭКА средней частоты – 4-8 раз, средняя амплитуда изменений – 11-30 кОм, восстанавливается до исходного уровня через продолжительный временной отрезок.

III. Высокий уровень: высокая частота изменения уровня ЭКА – 8 и более раз, высокая амплитуда изменений – 31 и более кОм, не восстанавливается до исходного уровня.

Интегральная оценка динамики проводилась путем расчета внутригруппового индекса вегетативного тонуса (ИВТ), определяемого как отношение суммарного числа случаев с низким и средним уровнем к количеству наблюдений с высоким уровнем ВТ.

2.8 Определение степени влияния стоматологического здоровья на качество жизни

Показатели степени влияния стоматологического здоровья (СВСЗ) на степень качества жизни больных определены у 458 пациентов стоматологического профиля с использованием методики OHIP-14 до операции (исходно) и в сроки – 10, 20, 30 и 90 дней после оперативного вмешательства и протезирования при аналогичном разделении больных на контрольную и 2 основные группы.

При оценке результатов определения СВСЗ выделялись 3 основные группы рассматриваемых показателей: положительное влияние (0-20 баллов), удовлетворительное (21-46 баллов) и отрицательное (47-70 баллов).

2.9 Статистические методы исследования

Для обработки полученных результатов использовался пакет программ Statistica 10.0.

Первичные показатели анализировались с помощью методов вариационной статистики.

При этом решались следующие задачи:

- Определение репрезентативности групп.
- Сравнение средних групповых показателей, полученных в динамике наблюдения.
- Определение степени достоверности разницы между средними групповыми показателями.

Количественные признаки анализировались на предмет соответствия нормальному распределению.

При наличии нормального распределения, выбирались параметры:

- Среднее значение показателя.
- Среднеквадратическое отклонение.
- Стандартная ошибка среднего показателя

В противном случае:

- Медиана.
- Верхний и нижний квартили (диапазон 25-75 % значений выборки).

Для оценки соответствия изучаемых показателей нормальному распределению использовали метод проверки статистических гипотез о виде распределения.

Нулевая гипотеза о нормальном распределении полученных показателей проверялась критерием Шапиро-Уилка.

В качестве порогового уровня статистической значимости p было принято значение 0,05. Оценка достоверности разницы средних показателей

в исследованных группах производилась с использованием t-критерия Стьюдента.

В случаях, когда отмечались значения $p<0,005$ принималась альтернативная гипотеза о существовании достоверной разницы между сравниваемыми средними значениями.

В случаях, когда отмечались значения $p>0,05$ устанавливалось отсутствие достоверной разницы между средними значениями.

Поскольку полученные показатели отвечали свойствам нормального распределения, то границы доверительного интервала определялись как $M \pm txm$, где M – средняя арифметическая, m – стандартная ошибка средней, t – значение критерия Стьюдента выбранного для числа степеней свободы n-1 (n – численность группы) в соответствии с выбранным уровнем статистической значимости.

Глава 3. Собственные данные

3.1 Влияние наличия ретенций, а также их конфигурации на базисе зубочелюстного протеза на скорость вымывания лекарственных препаратов in vitro

В качестве одного из методов уменьшения механического раздражения и ускорения заживления послеоперационной раны в стоматологии широко распространено введение лекарственных препаратов с контактной поверхности протеза. В связи с особенностями метода, лекарственный препарат должен иметь низкую растворимость в ротовой жидкости и раневом отделяемом, и обеспечивать сохранение терапевтических свойств в течение интервалов между приемами пищи длительностью не менее 5 часов.

Очевидно, что искусственные ретенции различной формы, наносимые на изначально гладкую раневую поверхность протеза, должны увеличивать степень адгезии лекарственных препаратов, и тем самым, замедлять их всасывание, причем оба указанных эффекта должны зависеть еще и от вида применяемого препарата.

Для исследования in vitro сравнительной степени адгезии препаратов применялись акриловые базисы протезов, на которые с помощью стоматологических боров наносились различные по глубине и конфигурации рисунки ретенционных пунктов: точечные, штриховые, зигзагообразные и комбинированные. При этом использовались 4 варианта конфигурации ретенционных пунктов, описанные во II главе.

В ретенционные пункты протеза вносилась мазь «Актовегин» (1 г), или фитомазь «Виспосил» (1 г) [153], после чего протезы помещались в изотонический раствор хлорида натрия и экспонировались при температуре 37º С в течение 5 часов. По истечении времени экспонирования проводилась

регистрация наличия в ретенционных пунктах остатков лекарственного вещества с использованием фотоэлектрического колориметра. Полученные результаты представлены в таблице 5 и изображены на рисунке 14.

Таблица 5 – Остаточные количества препаратов «Актовегин» и «Виспосил» на базисе зубочелюстного протеза после 5-часовой экспозиции в физиологическом растворе при 37° С (%) в зависимости от конфигурации ретенций

Лек. препараты **Варианты ретенций**	**Актовегин**	**Виспосил**
I	87 %	89 %
II	82 %	86 %
III	84 %	87 %
IV	77 %	80 %
Контроль	51 %	57 %

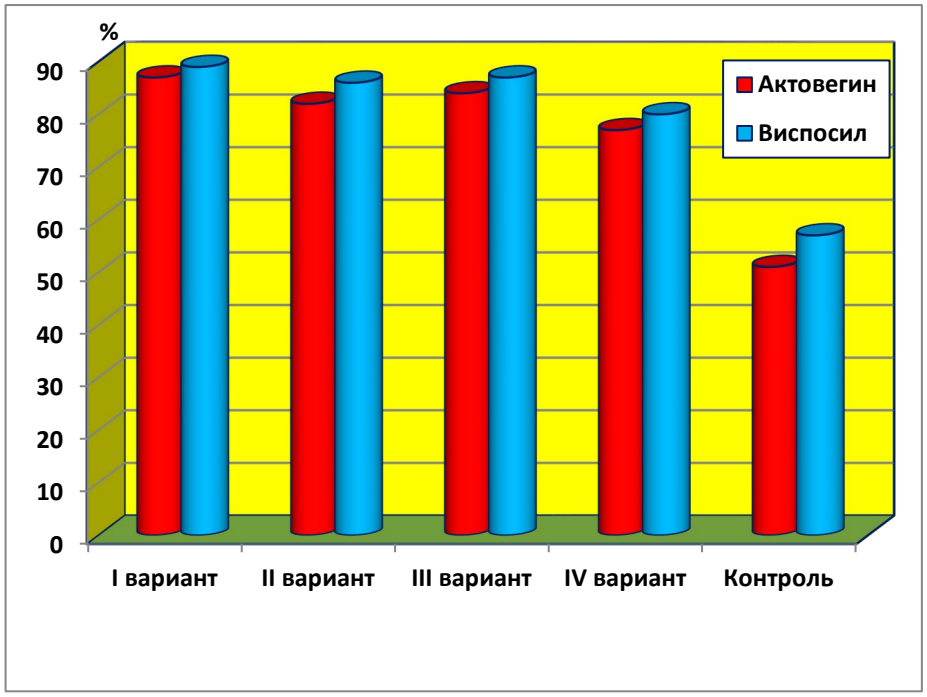


Рисунок 14 – Влияние наличия и конфигурации ретенций базиса зубочелюстного протеза на скорость вымывания лекарственных препаратов in vivo (остаточное количество после 5-часовой экспозиции, (в %)

Аналогичным образом исследована способность к адгезии данных лекарственных препаратов у образцов иммедиат-протезов с сеткой.

Полученные результаты представлены в таблице 6 и отражены на рисунке 15.

Таблица 6 – Остаточные количества препаратов «Актовегин» и «Виспосил» на базисе иммедиат-протеза с сеткой после 5-часовой экспозиции в физиологическом растворе при 37º С (%) в зависимости от конфигурации ретенций

Лек. препараты / Варианты ретенций	Актовегин	Виспосил
I	65 %	73 %
Контроль	51 %	57 %

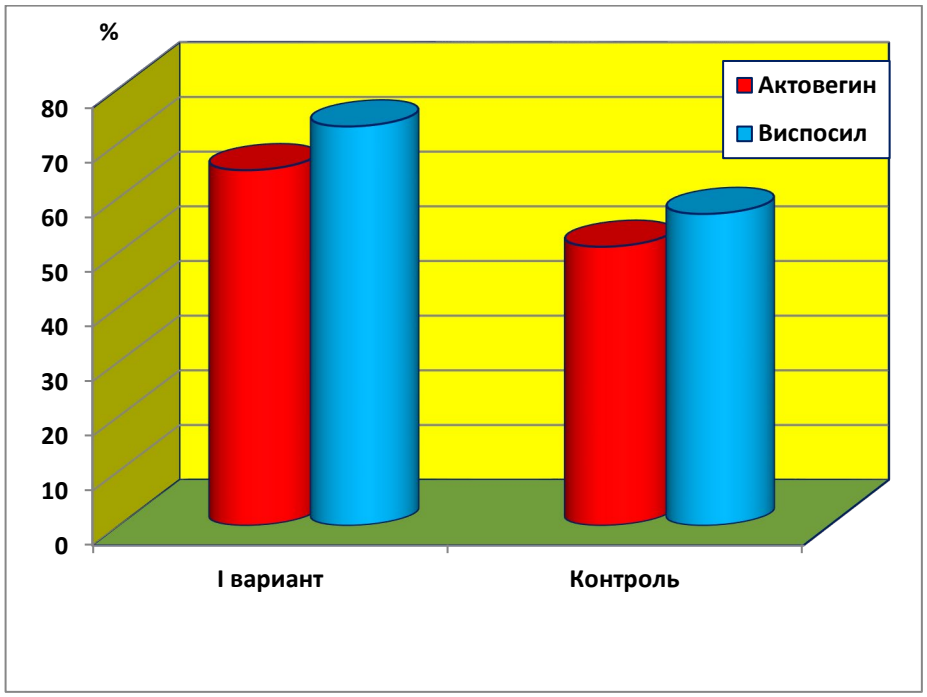


Рисунок 15 – Влияние наличия сетки на базисе иммедиат-протеза на скорость вымывания лекарственных препаратов in vivo (остаточное количество после 5-часовой экспозиции, (в %)

Максимальная степень адгезии лекарственных препаратов отмечена при использовании варианта ретенций базиса зубочелюстного протеза в виде

рядов точечных углублений диаметром 1-3 мм с интервалом 5 мм, где насечки обеспечивали более длительное сохранение препарата.

При этом препарат «Виспосил» после 5-часового экспонирования в изотоническом растворе характеризовался лучшими показателями сохранности на базисе, нежели «Актовегин» (соответственно – 89 и 87 % по сравнению с 57 и 51 % в контроле (протез без насечек на базисе).

Аналогичным образом, после 5-часовой экспозиции в изотоническом растворе при 37º С определялись остаточные количества препаратов «Актовегин» и «Виспосил» помещенных в полость иммедиат-протеза с сеткой.

Остаточные количества препаратов «Виспосил» и «Актовегин» здесь также достоверно превышали показатели контроля (соответственно: 65 и 73% - 51 и 57 % соотвественно)

С учетом более выраженного адгезивного эффекта обнаруживаемого протеза с множественными точечными ретенциями базиса и особенно выраженного в отношении фитомази «Виспосил» в дальнейшем, in vivo использовались в основном лишь данные модификация и препарат.

Иммедиат-протез с сеткой, также в сочетании с фитомазью «Виспосил» [153], находил себе применение преимущественно в случаях одновременного удаления фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей (2,6% от общего числа модифицированных протезов).

3.2 Анализ влияния конфигурации ретенционных пунктов базиса непосредственного съемного и/или челюстного протезов на репарацию послеоперационной раны in vivo

В предыдущей главе нами показано, что нанесение ретенций различной формы на основание базиса непосредственного зубочелюстного протеза

значительно замедляет вымывание нанесенных на него препаратов «Виспосил» и «Актовегин».

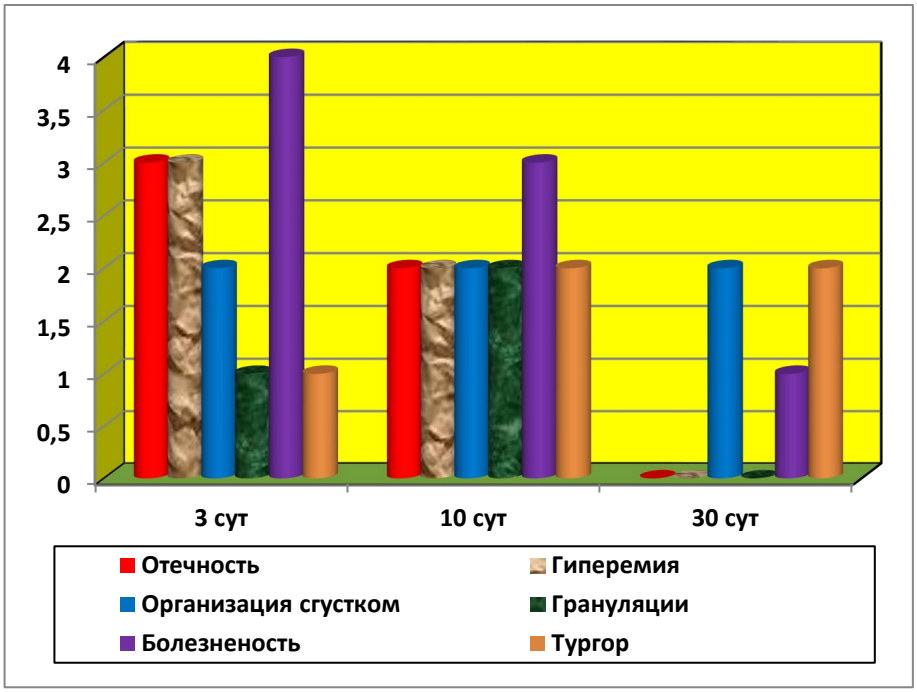
При этом наибольший эффект был отмечен при сочетании точечной формы ретенций на базисе иммедиат-протезов с заполнением их фитомазью «Виспосил». В дальнейших исследованиях использовалась данная фитомазь.

3.2.1 Визуально-пальпаторный контроль динамики репарации операционной раны

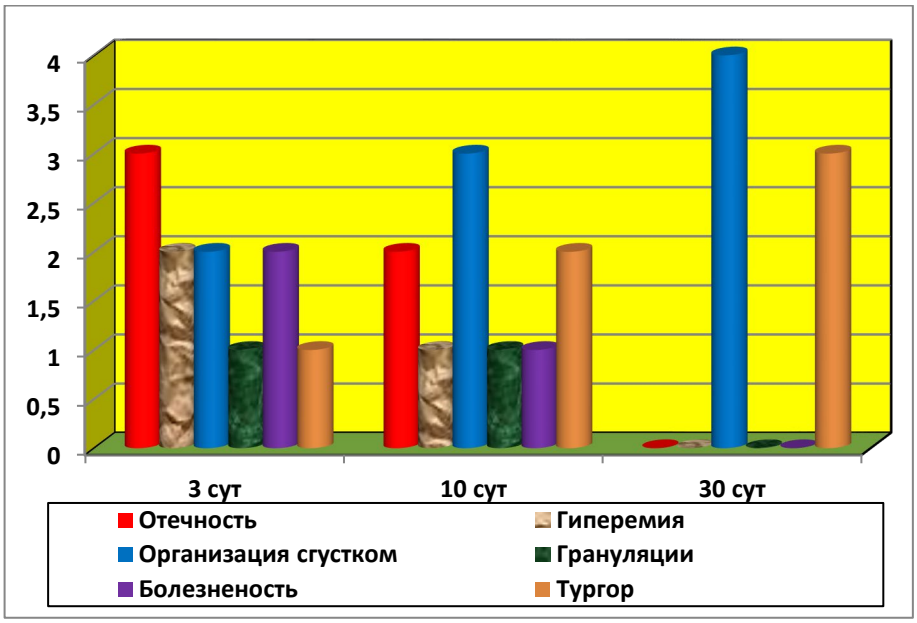
Для разрешения этого вопроса, среди 180 стоматологических пациентов, подвергшихся хирургическим вмешательствам различного вида и степени, получены результаты, представленные в таблице 7 и отраженные на рисунках 16-17.

Таблица 7 – Данные визуально-пальпаторного мониторинга состояния послеоперационной раны в зависимости от конфигурации ретенционных пунктов базиса зубочелюстного протеза

Группы / **Показатели**	**Контрольная группа (I)**			**Основная группа (II)**								
				II p			**IIt**			**IIz**		
	3 сут	**10 сут**	**30 сут**	**3 сут**	**10 сут**	**30 сут**	**3 сут**	**10 сут**	**30 сут**	**3 сут**	**10 сут**	**30 сут**
Отечность	3	2	-	2	1	-	3	2	-	3	2	-
Гиперемия	3	2	-	2	-	-	2	1	-	3	2	-
Организация сгустком	2	2	2	3	4	4	2	3	4	2	3	3
Наличие грануляций	1	2	-	-	-	-	1	1	-	1	2	-
Болезненность	4	3	1	1	1	-	2	1	-	3	1	-
Тургор	1	2	2	2	3	3	1	2	3	1	2	3
Количество выступающих костных краев	4	3	2	3	2	1	4	3	1	4	2	1
Эластичность	1	2	2	2	2	3	1	2	3	1	2	3
Подвижность	4	3	2	3		1	4	3	1	4	2	1

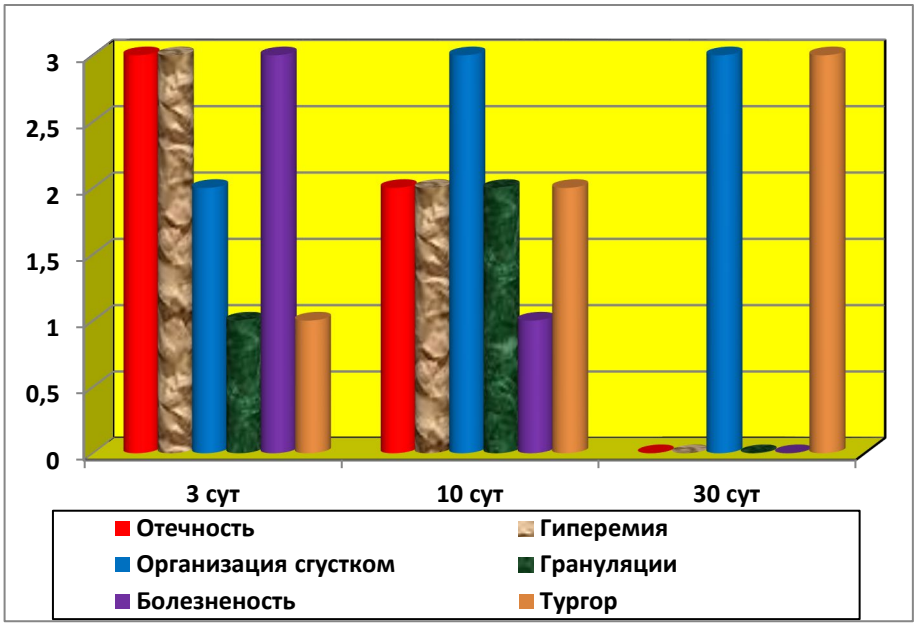


I группа (контрольная)

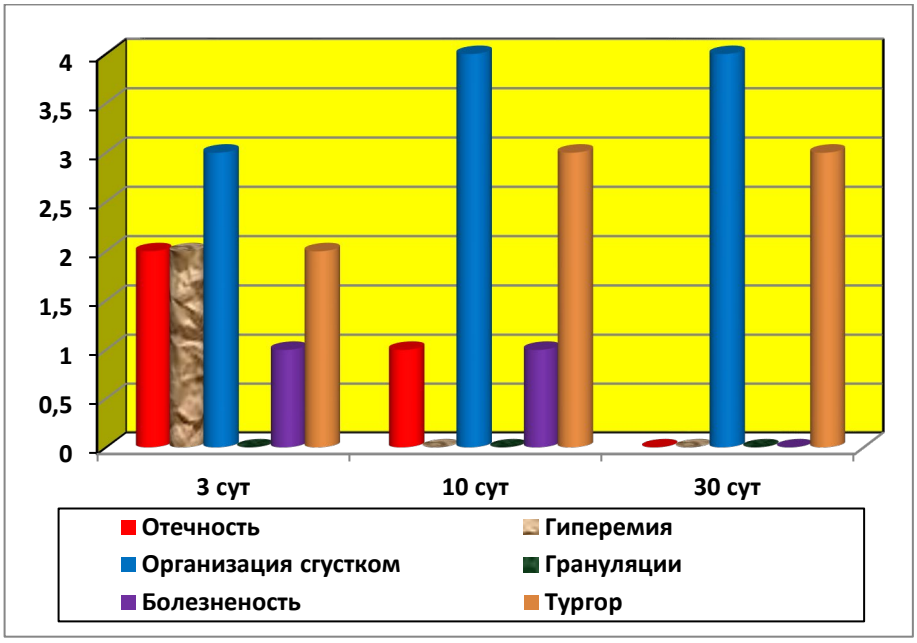


Подгруппа IIt (штриховидные ретенции)

Рисунок 16 – Сравнительная динамика купирования воспаления в послеоперационной ране под базисом зубочелюстного протеза под действием мази «Виспосил» по данным визуально-пальпаторного контроля (отечность, гиперемия, организация сгустком, грануляции) в зависимости от конфигурации распределения точечных ретенций на раневой поверхности протеза

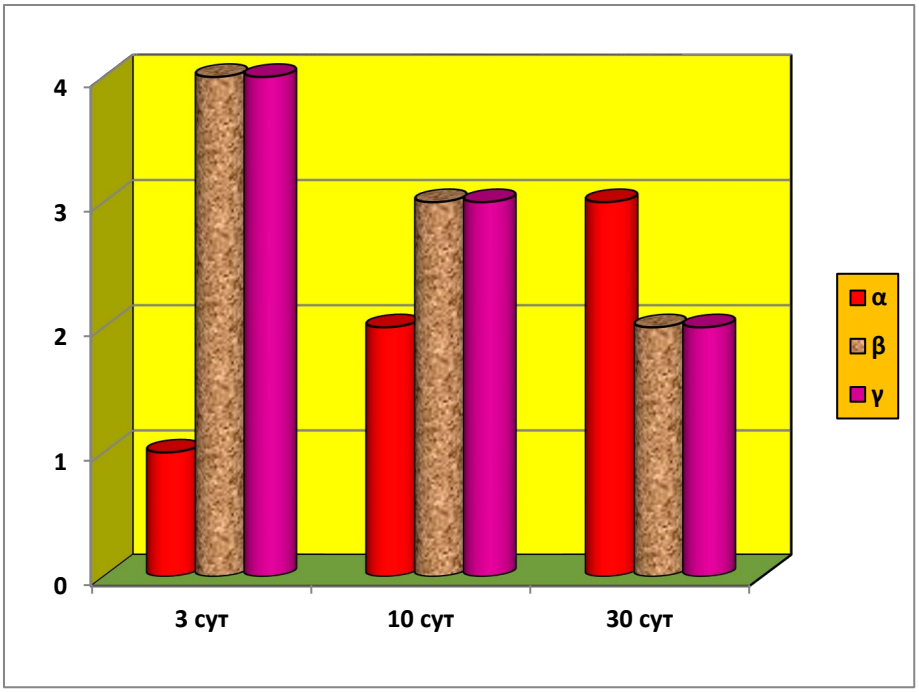


Подгруппа IIz (зигзагообразные ретенции)

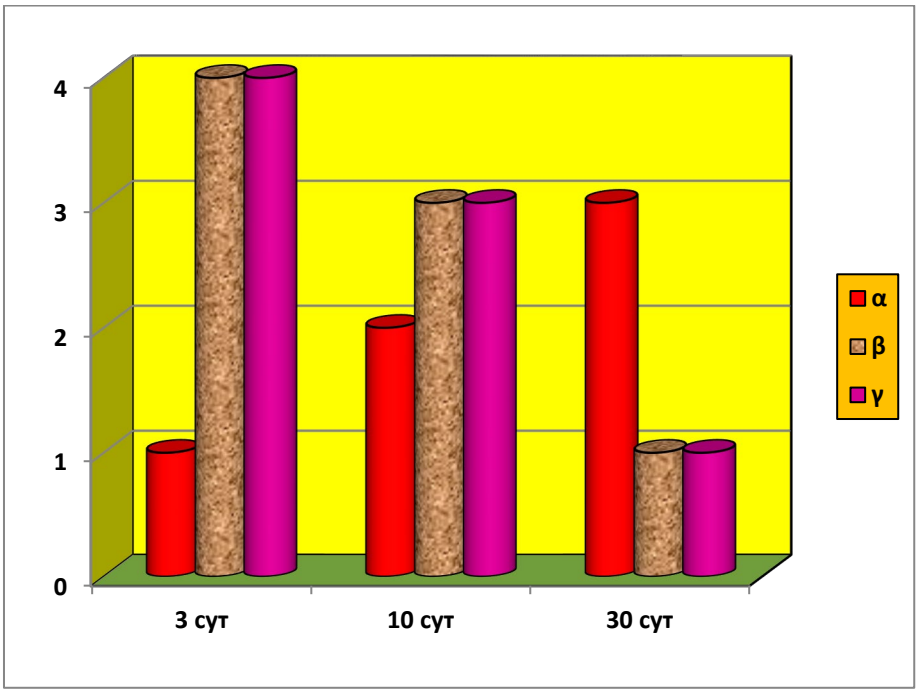


Подгруппа IIp (точечные ретенции)

Рисунок 16 (продолжение) – Сравнительная динамика купирования воспаления в послеоперационной ране под базисом зубочелюстного протеза под действием мази «Виспосил» по данным визуально-пальпаторного контроля (отечность, гиперемия, организация сгустком, грануляции) в зависимости от конфигурации распределения точечных ретенций на раневой поверхности протеза

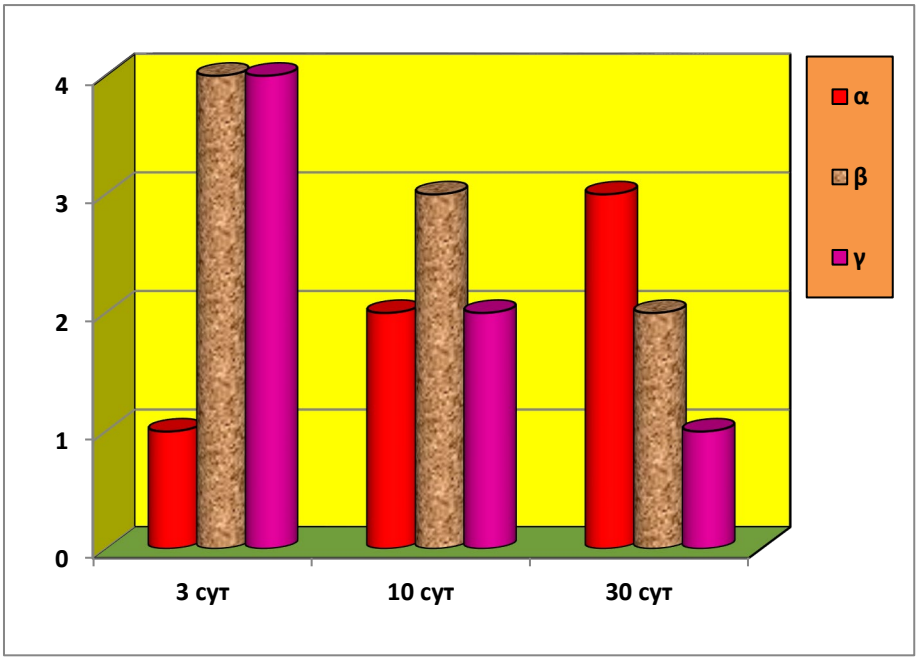


I группа. (Контрольная)

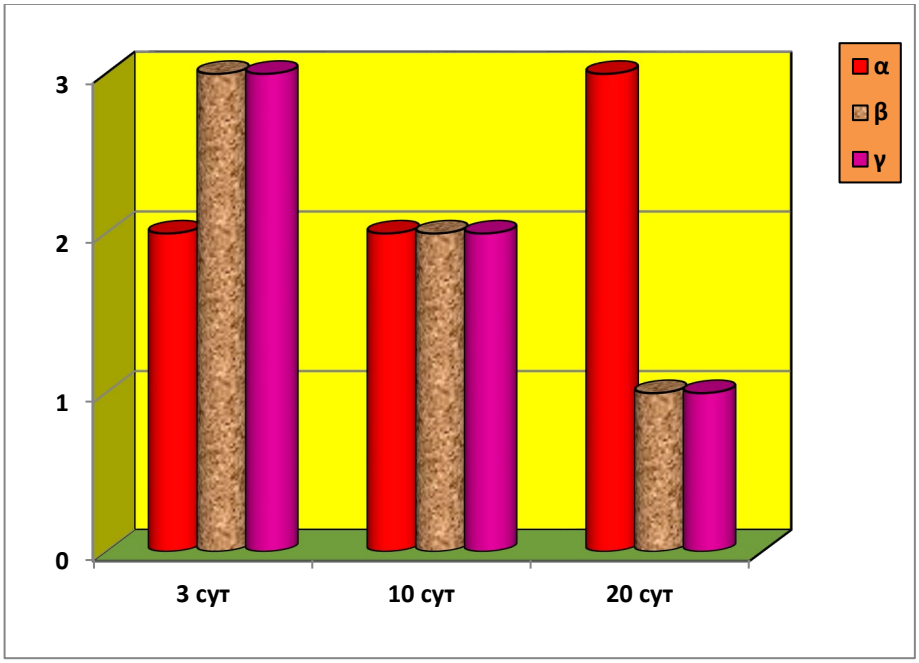


Подгруппа II t (штриховидные ретенции)

Рисунок 17 – Сравнительная динамика репарации операционной раны под базисом зубочелюстного протеза под действием мази «Виспосил» по данным визуально-пальпаторного контроля: (**α** – количество выступающих костных краев; **β** - эластичность; **γ** – подвижность)



Подгруппа II z (зигзагообразные ретенции)



Подгруппа II p (точечные ретенции)

Рисунок 17(продолжение) – Сравнительная динамика репарации операционной раны под базисом зубочелюстного протеза под действием мази «Виспосил» по данным визуально-пальпаторного контроля: (**α** – количество выступающих костных краев; **β** - эластичность; **γ** – подвижность)

Исходя из полученных результатов, констатируется, что отечность во всех выделенных группах и подгруппах исчезала к 30 дню после наложения протеза. Однако лишь в подгруппе IIр ее показатель снижался до минимального уровня (1) уже к 10 дню.

В этой же подгруппе на 10 день не зафиксировано гиперемии, хотя в прочих, при определении в то же время, она определялась как умеренная (2).

Признаки организации сгустком и практическое отсутствие грануляционной ткани при всех временных определениях отмечены также исключительно в подгруппе IIр.

В прочих подгруппах соответственные показатели мало отличались от контрольных.

Полное исчезновение признаков отечности в обеих группах фиксировалось к 30-му дню, но в подгруппе IIр, в отличие от прочих, уже к 10-му дню регистрировались лишь минимальные ее признаки.

Гиперемия в подгруппе IIр не наблюдалась уже к 10-му дню, в то время как в прочих подгруппах основной группы и в контроле признаки ее исчезали лишь при осмотре на 30-й день.

Организация сгустком с 10-го дня наблюдения преобладала, достигая значительной степени (4), лишь в подгруппе IIр. В контрольной группе, независимо от дня наблюдения, соответствующие показатели имели постоянное, умеренное значение (2).

В прочих подгруппах основной группы с 10 дня констатировалось некоторое улучшение, выраженное в меньшей степени по сравнению с подгруппой IIр (3).

В этой же подгруппе (IIр) за весь период послеоперационного наблюдения отмечено преобладание случаев с отсутствием грануляций, в то время как в контрольной группе и прочих подгруппах основной группы они регулярно регистрировались, начиная с 3-го дня и исчезая к 30-му.

Степень болезненности, имея общую тенденцию к снижению, полностью исчезала к 30-му дню лишь в основной группе при наименьшей степени выраженности за весь период наблюдения в подгруппе IIр.

Степень нарастания тургора в подгруппе IIр достигала максимума к 10 дню, а в прочих основных лишь к 30-му (3), в то время как в контрольной группе к тому же сроку тургор определялся лишь как умеренный.

Во IIр подгруппе на протяжении 30 дней наблюдения констатировано более быстрое и выраженное уменьшение количества выступающих костных краев, причем если во всех трех основных подгруппах его значения к 30 дню становились минимальными (1), то в контрольной они соответствовали в тот же срок лишь умеренной степени (2).

Преобладающее повышение показателей эластичности и снижение подвижности во всех основных подгруппах, по сравнению с контролем, в наибольшей степени демонстрировалось к 30-му дню наблюдения, но скорость изменения перечисленных значений также была заметно выше в IIр группе.

Болезненность к 30-му дню отсутствовала во всех группах, кроме контрольной, но на 3-й день была минимальной лишь в IIр группе.

Таким образом, исходя из полученных результатов, следует полагать, что зубочелюстные протезы с наличием ретенционных пунктов, нанесенных на их базис в сочетании с использованием мази «Виспосил», способствуют более быстрому восстановлению подлежащих тканей, поврежденных операцией, по сравнению с аналогичными стандартными протезами.

При этом наибольшую эффективность показывает применение модификации протезов с конфигурацией рядового расположения точечных ретенционных пунктов на их базисе.

Отсюда следует, что применение подобной конфигурации точечных ретенций на раневой поверхности базиса зубочелюстного протеза в постоперационном периоде является оптимальным по сравнению со штриховой и зигзагообразной.

3.2.2 Цитоморфологифческая характеристика заживления операционной раны в зависимости от способа зубочелюстного протезирования

Раневой процесс является сложной вариабельной совокупностью процессов альтерации, экссудации, пролиферации и регенерации. К тому же, все четыре названных патологических процесса всегда в той или иной степени перекрываются, «накладываются» друг на друга во времени. Вместе с тем, общая динамика развития воспаления и регенерации с высокой степенью достоверности может быть проиллюстрирована и объективно документирована цитоморфологическими исследовании мазков с раневой поверхности (таблица 8).

Таблица 8 – Цитологическая динамика заживления операционной раны в зависимости от формы ее стимуляции (стадии репарации – рисунок 14-18) (M±m)

Вид протеза / Время	Обычный		Модифицированный	
	Стадия	**%**	**Стадия**	**%**
Исходно	1	100	1	100
3 дня	2	76,3 ± 6,0	2	89,5 ± 3,7
10 дней	3	82,2 ± 5,4	4	91,7 ± 3,3
30 дней	4	86,7 ± 4,8	5	95,1 ± 2,6

Исходя из данных, приведенных в таблице 8 и отображенных на рисунке 18, следует полагать, что применение модифицированных зубочелюстных протезов с нанесением на их базис мази «Виспосил» [153] существенно ускоряет заживление операционной раны, приводя, в подавляющем большинстве случаев, к полноценной цитоморфологической репарации к 30 дню послеперационного периода, в то время как при использовании зубочелюстных протезов обычной конструкции, с

применением той же фитомази, к 30-му дню достигается лишь четвертая, поздняя стадия регенерации.

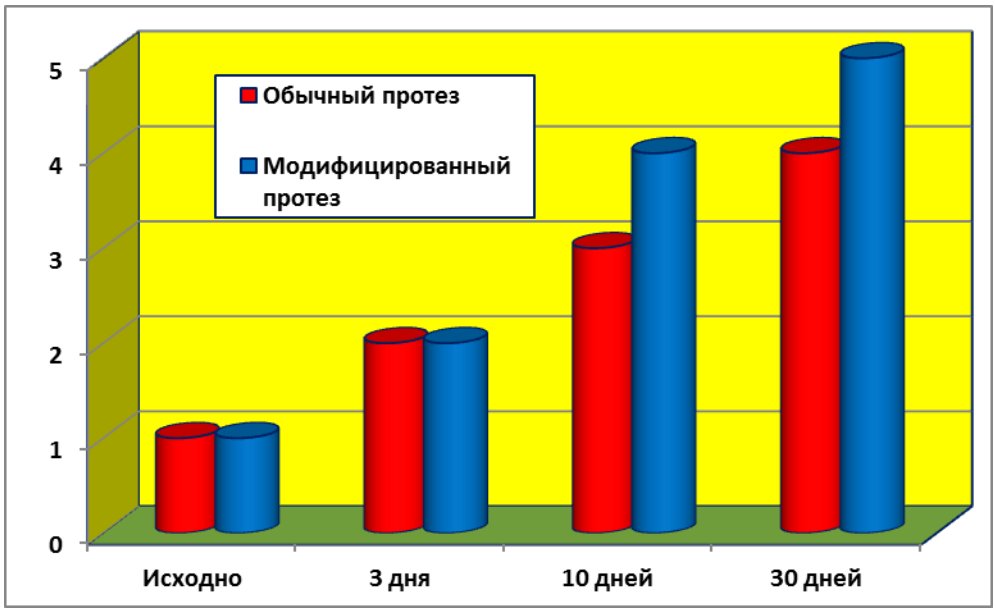


Рисунок 18 – Постадийная динамика цитоморфологических признаков репарации операционной раны в зависимости от типа применяемого зубочелюстного протеза

3.3 Сравнительная динамика восстановления жевательной функции в послеоперационном периоде реабилитации в зависимости от способа зубочелюстного протезирования

Оптимизация функции жевания является первоочередной целью хирургического лечения и ортопедического пособия у пациентов стоматологического профиля, независимо от способов вмешательств, направленных на восстановление анатомической целостности зубочелюстной системы.

Оценка эффективности жевательной функции по методу В.Н. Трезубова и др. (2010) [98] параллельно с компьютерной оценкой степени

окклюзии проведена у 180 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в послеоперационной реабилитации с разделением их на две группы: контрольная (I) – 60 пациентов, которым в послеоперационном периоде оказывался традиционный комплекс реабилитационных пособий и – основная: II (120 сл.), где применялись зубочелюстные протезы с точечными ретенциями.

Определения эффективности жевательной функции (ЖЭ) и степени окклюзии (СО) проводились непосредственно перед хирургическим вмешательством и далее – спустя 10, 20 и 30 дней.

Полученные результаты представлены в таблице 9 и отражены на рисунке 19.

Таблица 9 – Сравнительная динамика показателей эффективности жевательной функции и степени окклюзии у стоматологических пациентов в послеоперационном периоде реабилитации (M±m %)

Период реабилитации	**Эффективность жевательной функции**		**Степень окклюзии**	
	I группа	**II группа**	**I группа**	**II группа**
Исходно	51,3 ± 6,5	52,1 ± 4,6	45,1 ± 6,4	46,2 ± 4,6
10 дней	55,7 ± 6,4	56,9 ± 4,5	50,2 ± 6,5	53,4 ± 4,6
20 дней	58,2 ± 6,4	66,8 ± 4,3 *	57,8 ± 6,4	66,1 ± 4,3 ***
30 дней	60,1 ± 6,3 +	74,9 ± 4,1 **** +	63,9 ± 6,2 *	75,2 ± 3,9 ****
N	60	120	60	120

Примечание: значками * (в сравнении с исходным значением) и + (в сравнении с аналогичным значением в другой группе) отмечены, соответственно, достоверно отличные показатели: 1 – $p \leq 0,05$ – $p \leq 0,001$

На этом фоне показатели степени окклюзии демонстрировали меньшие значения при первых двух определениях, в обеих группах, достоверно сравниваясь с уровнем функции жевания к 20-му дню и превышая их к 30-му.

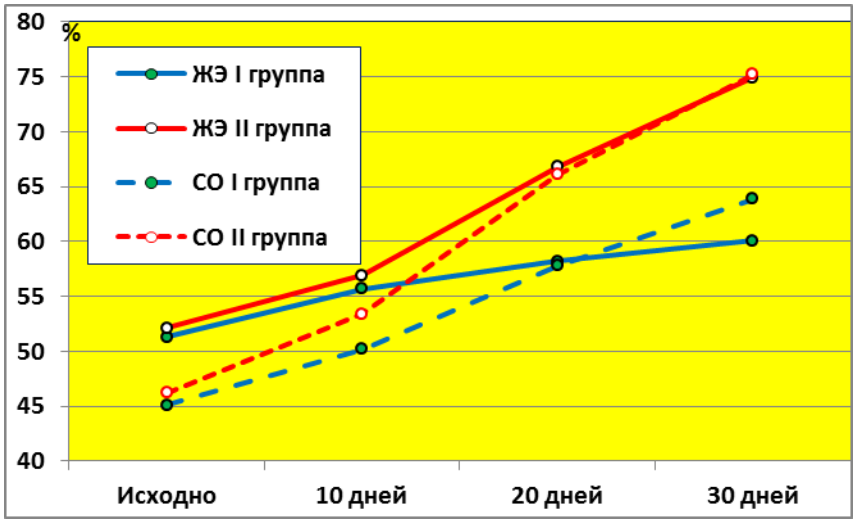


Рисунок 19 − Сравнительная динамика жевательной эффективности (ЖЭ) и степени окклюзии (СО) (% к норме) в послеоперационном периоде реабилитации

Отмеченные закономерности в плане отличия показателей ЖЭ и СО от исходных значений в основной и контрольной группах в последних двух определениях, очевидно, связаны в первую очередь с увеличением скорости и оптимизацией заживления раневой поверхности под базисом модифицированного зубочелюстного протеза.

Меньшие значения СО по сравнению с ЖЭ при первых двух определениях (исходно и на 10-й день после операции) связаны, на наш взгляд, с болевым синдромом и первоначальной дискоординацией функции жевательных мышц, не позволяющих достигнуть надлежащей полноценности воскового слепка при определении СО.

Практическое совпадение показателей ЖЭ и СО к 20-му и 30-му дням определения, в случае использования модифицированных зубочелюстных

протезов, свидетельствует о взаимозаменяемости данных методов в клинической практике в указанные сроки определения.

Примечание: Отмеченное высокое соответствие уровней СО и ЖЭ в условиях ортопедически оптимизированной жевательной функции предполагает возможность взаимного математического преобразования полученных показателей с использованием компьютерных технологий, что нашло свое дальнейшее подтверждение в исследованиях аспиранта кафедры Т.А. Васильевой [101].

3.4 Результаты коррекции речевой функции применением модифицированных зубочелюстных протезов в сочетании с миогимнастическими элементами в период послеоперационной реабилитации у пациентов стоматологического профиля

Не менее важным назначением послеоперационных зубочелюстных протезов является нормализация речевой функции.

Челюстно-лицевые протезы, используемые для замещения дефектов зубных рядов и челюстей, восполняют утраченные ткани и функции не в полном объеме, что нередко сопровождается нарушениями речевой функции.

110 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в послеоперационной речевой реабилитации, разделялись на две группы: контрольная (I) – 40 пациентов, которым в послеоперационном периоде оказывался традиционный комплекс реабилитационных пособий, и - основная (II) –70.

В основной группе (II) традиционные методы протезирования дополнялись использованием модифицированных зубочелюстных протезов в сочетании со съемными миогимнастическими элементами (СМЭ), используемыми для проведения курса миогимнастики языка или его культи.

Полученные результаты представлены в таблице 10 и отражены на рисунках 20-22.

Таблица 10 – Сравнительная динамика улучшения речевой функции по данным аудиотеста у пациентов стоматологического профиля в периоде послеоперационной реабилитации при использовании зубочелюстных протезов в сочетании со съемными миогимнастическими элементами (M±m)

	До операции		**Установка протеза**		**15 дней**		**30 дней**	
	С (баллы)	**Т (сек)**	**С (баллы)**	**Т (сек)**	**С (баллы)**	**Т (сек)**	**С (баллы)**	**Т (сек)**
I	2,75 ± 0,12 **(0,6)**	3,12 ± 0,14 **(1,9)**	2,34 ± 0,16 * **(0,5)**	3,64 ± 0,14 ** **(2,2)**	3,41 ± 0,15 **** **(0,8)**	3,29 ± 0,16 **(2,0)**	3,22 ± 0,14 *** **(0,7)**	3,19 ± 0,12 **(1,9)**
II	2,69 ± 0,13 **(0,6)**	3,18 ± 0,12 **(1,9)**	2,28 ± 0,14 * **(0,5)**	3,69 ± 0,13 **** **(2,2)**	3,28 ± 0,15 *** **(0,7)**	3,11 ± 0,17 **(1,9)**	3,92 ± 0,16 **** **(0,9)**	2,44 ± 0,14 **** **(1,5)**

Примечание: значками * отмечена степень достоверности разности показателей с их соответствующими исходными значениями до операции: * - p≤0,05; ** - p≤0,02; *** - p≤0,01 и **** - p≤0,001. Жирным шрифтом в скобках показано отношение соответствующего среднего показателя к норме

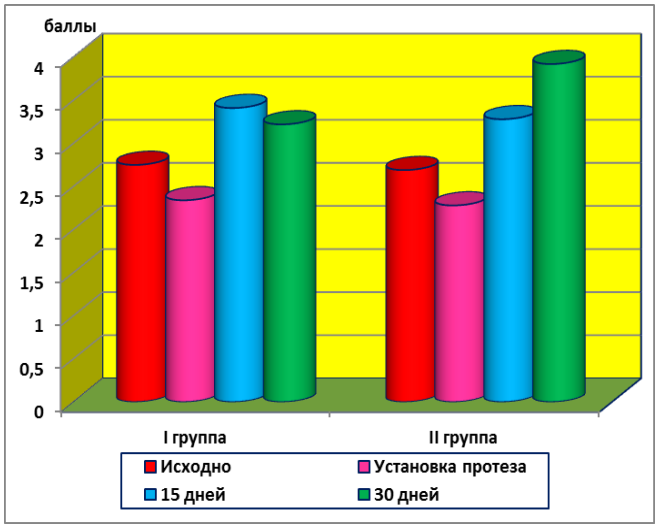


Рисунок 20 − Динамика четкости произношения (С) в послеоперационном периоде реабилитации

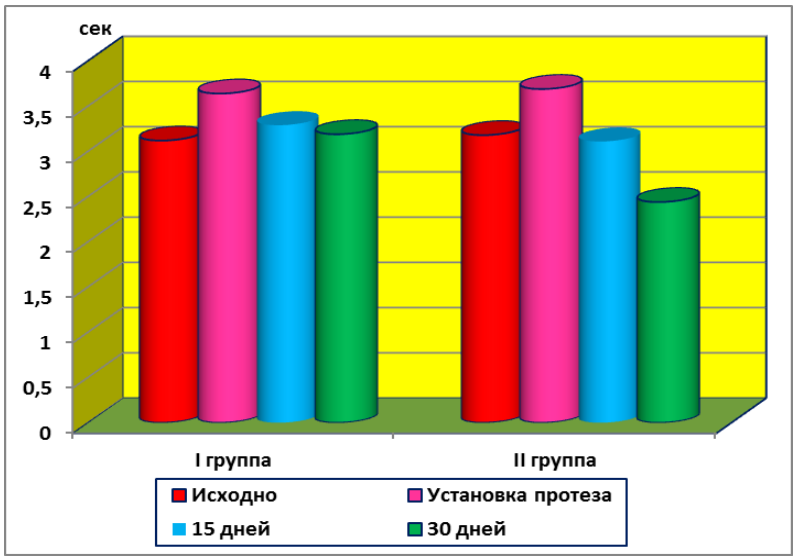
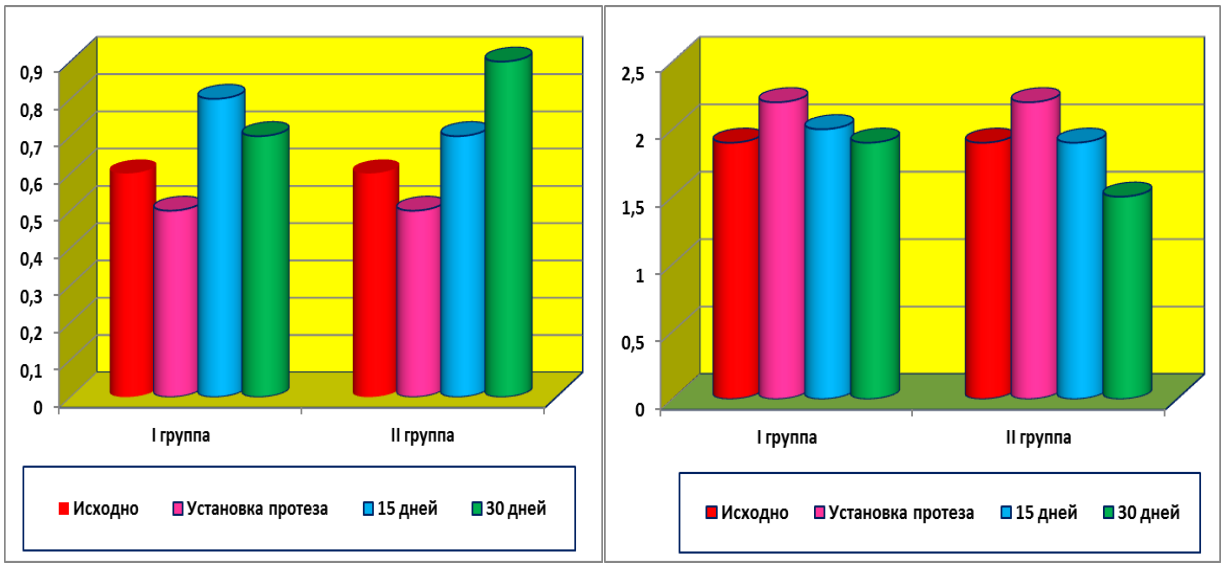


Рисунок 21 – Динамика скорости произношения (Т) в постоперационном периоде реабилитации



(а) **(в)**

Рисунок 22–Динамика изменений четкости (а) и скорости (в) произношения относительно нормы

Представленные показатели свидетельствуют о существенных исходных дооперационных нарушениях речевой функции в контрольной и основной группах, которые после операции и установки зубочелюстного

протеза, достоверно усугубляются по данным аудиотеста как во временном, так и в качественном отношениях.

Подобные параметры до операции объясняются наличием основного патологического процесса, а непосредственно после нее – изначально высокой степенью неадаптированности к установленному зубочелюстному протезу, а также наличием отека и болевого синдрома, выраженных в той или иной степени.

На 15-й день после установки зубочелюстного протеза констатировано достоверное улучшение качественных показателей речи (С) до 0,8 от нормы в контроле, и 0,7 – в основной группе при исходном уровне 0,6. Межгрупповая разница при этом статистически несущественна.

Временные показатели аудиотеста в тот же период хотя и снижаются относительно соответствующих послеоперационных значений, но в каждой из двух групп достигают при этом лишь исходного, дооперационного уровня.

К 30-му дню в обеих группах фиксировано достоверное улучшение качественных показателей речи (С) с их повышением по данным аудиотеста до 0,7 относительно нормы в контроле и до 0,9 – в основной группе.

Межгрупповая разница показателей достоверна при $p \leq 0{,}01$. На этом фоне имело место достоверно значимое снижение временных показателей речевой функции (Т) в основной группе до уровня ниже исходного, в то время как в контроле, аналогичная тенденция к снижению значений Т вела лишь к достижению исходного уровня.

Межгрупповая разница показателей Т достоверна при $p \leq 0{,}001$.

Таким образом, следует полагать, что использование модифицированных зубочелюстных протезов, несущих в своей конструкции съемные миогимнастические элементы в постоперационном периоде у пациентов стоматологического профиля, а также ежедневное использование СМЭ в качестве «гимнастического снаряда» для языка или его культи, приводит к существенно более быстрой оптимизации речевой функции в параметрах четкости и скорости произношения. Помимо того, что речь

пациентов становилась более разборчивой, понятной, естественной и выразительной, изменялось их отношение к собственной речи субъективно ощущаемое как большая легкость произношения, У 34,8 % больных до протезирования и прохождения курса миогимнастики с СМЭ речь была малоразборчива. С протезом и после курса миогимнастики речь становилась четкой у 71,2 %, хорошей – у 25,7 % больных.

3.5 Особенности психоэмоциональных и вегетативных реакций у стоматологических больных в послеоперационном периоде реабилитации, ассоциированные с видом зубочелюстного протеза

3.5.1 Динамика уровня тревожности

Психоэмоциональное состояние пациента в большей степени определяется уровнем его тревожности: личностной (ЛТ) – фоновой, индивидуально относительно постоянной и реактивной (РТ) – лабильной, ситуативной [17]. Примеров анализа влияния новых видов зубочелюстных протезов на динамику уровня тревожности в послеоперационном реабилитационном периоде у стоматологических больных нами не обнаружено, и потому, в настоящем исследовании анализировалась динамика показателей ЛТ и РТ в данном периоде в условиях применения модифицированных зубных и зубочелюстных протезов, в сравнении с традиционно применявшимися. Показатели уровней тревожности по ходу и результатам послеоперационной реабилитации определены у 458 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет.

Результаты определения исходных уровней личностной тревожности (ЛТ), представленные в таблице 11 и отображенные на рисунке 23,

свидетельствуют об отсутствии существенных, статистически подтверждаемых различий распределения этих показателей между группами.

При последующих определениях показатели уровней ЛТ также изменялись в пределах статистической погрешности.

Таблица 11 – Результаты оценки личностной тревожности в предоперационном периоде (M ± m %)

Группа	Низкая тревожность		Умеренная тревожность		Высокая тревожность	
	Число случаев	%	Число случаев	%	Число случаев	%
I (60 сл.)	15	25,1 ± 5,6	18	29,5± 5,9	27	45,4 ± 6,4
II (292 сл.)	82	28,2 ± 2,6	86	29,8 ± 2,7	122	42,0 ± 2,9
II (106 сл.)	24	23,1 ± 4,1	26	24,5 ± 4,2	56	52,4 ± 4,9

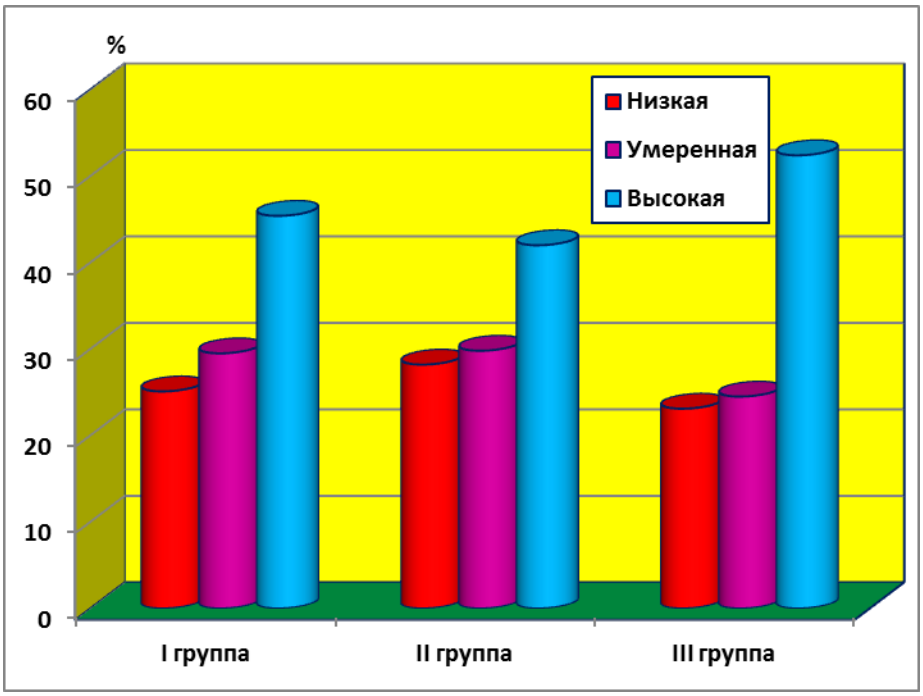


Рисунок 23 − Внутри- и межгрупповое распределение уровней личностной тревожности при исходном (предоперационном) тестировании, (в %)

Результаты изучения динамики РТ представлены в таблице 12 и отображены на рисунках 24-27.

Таблица 12 – Сравнительная динамика уровней реактивной тревожности в послеоперационном периоде реабилитации у стоматологических больных

Группа	Время тестирования	Уровень реактивной тревожности					
		Низкая		Умеренная		Высокая	
		Число случаев	%	Число случаев	%	Число случаев	%
I (контроль) (60 сл.)	Исходно	5	8,3 ± 3,6	8	13,3 ± 4,4	47	78,3 ± 5,3
	10 дней	12	20,0 ± 5,2	15	25,0 ± 5,6	31	55,0 ± 6,4 *
	30 дней	21	35,0 ± 6,2 ****	19	31,7 ± 6,1 ***	20	33,3 ± 6,1 ****
	90 дней	33	55,0 ± 6,4 ****	10	16,7 ± 5,1	7	11,7 ± 4,2 ****
II (292 сл.)	Исходно	27	9,2 ± 2,2	36	12,3 ± 1,9	229	78,4 ± 5,8
	10 дней	79	27,1 ± 2,6 ****	82	28,1 ± 2,6 ****	131	44,9 ± 2,9 **
	30 дней	112	38,4 ± 2,8 ****	118	40,4 ± 2,9 ****	62	21,2 ± 2,4 ****
	90 дней	190	65,1 ± 6,5 ****	89	30,5 ± 2,7 **** +	13	4,5 ± 1,2 ****
III (106 сл.)	Исходно	4	3,8 ± 1,9	7	6,6 ± 2,4	95	89,6 ± 3,0
	10 дней	7	6,6 ± 2,4	15	14,2 ± 3,4	84	79,2 ± 3,9
	30 дней	28	26,4 ± 4,3 ****	35	33,0 ± 4,6 ****	43	22,6 ± 7,2 ****
	90 дней	42	39,6 ± 4,8 ****	56	52,8 ± 4,8 ****	8	7,5 ± 2,6 ****
Суммарно II + III (398 сл.)	Исходно	31	7,8 ± 1,8	43	10,8 ± 2,4	324	81,4 ± 2,0
	10 дней	85	21,4 ± 2,1	97	24,4 ± 2,2	215	54,0 ± 2,5
	30 дней	150	37,7 ± 2,4	153	38,4 ± 2,4	105	26,4 ± 2,4
	90 дней	222	55,8 ± 2,5	155	38,9 ± 2,4 ++++	21	5,3 ± 1,1 ++++

Примечание: значком * отмечена достоверность разницы соответствующего показателя с исходным в данной группе, а + - с соответствующими значениями в контрольной группе: 1 значок – $p \leq 0,05$; 2 – $p \leq 0,02$; 3 – $p \leq 0,01$; 4 – $p \leq 0,001$

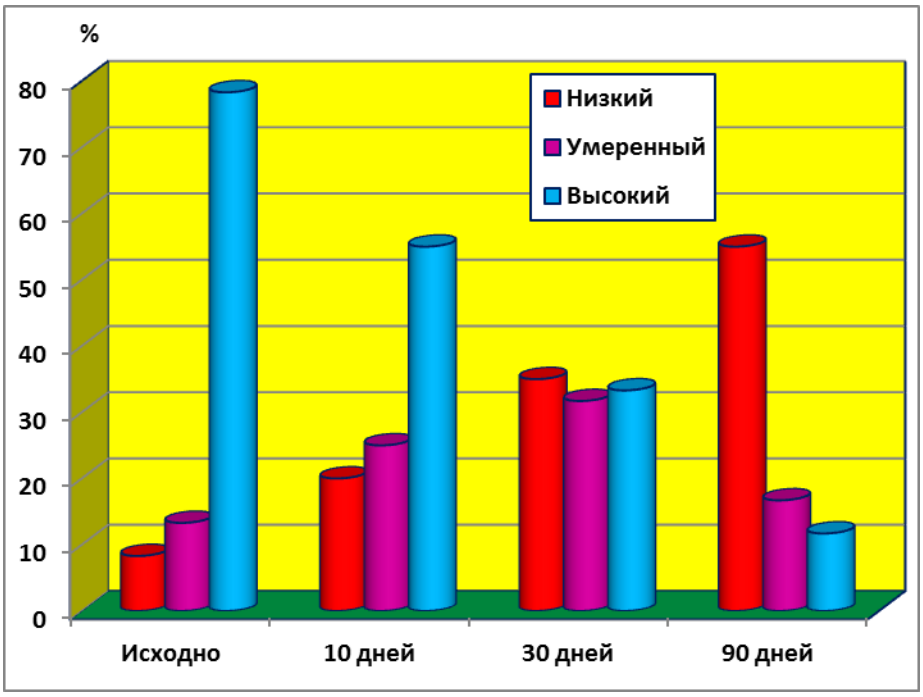


Рисунок 24– Распределение уровней реактивной тревожности при исходном (предоперационном) тестировании и в период послеоперационной реабилитации в I группе (контроль), (в %)

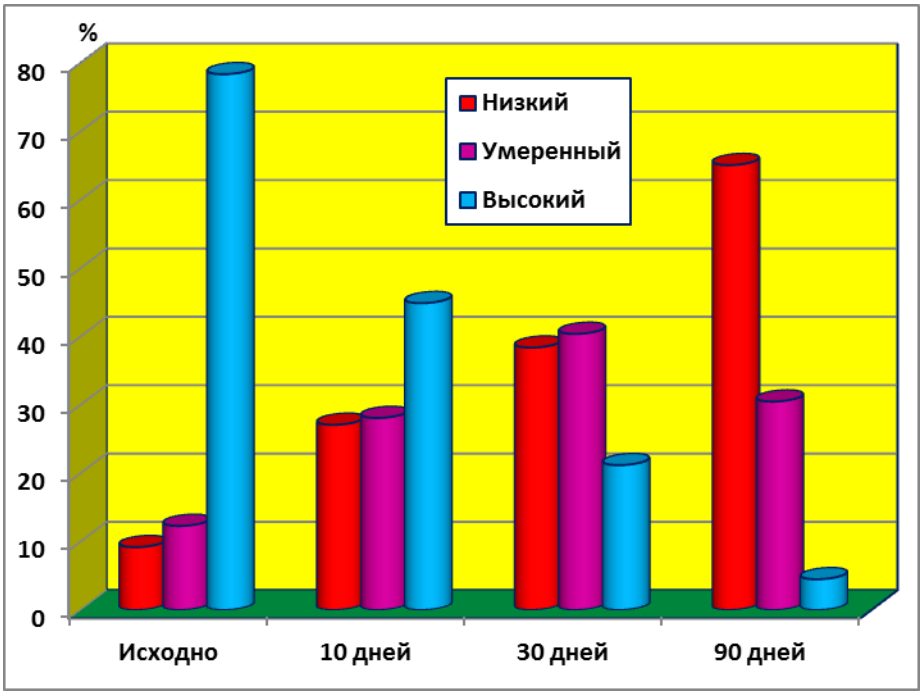


Рисунок 25 – Распределение уровней реактивной тревожности при исходном (предоперационном) тестировании и в период послеоперационной реабилитации во II группе, (в %)

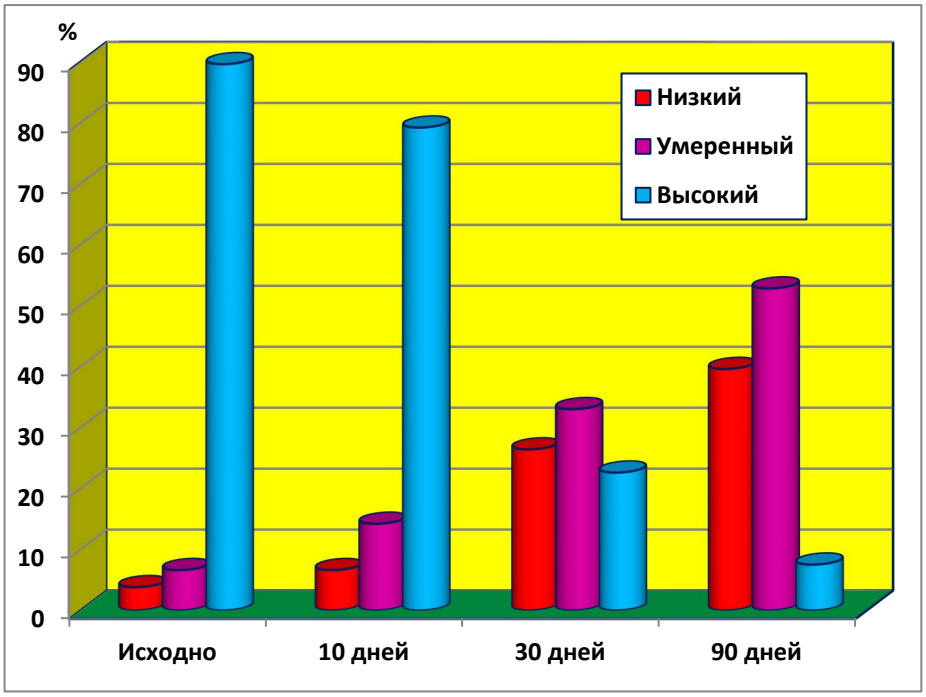


Рисунок 26 – Распределение уровней реактивной тревожности при исходном (предоперационном) тестировании и в период послеоперационной реабилитации в III группе, (в %)

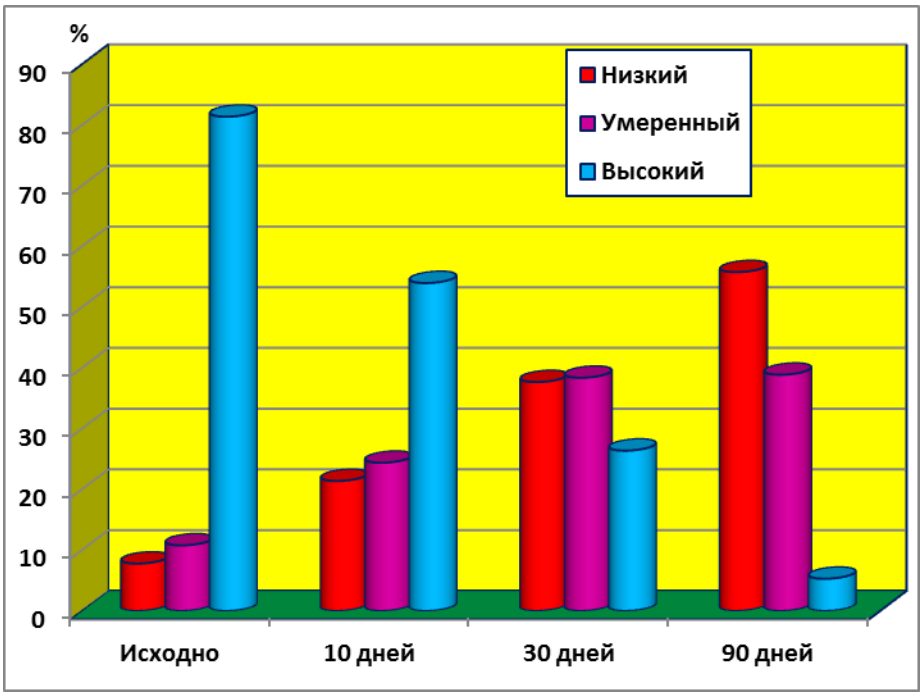


Рисунок 27 – Суммарное распределение уровней реактивной тревожности во II и III при исходном (предоперационном) тестировании и в период послеоперационной реабилитации, (в %)

Как следует из полученных данных, небольшая разница в исходном распределении уровней РТ в различных группах, включая контрольную, найдена несущественной. При этом наличие низкого уровня РТ констатировалось у 3,8-9,2 %, умеренного – у 6,6-13,3 % и высокого – у 78,3-89,6 % больных.

По сравнению с результатами исходного определения уровня РТ во II группе отмечено достоверное увеличение доли пациентов с низким и умеренным уровнями РТ уже на 10 день после операции, в то время как в I и III группе в этот срок обнаруживалась лишь статистически не подтверждаемая тенденция к подобному увеличению.

При дальнейших определениях (30 и 90 дней) во всех группах имело место достоверное, по сравнению с исходными определениями, снижение доли пациентов с высоким уровнем РТ, а также увеличение их относительного числа с умеренным и низким уровнем с достижением максимума соответствующих показателей к 90-му дню.

Следует отметить, что максимум доли пациентов с низким уровнем РТ при определении на 90 день был констатирован во II группе (65,1 %), в то время как в III-й зафиксировано 39,6 %, а в контроле – 55,0 %. При этом, статистически достоверной была найдена лишь разница показателей между I и II группами. Что же касается доли пациентов с умеренным уровнем РТ, то на 90 день этот показатель с высокой степенью достоверности превышал соответствующее значение его в контроле, имея максимум в III группе (I – 16,7 %; II – 30,5 %; III – 52,8 %).

Межгрупповая разница в относительном числе пациентов с низким уровнем РТ на 90 день находилась в пределах статистической погрешности (I – 11,7 %; II – 4,5 %; III – 7,5 %). Тем не менее, суммарный показатель доли больных с умеренным (38,9 %) и высоким (5,3 %) уровнями РТ (I+II) на 90 день с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,001$) отличался от соответствующих контрольных значений (11,7 %) в определениях того же периода.

На основе полученных данных можно констатировать, что применение модифицированных зубочелюстных протезов имеет следствием более быстрое снижение уровня РТ в послеоперационном периоде, что подтверждается его достоверностью, по сравнению с исходным, уже на 10 день после операции, в то время как подобная достоверность в группе с традиционными методами протезирования (контроль), фиксировалась лишь на 30 день.

Вместе с тем, несколько большее, относительно исходного определения, снижение уровня РТ в II группе, по сравнению с III, по-видимому, следует относить на счет присутствия онкологической патологии в последней, а также сравнительно большему объему оперативных вмешательств и тенденции к более высокому фоновому уровню ЛТ в этой группе. Отмеченное достоверное и более выраженное увеличение доли пациентов с совокупным низким и умеренным уровнями РТ в периоде отдаленном от операции (90 дней), а также соответственное уменьшение показателей с высоким уровнем относительно контрольной группы также свидетельствует о значительно большей эффективности применения модифицированных зубочелюстных протезов, по сравнению с традиционными, в плане нормализации уровня РТ и, следовательно, общего психоэмоционального состояния у оперированных больных в периоде реабилитации.

3.5.2 Динамика психоэмоционального статуса в период послеоперационной реабилитации у стоматологических больных в аспектах двигательно-поведенческих и вегетативных реакций

Психоэмоциональное состояние стоматологических пациентов, отражая, с одной стороны, наличие того или иного вида и объема патологии,

а с другой – способствуя или препятствуя быстрейшей и полноценной реабилитации в послеоперационном периоде, необходимо требует своего адекватного и объективного определения, как перед оперативным вмешательством, так и после него, по ходу послеоперационной реабилитации и в более подробном и объективном освещении.

Объективно свидетельствовать об успешности применения того или иного метода ортопедической помощи в постоперационном периоде реабилитации могут также и особенности динамики двигательно-поведенческих реакций и вегетативного статуса стоматологических пациентов, в связи с чем последние, с целью определения психоэмоционального статуса, изучены в тех же группах у 458 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет. в послеоперационном периоде реабилитации,

Полученные результаты представлены в таблицах 13 – 14 и отражены на рисунках 28 – 29.

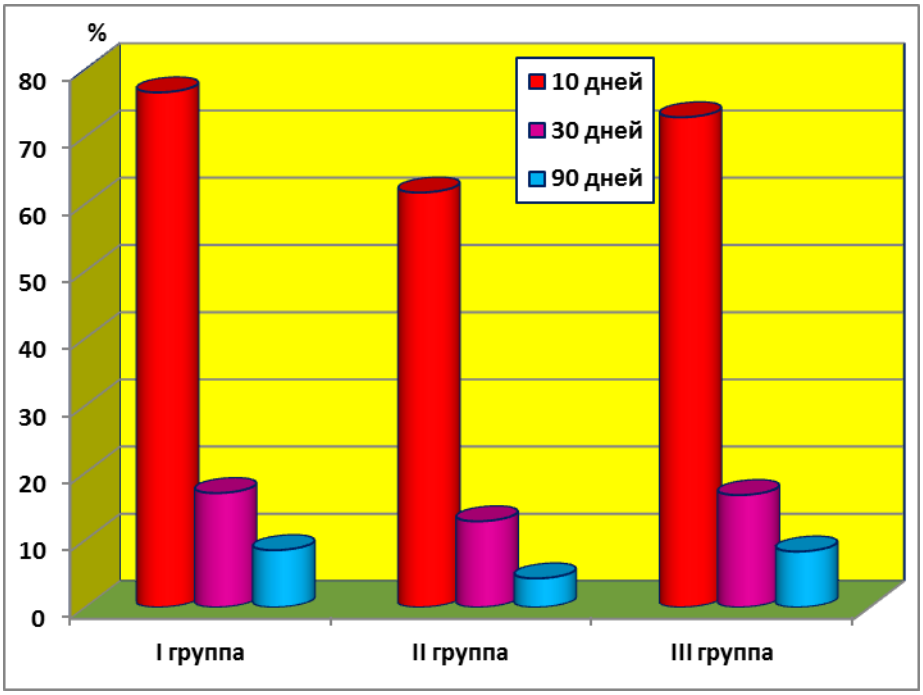


Рисунок 28 − Сравнительная динамика ССХГ по ВН в послеоперационном периоде реабилитации

Таблица 13 – Изменения двигательно-поведенческих реакций пациентов (в условных баллах) в период реабилитации после стоматологических операций

Вид реакции	I группа				II группа				III группа			
	Ис-ход-но	**10 дн**	**30 дн**	**90 дн**	**Ис-ход-но**	**10 дн**	**30 дн**	**90 дн**	**Ис-ход-но**	**10 дн**	**30 дн**	**90 дн**
Сжатие губ, отсутствие улыбки	10	9	2	1	10	6	2	-	10	8	2	1
Страдальческое выражение лица	10	7	2	-	10	5	1	-	10	7	-	1
Напряжение жевательных мышц	10	6	1	1	10	9	1	-	10	8	1	-
Изменение выражения глаз	10	9	1	-	9	4	1	1	10	6	3	1
Пассивность позы и длительное ее сохранение	7	5	2	2	8	5	1	1	8	6	2	1
ССХГ по ВН	47	36 **76,6**	8 **17,0**	4 **8,5**	47	29 **61,7**	6 **12,8**	2 **4,3**	48	35 **72,9**	8 **16,7**	4 **8,3**
Частое моргание	9	8	4	2	9	5	1	-	8	7	2	1
Хаотичность движений	4	3	2	1	3	3	1	1	4	2	1	1
Частая смена поз в стоматологическом кресле	4	3	1	1	4	4	2	1	4	4	2	1
ССХГ по НВ	17	14 **82,4**	7 **41,2**	4 **23,5**	16	12 **75,0**	4 **25,0**	2 **12,5**	16	13 **81,3**	5 **31,3**	3 **18,8**

***Примечание*:** В тонированных строках дополнительный ряд чисел жирным шрифтом - % отношение ССХГ в данном столбце к исходному значению

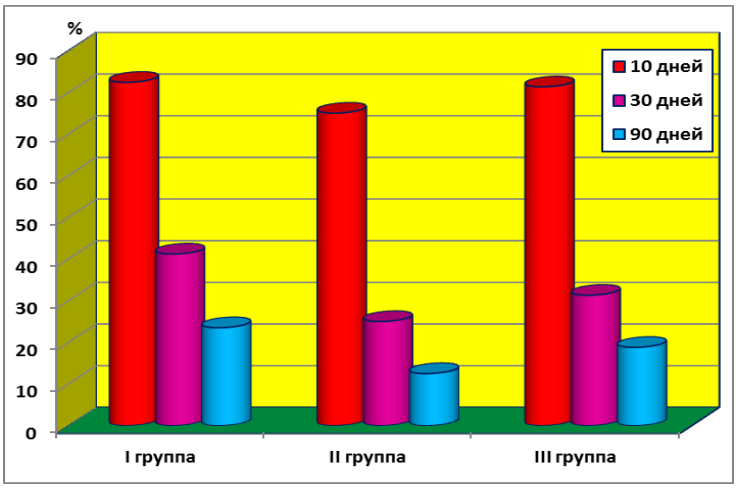


Рисунок 29 – Сравнительная динамика ССХГ по НВ в послеоперационном периоде реабилитации

Таблица 14 – Изменения вегетативных реакций пациентов (в условных баллах) в период реабилитации после стоматологических операций

Вид реакции	I группа				II группа				III группа			
	Ис-ход-но	10 дн	30 дн	90 дн	Ис-ход-но	10 дн	30 дн	90 дн	Ис-ход-но	10 дн	30 дн	90 дн
Тахикардия	10	8	4	1	10	8	2	1	10	9	3	1
Гиперемия кожных покровов	4	4	2	1	5	3	1	1	4	4	3	1
Бледность кожных покровов	5	4	3	1	4	3	1	1	4	4	2	1
Гипергидроз лица и ладоней	4	4	3	3	4	4	2	1	5	5	3	2
Расширение зрачков	8	6	4	2	7	5	3	1	8	6	3	2
Гиперсаливация	7	6	3	1	7	5	2	1	7	6	5	2
Сухость во рту	4	4	3	2	5	4	2	1	5	4	3	1
ССХГ по ВР	42	36 **85,7**	22 **52,4**	11 **26,2**	42	32 **76,2**	13 **31,0**	7 **16,7**	43	38 **88,4**	22 **51,2**	10 **23,3**

Примечание: - дополнительный ряд чисел жирным шрифтом в тонированной строке - % отношение ССХГ в данном столбце к исходному значению

Как следует из данных таблицы 13, наиболее выраженный и быстрый эффект по снижению уровня внутренней напряженности, в сравнении с контролем, зафиксирован во II группе, где ССХГ по ВН имела наибольший уровень снижения в отношении к исходному показателю уже на 10-й день после операции (61,7 % к исходному), а в конечном определении на 90-й день достигала минимального значения – 4,3 %.

Аналогичная, менее выраженная по сравнению со II группой, динамика констатирована в III группе (10-й день – 72,9 %, 90-й – 8,3 %).

Сходным образом изменялись и показатели ССХГ по нервной возбудимости, с тем отличием, что если во II группе заметно более выраженное её снижение к исходному значению, по сравнению с контролем, зафиксировано уже на 10- день после операции (75 %), то в III – лишь на 30-й (31,3 %).

Конечное определение, в сравнении с контролем, также демонстрировало более значимое снижение ССХГ по НВ относительно исходного – во II группе (12,5 %) по сравнению с III (18,8 %).

Показатели ССХГ вегетативных составляющих психоэмоционального статуса (ССХГв), приведенные в таблице 14 (рисунок 30), в послеоперационном периоде реабилитации, по сравнению с аналогичными изменениями ССХГ по ВН и НВ, уменьшались менее быстро относительно своего исходного уровня, сохраняя при этом сравнительно более высокие значения.

Наилучшие результаты при этом достигались во II группе, где снижение ССХГв заметно большее, нежели в контрольной группе, имело место уже на 10 день (76,2 %) и достигало минимального значения (16,7 %) на 90-й день.

На этом фоне в III группе динамика снижения ССХГв относительно исходного уровня в послеоперационном периоде реабилитации не имела существенных отличий от соответствующих изменений в контрольной группе.

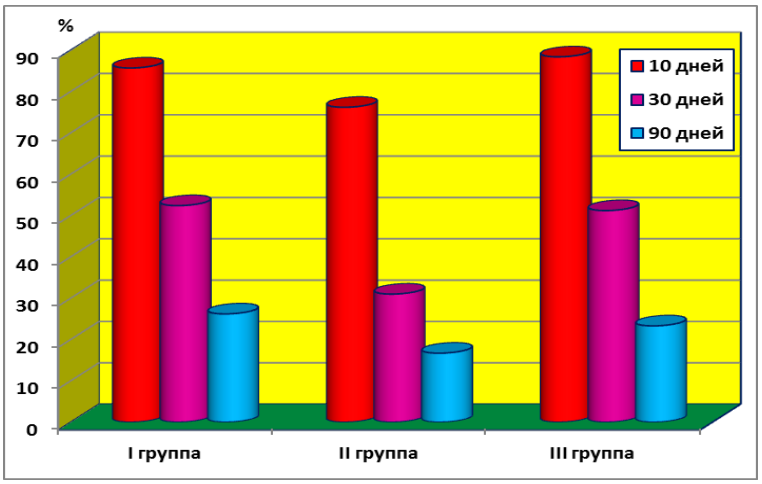


Рисунок 30 − Сравнительная динамика ССХГ по ВР в послеоперационном периоде реабилитации

Сравнительно меньшая лабильность ССХГ по ВН и НВ, а также ССХГв в III группе находит свое объяснение как в большей травматичности оперативных вмешательств, выполненных в этой группе, так и в наличии онкологической патологии, самой по себе оказывавшей негативное влияние на психоэмоциональный статус пациентов.

Таким образом, представленные данные позволяют констатировать положительное и значимое влияние модифицированных зубочелюстных протезов на психоэмоциональное состояние пациентов, несколько менее выраженное при наличии онкологических заболеваний, которое обуславливает большую скорость обратного развития нежелательных вегетативных реакций в период послеоперационной реабилитации.

3.5.3 Динамика вегетативного тонуса как показателя уровня психоэмоциональной напряжённости в послеоперационном периоде реабилитации

Большинство стоматологических пациентов, особенно хирургического профиля, испытывают значительное психоэмоциональное напряжение,

неотъемлемым составным компонентом которого является повышение вегетативного тонуса (ВТ).

Это, в частности, находит свое отражение в пропорциональном усилении функции потовых желез, ведущем к увеличению их электрической активности, отражающейся в повышении общей электрокожной активности (ЭКА) в ответ на различные внешние стимулы.

«Эмоциональная» ЭКА, регистрируемая с поверхности ладоней в послеоперационном периоде реабилитации определена у 158 стоматологических пациентов с разделением на контрольную (I) и две основных группы: 58 пациентов с дефектами зубного ряда, требующими непосредственного съемного зубопротезирования (II) и 60 онкологических больных с дефектами челюстей, требующих зубочелюстного протезирования (III). В основных группах (II-III) традиционные методы протезирования дополнялись использованием модифицированных зубных и зубочелюстных протезов с применением фитомази «Виспосил» [153].

Полученные результаты представлены в таблице 15 и отражены на рисунках 31-34.

Таблица 15 – Динамика уровней вегетативного тонуса у стоматологических пациентов в зависимости от способов ортопедического пособия в послеоперационном периоде (M±m %)

	I группа			**II группа**			**III группа**		
	Исходно	**10 дн.**	**30 дн.**	**Исходно**	**10 дн.**	**30 дн.**	**Исходно**	**10 дн.**	**30 дн.**
Низкая степень	8,5 ± 4,4	19,3 ± 6,2	36,4 ± 7,6	8,2 ± 3,6	24,0 ± 5,6	42,1 ± 6,5	7,9 ± 3,5	19,3± 5,1	22,8 ± 5,4
Средняя степень	41,1 ± 7,8	36,4 ± 7,6	32,5 ± 7,4	42,3 ± 6,5	38,5 ± 6,4	31,2 ± 6,1	39,8 ± 6,3	34,2± 6,1	47,0 ± 6,4
Высокая степень	50,4 ± 7,9	44,3 ± 8,5	31,1 ± 7,3	49,5 ± 6,6	37,5 ± 6,4	26,7 ± 5,8	52,3 ± 6,4	46,5± 6,4	30,2 ± 5,9
ИВС	0,98	1,26	2,22	1,02	1,67*	2,75*	0,91	1,15*	2,31*
N	**40**			**58**			**60**		

Примечание: значком * отмечены показатели отличающиеся от соответствующих значений в контрольной группе при $p \leq 0,05$

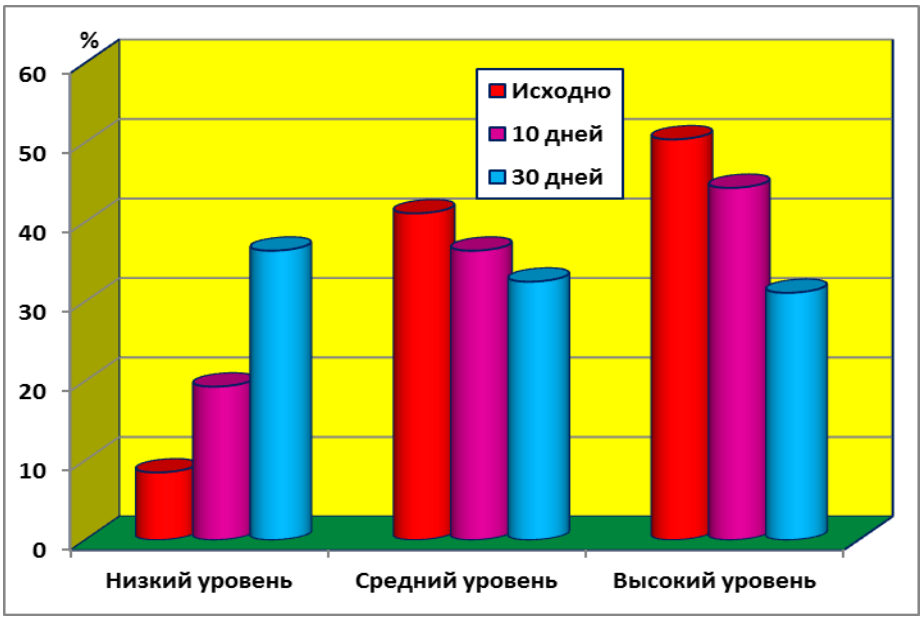


Рисунок 31 – Динамика уровня ВТ в послеоперационном периоде реабилитации (контрольная группа)

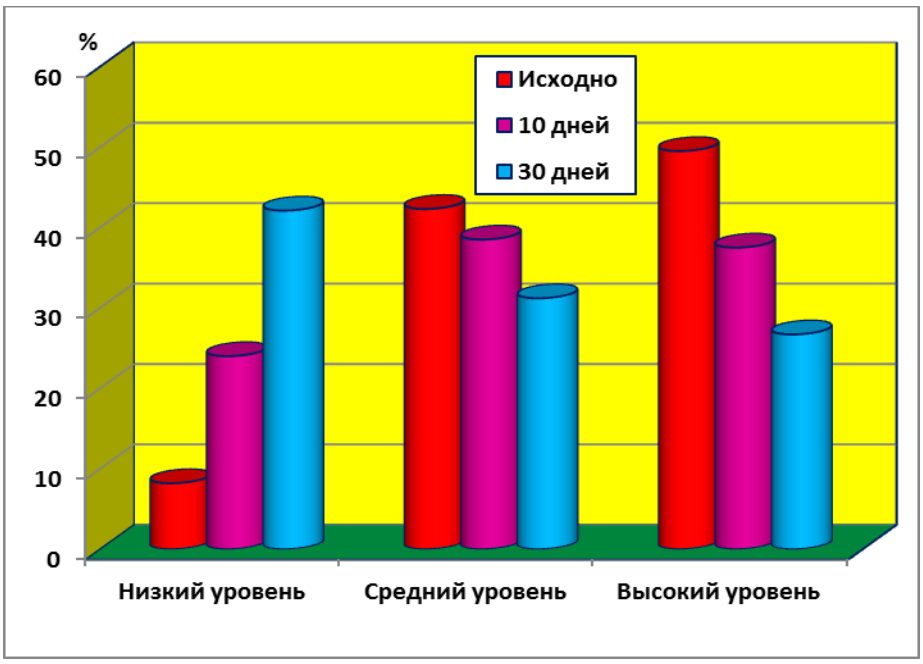


Рисунок 32 – Динамика уровня ВТ в послеоперационном периоде реабилитации (II группа)

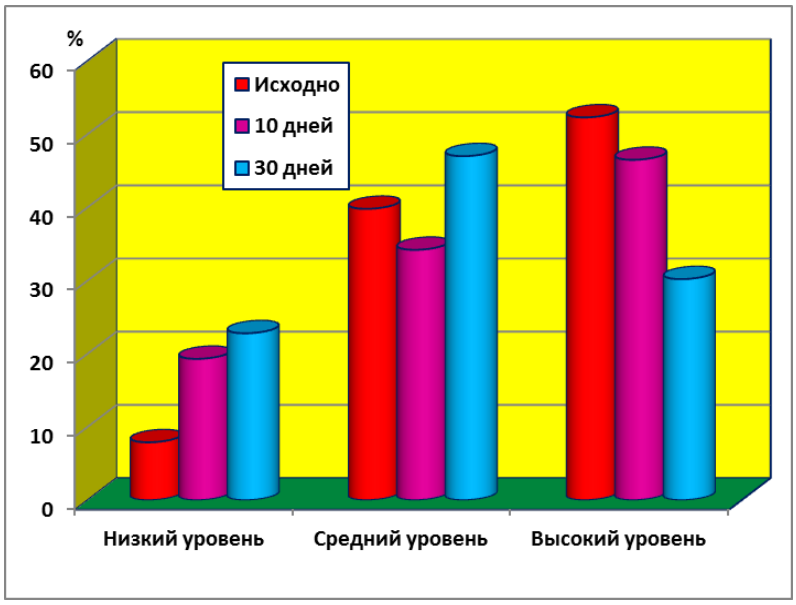


Рисунок 33 – Динамика уровня ВТ в послеоперационном периоде реабилитации (III группа)

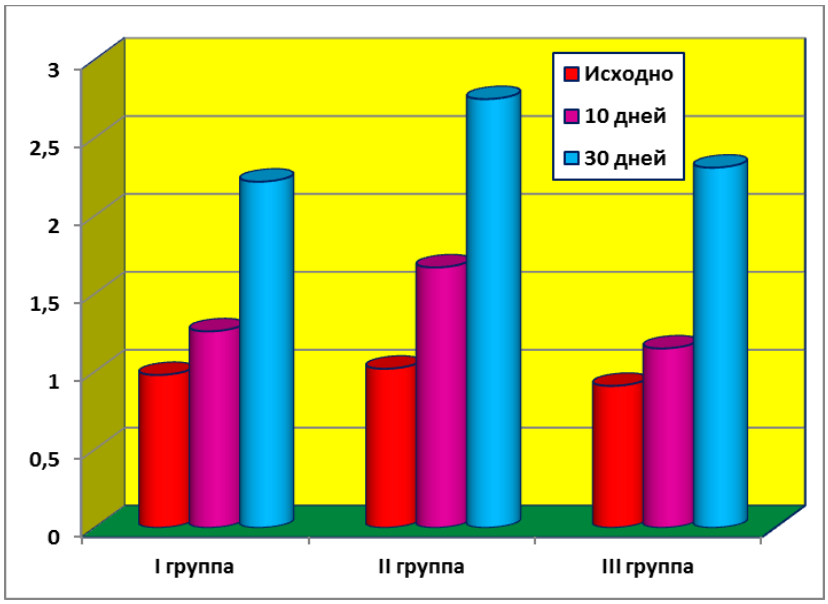


Рисунок 34 – Динамика внутригрупповых ИВТ в послеоперационном периоде реабилитации

Перед оперативным вмешательством, а также в сроки 10 и 30 дней после него, проводилось определение ЭКА, индуцируемой стандартными прямоугольные импульсами постоянного тока с пропорциональным компьютерным преобразованием напряжения в сопротивление (ЭКС) (приложение №1), что позволяло объективно фиксировать уровень ВТ.

Интегральная оценка динамики проводилась путем расчета внутригруппового индекса вегетативного тонуса (ИВТ), определяемого как отношение суммарного числа случаев с низким и средним уровнем ВТ к количеству наблюдений с высоким уровнем.

Констатировано, что во всех выделенных группах после оперативного вмешательства и зубочелюстного протезирования, в течение месяца наблюдения фиксируется отчетливая тенденция к увеличению относительного числа пациентов с низким и средним уровнями ВТ с соответствующим снижением % высокого. Показатели ИВТ при этом демонстрируют достоверное и более выраженное улучшение показателей ВТ во II и III группах, по сравнению с контрольной, причем во II группе благоприятные изменения более эксплицитны как по отношению к контролю, так и к III группе. Подобные различия в динамике показателей, очевидно, обусловлены большей рефрактерностью изначального ВТ у онкологических больных.

Таким образом, динамика одного из косвенных показателей ВТ (ЭКС) свидетельствует о весомой значимости положительного влияния модифицированных зубочелюстных протезов на эффективное снижение уровня психоэмоционального напряжения стоматологических пациентов в периоде послеоперационной реабилитации.

3.6 Сравнительная динамика показателей степени влияния стоматологического здоровья на качество жизни в послеоперационном периоде реабилитации в зависимости от способа зубочелюстного протезирования

Показатели степени влияния стоматологического здоровья (СВСЗ) на уровень качества жизни определены у 458 пациентов стоматологического

профиля в возрасте от 21 до 80 лет с использованием методики OHIP-14 в следующие сроки: до операции (исходно) и через 10, 20, 30 и 90 дней после оперативного вмешательства и протезирования.

Полученные данные представлены в таблице 16 и на рисунке 35.

Таблица 16 – Динамика показателей степени влияния стоматологического здоровья на качество жизни (по данным OHIP-14) в послеоперационном периоде реабилитации (M±m)

	Исходно	**10 дней**	**20 дней**	**30 дней**	**90 дней**
I группа (контроль)	56,8±3,2	48,2±3,1	37,4±1,9 ****	32,1±1,3 ****	17,2±1,0 ****
II группа	58,5±1,7	46,4±1,1 ****	31,1±0,9 **** +++	19,0±0,7 **** ++++	8,2±0,2 **** ++++
III группа	61,9±2,7	44,8±1,7 ****	34,1±1,5 ****	25,9±1,1 **** ++++	12,4±0,5 **** ++++

Примечание: значком * отмечена достоверность разницы соответствующего показателя с исходным в данной группе, а + - с соответствующими значениями в контрольной группе: 3 значка – $p \leq 0,01$; 4 – $p \leq 0,001$

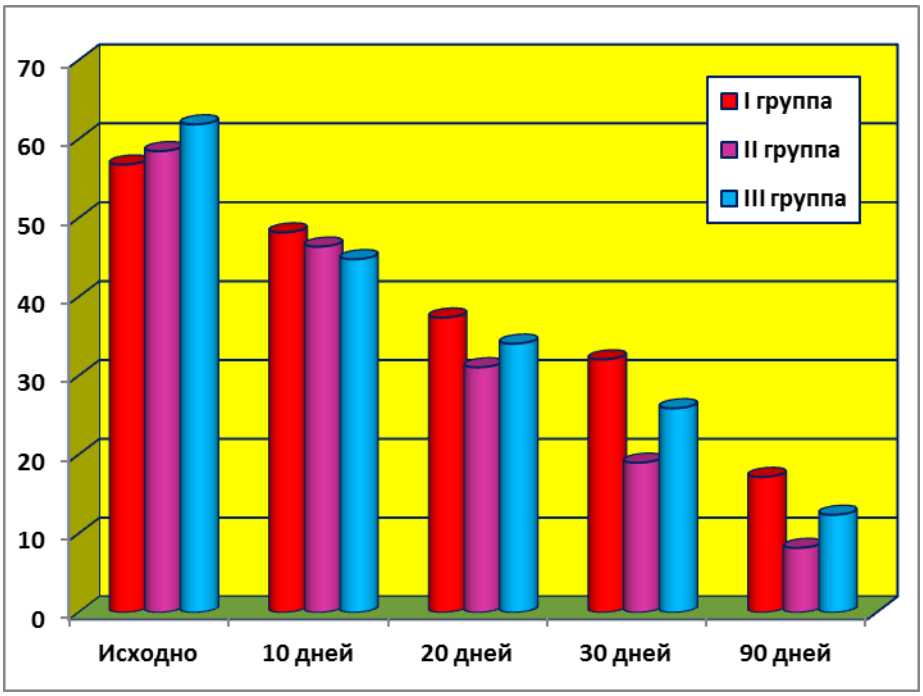


Рисунок 35 – Сравнительная динамика СВСЗ на качество жизни (в баллах) в послеоперационном периоде реабилитации в зависимости от способа зубочелюстного протезирования

Как следует из полученных результатов, исходные средние показатели СВСЗ на КЖ во всех трех выделенных группах имели несущественные различия, указывая на отрицательное действие совокупности стоматологических проблем на КЖ пациентов.

Достоверный сдвиг показателей СВСЗ в лучшую сторону в контрольной группе отмечен, начиная с 30-го дня, а во II и III – с 10-го. При этом показатели СВСЗ, соответствующие положительному влиянию на КЖ впервые зафиксированы в контрольной и в III группах – на 90-й день, а во II группе – на 30-й, причем, значения СВСЗ во II и III группах начинали отражать достоверно положительное влияние на КЖ, начиная с 10-го дня (в контроле – с 20-го).

Вместе с тем, показатели СВСЗ на КЖ, существенно не отличавшиеся от имевшихся в контрольной группе, с высокой степенью достоверности имели значительно меньшие значения во II группе, начиная с 20-го дня периода послеоперационной реабилитации, а в III – начиная с 30-го.

Таким образом, полученные данные позволяют констатировать, что применение модифицированных зубных и челюстных протезов с высокой степенью достоверности ведет заметному и ускоренному снижению СВСЗ на КЖ пациентов стоматологического профиля в период послеоперационной реабилитации, что способствует реальному сокращению продолжительности указанного периода.

3.7 Клинические примеры исследований

Клинический пример №1

Пациент Г., 57 лет, обратился в стоматологическую поликлинику ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России на кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических

заболеваний с жалобами на подвижность мостовидного протеза на верхней челюсти справа, болезненность при приеме пищи (рисунок 36).

Рисунок 36 – Состояние полости рта, в момент обращения в клинику.

При осмотре слизистая оболочка в полости рта гиперемирована в области 1.3, 1.8. Мостовидный протез 1.3 – 1.8 подвижен в вестибуло-оральном направление. Слизистая оболочка в области 1.3, 1.8, гиперемирована, отёчна. Направлен на ОПТГ.

Зубная формула:

Pt	0	0	0	0	Pt	0	C	0	C	C	C	0	0	0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

На рентгенограмме наблюдается деструкция костной ткани в области 1.3, 1.8 диаметром более 1 см. Произведено снятие несостоятельных мостовидных протезов, путем продольного распиливания твердосплавным бором. Получены альгинатные оттиски с помощью массы «Ypeen» производителя «SpofaDental» для изготовления иммедиат-протезов с

ретенционными пунктами для фитопрепаратов. Определение центральной окклюзии проведено с использованием силиконового ключа из массы «Zeta+» производителя «Zhermack». Пациент направлен к стоматологу хирургу для удаления зубов 1.3, 1.8. По полученным альгинатным оттискам, были отлиты модели из медицинского гипса. Модели зафиксированы в центральном соотношении с помощью предварительно полученного силиконового ключа, загипсованы в артикулятор для проведения постановки.

Перед проведением постановки искусственных зубов, гипсовым ножом на модели срезаны зубы, которые должны были быть удалены по плану операции. После постановки и моделировки базиса протеза, в целях контроля возможности нанесения ретенций для фитопрепарата, проведена оценка его толщины, Проведена гипсовка восковой конструкции протеза, вываривание воска, паковка и полимеризации пластмасс. Материал базиса «Villacryl» производителя «Zhermack».

После обработки, шлифовки и полировки базиса съёмного пластиночного протеза, на внутренней поверхности базиса высверливались точечные ретенции, в области зубов 1.3 и 1.8 для фитомази при помощи шарикового бора.

Непосредственно после операции удаления зубов (рисунок 37), было проведено наложение протеза.

Для оценки состояния функции жевания использовалась модифицированная методика В.Н. Трезубова и др. [98]. В данном случае исходная жевательная эффективность установлена в пределах 34,2%. Пациенту даны рекомендации по пользованию иммедиат-протезом, поддержанию гигиены.

Пациенту, предлагалось использовать фитомазь «Виспосил», для внесения в ретенции, созданные в районе удаленных зубов.

Рисунок 37 – Состояние полости рта перед наложением протеза поверхность зубов.

При повторном плановом осмотре через 10 дней (рисунок 38) отмечается наличие минимальных признаков воспаления. Гиперемия не наблюдается. Лунки удаленных зубов организованы сгустком, отмечается отсутствие грануляций.

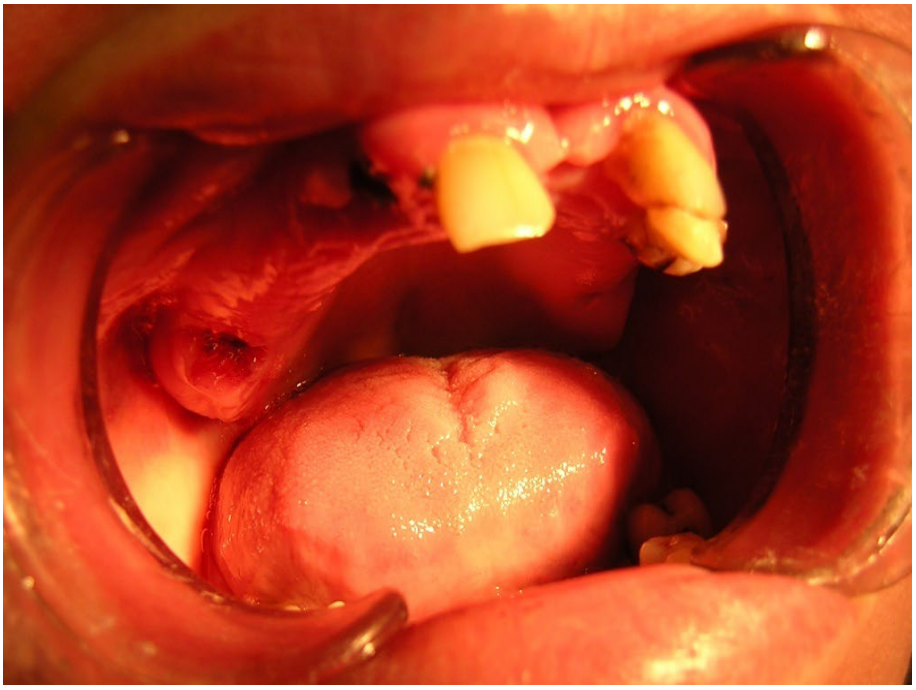


Рисунок 38 – Состояние протеза на 10 день после его наложения

Пациент жалуется на незначительную болезненность, проявляющуюся при приеме пищи и оказания компрессии на окклюзионную поверхность зубов.

Тургор слизистой оболочки в норме.

Проведенное исследование и анализ состояния функции речи с использованием проверочной скороговорки показало низкий уровень четкости (С=2) и - низкую скорость (Т=3,8 сек) произношения.

Уровень реактивной тревожности определен как высокий по результатам оценки с помощью методики Спилбергера-Ханина.

Степень влияния стоматологического здоровья на качество жизни, определенная с помощью опросника OHIP-14 оценена достаточно высоким показателем - 55 баллов. Эффективность жевательной функции определена в пределах 44,2%

При следующем плановом осмотре через 20 дней отмечается наличие минимальных признаков воспаления. Гиперемия не наблюдается. Лунки удаленных зубов организованы сгустком, грануляции отсутствуют.

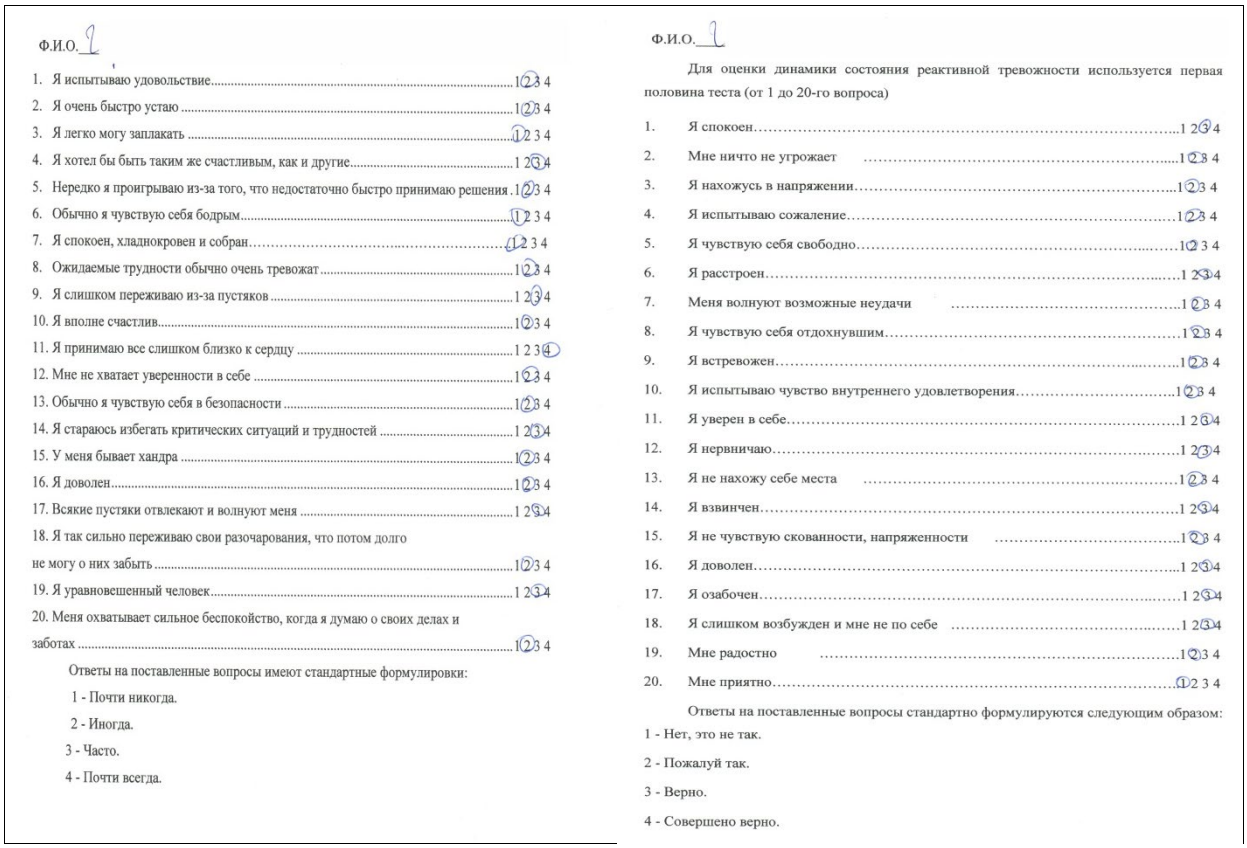
Пациент жалуется на незначительную болезненность, проявляющуюся при приеме пищи и оказания компрессии на оклюзионную поверхность зубов.

Тургор слизистой оболочки в норме.

Исследование и анализ состояния функции речи с использованием проверочной скороговорки продемонстрировало низкую четкость (С=2) и – низкую скорость (Т=3,8 сек) произношения.

Уровень реактивной тревожности был оценен с помощью методики Спилбергера-Ханина и констатирован как – низкий (рисунок 39).

Таким образом, применение авторского иммедиат-протеза, позволило сократить период заживления операционной раны, ускорить адаптацию к изготовленному съёмному пластиночному протезу.



Ф.И.О. 1

1. Я испытываю удовольствие 1 2 3 4
2. Я очень быстро устаю 1 2 3 4
3. Я легко могу заплакать 1 2 3 4
4. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие 1 2 3 4
5. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения . 1 2 3 4
6. Обычно я чувствую себя бодрым 1 2 3 4
7. Я спокоен, хладнокровен и собран 1 2 3 4
8. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат 1 2 3 4
9. Я слишком переживаю из-за пустяков 1 2 3 4
10. Я вполне счастлив 1 2 3 4
11. Я принимаю все слишком близко к сердцу 1 2 3 4
12. Мне не хватает уверенности в себе 1 2 3 4
13. Обычно я чувствую себя в безопасности 1 2 3 4
14. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей 1 2 3 4
15. У меня бывает хандра 1 2 3 4
16. Я доволен 1 2 3 4
17. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня 1 2 3 4
18. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть 1 2 3 4
19. Я уравновешенный человек 1 2 3 4
20. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах 1 2 3 4

Ответы на поставленные вопросы имеют стандартные формулировки:

1 - Почти никогда.

2 - Иногда.

3 - Часто.

4 - Почти всегда.

Ф.И.О. 1

Для оценки динамики состояния реактивной тревожности используется первая половина теста (от 1 до 20-го вопроса)

1. Я спокоен 1 2 3 4
2. Мне ничто не угрожает 1 2 3 4
3. Я нахожусь в напряжении 1 2 3 4
4. Я испытываю сожаление 1 2 3 4
5. Я чувствую себя свободно 1 2 3 4
6. Я расстроен 1 2 3 4
7. Меня волнуют возможные неудачи 1 2 3 4
8. Я чувствую себя отдохнувшим 1 2 3 4
9. Я встревожен 1 2 3 4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения 1 2 3 4
11. Я уверен в себе 1 2 3 4
12. Я нервничаю 1 2 3 4
13. Я не нахожу себе места 1 2 3 4
14. Я взвинчен 1 2 3 4
15. Я не чувствую скованности, напряженности 1 2 3 4
16. Я доволен 1 2 3 4
17. Я озабочен 1 2 3 4
18. Я слишком возбужден и мне не по себе 1 2 3 4
19. Мне радостно 1 2 3 4
20. Мне приятно 1 2 3 4

Ответы на поставленные вопросы стандартно формулируются следующим образом:

1 - Нет, это не так.

2 - Пожалуй так.

3 - Верно.

4 - Совершено верно.

Рисунок 39 – Итоги анкетирования по Спилбергеру-Ханину на 20-й день

Клинический пример №2

Пациент М., 62 лет, обратился в стоматологическую поликлинику ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России на кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний с жалобами на трудности с пережевыванием пищи, болезненность фронтальных зубов верхней челюсти, недостаточность функции языка, трудности с дикцией и фонетикой (рисунок 40).

При осмотре полости рта констатировано: частичное отсутствием зубов верхней челюсти: гиперемия 1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3.

На рентгенограмме определяется разряжение костной ткани в области корней зубов 1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3, деструкция костных перегородок.

Рисунок 40 – Состояние полости рта после удаления зубов

Зубная формула:

0	0	0	0	0	Pt	Pt	Pt	Pt	Pt	Pt	0	0	0	0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	П	П	П	0	0	0

Пациент направлен к стоматологу хирургу, для удаления зубов 1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3.

По итогам осмотра запланировано изготовление полного съемного пластиночного иммедиат-протеза верхней челюсти.

По полученным альгинатным оттискам, были отлиты модели из медицинского гипса.

Модели зафиксированы в центральном соотношении с помощью предварительно полученного силиконового ключа и загипсованы в артикулятор для проведения постановки.

Перед проведением постановки искусственных зубов, гипсовым ножом на модели срезаны зубы, которые должны были быть удалены по плану операции.

После постановки и моделировки базиса протеза, в целях контроля возможности нанесения ретенций для фитопрепарата, проведена оценка его толщины.

Проведена гипсовка восковой конструкции протеза, вываривание воска, паковка и полимеризации пластмасс. Материал базиса «Villacryl» производителя «Zhermack».

После обработки, шлифовки и полировки базиса съёмного пластиночного протеза, на внутренней поверхности базиса высверливались комбинированные ретенции, в области зубов 1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3 для фитомази при помощи шарикового бора.

После припасовки изготовленного протеза в полости рта, с применением оригинального способа диагностики постоперационных дисфункций двигательной функции языка и программы, определяющей объем движения языка с помощью небной пластины, проведено исследование объема двигательной дисфункции языка.

В результате максимальный диапазон движений языка найден ограниченным в объеме 55% от возможного.

Эффективность жевательной функции по модифицированному методу В.Н. Трезубова и др. (2010) [98] исходно определена в пределах 6,1%.

Исследование с использованием проверочной скороговорки для определения состояния функции речи показало низкую четкость (С=2) и – низкую скорость (Т=4,1 сек) произношения.

Уровень реактивной тревожности по методике Спилбергера-Ханина, установлен как высокий (рисунок 41).

Ф.И.О. Ма

1. Я испытываю удовольствие 1 2 3 4
2. Я очень быстро устаю 1 2 3 4
3. Я легко могу заплакать 1 2 3 4
4. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие 1 2 3 4
5. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения . 1 2 3 4
6. Обычно я чувствую себя бодрым 1 2 3 4
7. Я спокоен, хладнокровен и собран 1 2 3 4
8. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат 1 2 3 4
9. Я слишком переживаю из-за пустяков 1 2 3 4
10. Я вполне счастлив 1 2 3 4
11. Я принимаю все слишком близко к сердцу 1 2 3 4
12. Мне не хватает уверенности в себе 1 2 3 4
13. Обычно я чувствую себя в безопасности 1 2 3 4
14. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей 1 2 3 4
15. У меня бывает хандра 1 2 3 4
16. Я доволен 1 2 3 4
17. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня 1 2 3 4
18. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть 1 2 3 4
19. Я уравновешенный человек 1 2 3 4
20. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах 1 2 3 4

Ответы на поставленные вопросы имеют стандартные формулировки:

1 - Почти никогда.

2 - Иногда.

3 - Часто.

4 - Почти всегда.

Ф.И.О. Ма

Для оценки динамики состояния реактивной тревожности используется первая половина теста (от 1 до 20-го вопроса)

1. Я спокоен 1 2 3 4
2. Мне ничто не угрожает 1 2 3 4
3. Я нахожусь в напряжении 1 2 3 4
4. Я испытываю сожаление 1 2 3 4
5. Я чувствую себя свободно 1 2 3 4
6. Я расстроен 1 2 3 4
7. Меня волнуют возможные неудачи 1 2 3 4
8. Я чувствую себя отдохнувшим 1 2 3 4
9. Я встревожен 1 2 3 4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения 1 2 3 4
11. Я уверен в себе 1 2 3 4
12. Я нервничаю 1 2 3 4
13. Я не нахожу себе места 1 2 3 4
14. Я взвинчен 1 2 3 4
15. Я не чувствую скованности, напряженности 1 2 3 4
16. Я доволен 1 2 3 4
17. Я озабочен 1 2 3 4
18. Я слишком возбужден и мне не по себе 1 2 3 4
19. Мне радостно 1 2 3 4
20. Мне приятно 1 2 3 4

Ответы на поставленные вопросы стандартно формулируются следующим образом:

1 - Нет, это не так.

2 - Пожалуй так.

3 - Верно.

4 - Совершено верно.

Рисунок 41 – Итоги анкетирования по Спилбергеру-Ханину перед протезированием

По истечении 10 дней проведенный первый контрольный осмотр демонстрировал невыразительный уровень динамики по всем исследуемым и рассматриваемым параметрам (рисунок 42).

Рисунок 42 – Состояние полости рта на 10-й день использования иммедиат-протеза

Так, двигательная активность языка в предельном диапазоне находилась практически на прежнем уровне 56%.

Жевательная эффективность, анализируемая по модифицированной методике В.Н. Трезубова с применением жевательной пробы, составила 55,2%. Уровень реактивной тревожности оставался высоким.

Влияние стоматологического здоровья на качество жизни, оцениваемое путем тестирования с помощью опросника OHIP-14, показывало некоторое снижение показателей.

Проведенный на 10-й день анализ восстановления четкости речи и скорости не констатировал наглядной положительной динамики. Четкость произношения в ходе речевой активности определялась как неудовлетворительная (С=2), а скорость (Т) повысилась до 4,6 сек., для пациентов данной группы это также являлось неудовлетворительным показателем.

Через 20 дней от начала реабилитации при проведенном контрольном осмотре диапазон двигательной активности языка повысился и составил 80%.

Показатели степени эффективности жевания достигли уровня 59,5%.

Четкость произношения находилась на прежнем уровне (С=2), а скорость – увеличилась (Т=3,22 сек).

Степень влияния стоматологического здоровья на уровень качества жизни снизилась до 38 баллов согласно результатам тестирования OHIP-14.

При осмотре на 30 день диапазон двигательной активности языка находился на отметке 37%.

Показатели степени жевательной эффективности достигли уровня 61,1%, отмечалось незначительное улучшение четкости произношения при речевой функции (С= 2,8) и - его скорости (Т= 3,15 сек).

Уровень реактивной тревожности остался на высоком уровне согласно результатам оценки тестирования по Спилбергеру-Ханину, а показатели качества жизни в зависимости от степени влияния стоматологического здоровья на пациента снизились до 32 баллов.

Таким образом, было принято решение о прекращении реабилитационных мероприятий после 30-го дня. Обоснованием к этому послужили полученные результаты лечения в ходе указанного срока, которые свидетельствовали об отсутствии показателей дальнейшей динамики в увеличении диапазона двигательной активности языка и остальных анализируемых показателей.

Пациент продолжил эксплуатацию частично-съемного пластиночного протеза для верхней челюсти. Через 90 дней после начала этапа реабилитационного лечения проведенное тестирование по методике Спилбергера-Ханина демонстрировало снижение реактивной тревожности до приемлемо низкого уровня.

Клинический пример №3

Пациент П., 49 лет, обратился в стоматологическую поликлинику ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России на кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний с целью протезирования (рисунок 43).

После сбора анамнеза, пациент направлен на консультацию к врачу-отоларингологу и направлен на КТ.

Рисунок 43 – Осмотр полости рта

Зубная формула:

0	0	0	0	0	к	к	к	0	0	0	0	К	0	0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
к	л	л	л	л	к	л	л	л	л	к	л	л	л	к	к

В результате диагностики, пациенту поставлен диагноз плоскоклеточный рак пазухи верхней челюсти справа, также было запланировано проведение резекции пазухи верхней челюсти справа.

Перед проведением оперативного лечения, пациенту произведено снятие несостоятельных штампованно–паянных мостовидных протезов с титановым напылением на нижней челюсти.

Зубы верхней челюсти, входили в зону резекции и там снятие штампованно-паянных коронок не проводилось.

Получены альгинатные оттиски с помощью массы «Hydrogum» производителя «Zhermack» для изготовления восковых шаблонов с прикусными валиками.

Произведено определение центрального соотношения челюстей, изготовлен съёмный иммедиат-протез верхней челюсти из акриловой пластмассы. Перед проведением постановки искусственных зубов, гипсовым ножом на модели срезаны зубы, которые должны были быть удалены по плану операции. После постановки и моделировки базиса протеза, в целях контроля возможности нанесения ретенций для фитопрепарата, проведена оценка его толщины.

Проведена гипсовка восковой конструкции протеза, вываривание воска, паковка и полимеризации пластмасс. Материал базиса «Villacryl» производителя «Zhermack». (рисунок 44)

Рисунок 44 – Иммедиат-протез, перед наложением.

После обработки, шлифовки и полировки базиса съёмного пластиночного протеза, на внутренней поверхности базиса высверливались точечные ретенции для фитомази при помощи шарикового бора.

Протез передан челюстно-лицевому хирургу для непосредственного наложения в полости рта, после проведения оперативного вмешательства. Пациент направлен в онкодиспансер для проведения резекции пазухи верхней челюсти справа (рисунок 45.).

Рисунок 45 – Наложенный в процессе операции иммедиат-протез

Для оценки состояния функции жевания использовалась модифицированная жевательная проба В.Н. Трезубова и др. [98]. В данном случае эффективность жевательной функции исходно определена в пределах 24,4%. Пациенту даны рекомендации по пользованию иммедиат-протезом, поддержанию гигиены.

При повторном плановом осмотре через 10 дней отмечается наличие признаков воспаления. Гиперемия (++++). Пациент жалуется на значительную болезненность, проявляющуюся при приеме пищи и оказания компрессии на окклюзионную поверхность зубов.

Проведенное исследование и анализ состояния функции речи с использованием проверочной скороговорки показало неудовлетворительную четкость (С=2) и - низкую скорость (Т=2,8 сек) произношения.

Уровень реактивной тревожности, определен как высокий согласно оценке по методу Спилбергера-Ханина. Степень влияния стоматологического здоровья на качество жизни оценена достаточно высоким показателем – 55 баллов, с целью определения данного показателя применялся опросник OHIP-14. Эффективность жевательной функции определена в пределах 25,3%.

При следующем плановом осмотре через 20 дней отмечается наличие минимальных признаков воспаления. Гиперемия (++). Отмечается наличие грануляций.

Исследование и анализ состояния функции речи с использованием проверочной скороговорки показало неудовлетворительную четкость (С=2) и низкую скорость (Т=3,8 сек) произношения.

Оцененный по методике Спилбергера-Ханина уровень реактивной тревожности, определен как – средний (рисунок 46).

На плановом осмотре через 30 дней отмечается наличие минимальных признаков воспаления. Гиперемия (+). Наличие грануляций не отмечается.

Ф.И.О. _____

Для оценки динамики состояния реактивной тревожности используется первая половина теста (от 1 до 20-го вопроса)

1. Я спокоен……1 2 3 4
2. Мне ничто не угрожает ……1 2 3 4
3. Я нахожусь в напряжении……1 2 3 4
4. Я испытываю сожаление……1 2 3 4
5. Я чувствую себя свободно……1 2 3 4
6. Я расстроен……1 2 3 4
7. Меня волнуют возможные неудачи ……1 2 3 4
8. Я чувствую себя отдохнувшим……1 2 3 4
9. Я встревожен……1 2 3 4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения……1 2 3 4
11. Я уверен в себе……1 2 3 4
12. Я нервничаю……1 2 3 4
13. Я не нахожу себе места ……1 2 3 4
14. Я взвинчен……1 2 3 4
15. Я не чувствую скованности, напряженности ……1 2 3 4
16. Я доволен……1 2 3 4
17. Я озабочен……1 2 3 4
18. Я слишком возбужден и мне не по себе ……1 2 3 4
19. Мне радостно ……1 2 3 4
20. Мне приятно……1 2 3 4

Ответы на поставленные вопросы стандартно формулируются следующим образом:

1 - Нет, это не так.

2 - Пожалуй так.

3 - Верно.

4 - Совершено верно.

Ф.И.О. _____

1. Я испытываю удовольствие……1 2 3 4
2. Я очень быстро устаю……1 2 3 4
3. Я легко могу заплакать……1 2 3 4
4. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие……1 2 3 4
5. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения……1 2 3 4
6. Обычно я чувствую себя бодрым……1 2 3 4
7. Я спокоен, хладнокровен и собран……1 2 3 4
8. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат……1 2 3 4
9. Я слишком переживаю из-за пустяков……1 2 3 4
10. Я вполне счастлив……1 2 3 4
11. Я принимаю все слишком близко к сердцу……1 2 3 4
12. Мне не хватает уверенности в себе……1 2 3 4
13. Обычно я чувствую себя в безопасности……1 2 3 4
14. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей……1 2 3 4
15. У меня бывает хандра……1 2 3 4
16. Я доволен……1 2 3 4
17. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня……1 2 3 4
18. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть……1 2 3 4
19. Я уравновешенный человек……1 2 3 4
20. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах……1 2 3 4

Ответы на поставленные вопросы имеют стандартные формулировки:

1 - Почти никогда.

2 - Иногда.

3 - Часто.

4 - Почти всегда.

Рисунок 46 – Итоги анкетирования по Спилбергеру-Ханину на 20-й день

Исследование и анализ состояния функции речи с использованием проверочной скороговорки показало неудовлетворительную четкость (С=2) и среднюю скорость (Т=2,5 сек) произношения.

Оцененный по методике Спилбергера-Ханина уровень реактивной тревожности, определен как – низкий.

Глава 4. Обсуждение полученных результатов

Повышение абсолютного и относительного числа пациентов стоматологического профиля, которым необходима хирургическая помощь по поводу заболеваний пародонта, при травмах и новообразованиях челюстно-лицевой области в настоящее время является повсеместным.

В связи с этим не только вопросы оказания квалифицированной ортопедической помощи при дефектах челюстей и зубных рядов становятся все более актуальными, но также разработка и внедрение новых методов комплексной постоперационной реабилитации, способствующих более быстрой репарации операционных ран, а также максимально возможному восстановлению функций жевания и речи с параллельной оптимизацией психоэмоционального, вегетативного статуса и снижением степени влияния неудовлетворительных показателей стоматологического здоровья на уровень качества жизни пациентов.

Не менее высокую значимость для итогов постоперационной реабилитации имеет также адекватность и чувствительность методов контроля эффективности применяемых способов лечения, ортопедической помощи и реабилитационных пособий в целом.

Течение постоперационного периода реабилитации в хирургической стоматологии индивидуально и весьма разнообразно и зависит, по своим итогам и срокам, не только от характера патологии, предшествовавшей хирургическому вмешательству, вариабельному по своему объему и степени травматичности, но и от последующего применения всего комплекса перечисленных методов и подходов.

Разработка и внедрение в практику хирургической стоматологии новых способов ортопедического лечения, а также применение комплекса методик, позволяющих контролировать их эффективность в режиме реального времени способны оказывать положительное влияние на оптимальное и

ускоренное решение всех перечисленных проблем постоперационного периода реабилитации.

В качестве одного из методов уменьшения механического раздражения и ускорения заживления послеоперационной раны в стоматологии широко распространено введение лекарственных препаратов с контактной поверхности протеза. В связи с особенностями метода, лекарственный препарат должен иметь низкую растворимость в ротовой жидкости и раневом отделяемом, и обеспечивать сохранение терапевтических свойств в течение интервалов между приемами пищи длительностью не менее 5 часов

Очевидно, что искусственные ретенции различной формы, наносимые на изначально гладкую раневую поверхность протеза, вследствие усложнения рельефа и увеличения площади его поверхности должны увеличивать степень адгезии лекарственных препаратов и тем самым замедлять их всасывание, причем оба указанных эффекта должны зависеть еще и от вида применяемого лекарственного средства.

Однако, нанесение дополнительных ретенционных пунктов, не позволяет снизить давление протеза, оказываемое на раневую поверхность, а только увеличивает площадь протеза. Для решения проблемы снижения компрессии послеоперационной раны нами предложена модификация иммедиат-протеза, применяемая преимущественно в области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей. Ее особенностью, помимо увеличения площади поверхности протезного ложа, является также и наличие активно демпфирующего эффекта за счет элемента из полипропиленовой хирургической сетки и полости для лекарственного вещества.

Предполагалось, что применение сетки должно не только позволять амортизировать оказываемую на раневую поверхность нагрузку, но и, равным образом с ретенциями протезного базиса, увеличивать степень адгезии лекарственных препаратов и тем самым замедлять их всасывание.

Данные предположения подтверждены в проведенных исследованиях in vitro с использованием препаратов «Актовегин» и «Виспосил», наносившихся на модифицированные акриловые базисы зубочелюстных протезов. Сущность модификации заключалась в создании на поверхности базиса с помощью стоматологических боров различных по глубине и конфигурации насечек (ретенций): точечных, штриховых, зигзагообразных и - комбинированных.

Определения остатков лекарственных средств на базисе протезов («Активегин» и «Виспосил»), после экспонирования последних в изотоническом растворе хлорида натрия при температуре 37º С в течение 5 часов, произведённые с использованием фотоэлектрического колориметра КФК-2МП (Приложение №2) показали, что максимальная степень адгезии лекарственных препаратов обнаруживалась при использовании варианта конфигурации ретенций базиса зубочелюстного протеза в виде рядов точечных углублений диаметром 1-3 мм с интервалом 5 мм, где насечки обеспечивали более длительное сохранение препарата.

При этом препарат «Виспосил» [153] после 5-часового экспонирования в изотоническом растворе характеризовался лучшими показателями сохранности на базисе, нежели «Актовегин» (соответственно – 89 и 87 % по сравнению с 57 и 51 % в контроле (протез без насечек на базисе).

Аналогичным образом, после 5-часовой экспозиции в изотоническом растворе при 37º С определялись остаточные количества препаратов «Актовегин» и «Виспосил» помещенных в полость иммедиат-протеза с сеткой.

Остаточные количества препаратов «Виспосил» и «Актовегин» здесь также достоверно превышали показатели контроля (соответственно: 65 и 73% – 51 и 57%).

С учетом более выраженного адгезивного эффекта обнаруживаемого протеза с множественными точечными ретенциями базиса и особенно выраженного в отношении фитомази «Виспосил» в дальнейшем, in vivo

использовались в основном лишь данные модификация и препарат. Иммедиат-протез с сеткой, также в сочетании с фитомазью «Виспосил», находил себе применение преимущественно в случаях одновременного удаления фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей.

Клиническая, визуально-пальпаторная, оценка скорости заживления операционной раны, произведенная у 180 стоматологических пациентов, в послеоперационном периоде реабилитации показала также значительное преимущество применения модифицированных зубочелюстных протезов с точечными ретенциями (IIp) раневой поверхности базиса по сравнению с иными формами углублений (штриховидные (IIt) и зигзагообразные (IIz)). При всех исследованных конфигурациях насечек (ретенций) применялась фитомазь «Виспосил».

Отечность в контроле и подгруппах опыта исчезала к 30 дню после наложения протеза. Однако лишь в подгруппе IIp ее показатель снижался до минимального уровня (1) уже к 10 дню. В этой же подгруппе в отличие от прочих к 10 дню исчезала и гиперемия. Также исключительно в подгруппе IIp признаки организации сгустком и практическое отсутствие грануляционной ткани имелись при всех временных определениях, в то время как в прочих подгруппах соответствующие показатели мало отличались от контрольных.

Во IIp подгруппе на протяжении 30 дней наблюдения констатировано также более быстрое и выраженное уменьшение количества выступающих костных краев, причем если во всех трех основных подгруппах значения этого показателя к 30 дню становились минимальными (1), то в контрольной в тот же срок они соответствовали лишь умеренной степени (2).

Преобладающее повышение показателей эластичности и снижение подвижности во всех основных подгруппах, по сравнению с контролем, в наибольшей степени демонстрировалось к 30 дню наблюдения, но скорость изменения перечисленных значений также была заметно выше в IIp группе.

Болезненность к 30 дню отсутствовала во всех группах, кроме контрольной, но на 3 день была минимальной лишь в IIр группе.

Наконец, степень нарастания тургора в подгруппе IIр достигала максимума к 10 дню, а в прочих основных лишь к 30-му (3), в то время как в контрольной группе к тому же сроку тургор определялся лишь как умеренный.

Таким образом, на основе изложенного, следует полагать, что зубочелюстные протезы с наличием ретенционных пунктов, нанесенных на их базис в сочетании с использованием мази «Виспосил», способствуют более быстрому восстановлению подлежащих тканей, поврежденных операцией, по сравнению с аналогичными стандартными протезами. При этом наибольшую эффективность показывает применение протезов с конфигурацией рядового расположения точечных ретенционных пунктов на их базисе. Отсюда следует, что применение подобной конфигурации точечных ретенций на раневой поверхности базиса зубочелюстного протеза в постоперационном периоде является оптимальным по сравнению со штриховой и зигзагообразной.

Данные, полученные при визуально-пальпаторном методе исследования, подтверждены и результатами цитоморфологической динамики заживления раневой поверхности.

Установлено, что применение модифицированных зубочелюстных протезов (точечные ретенции раневой поверхности базиса и иммедиат-протез с сеткой) с использованием фитомази «Виспосил» существенно ускоряет заживление операционной раны, приводя в подавляющем большинстве случаев к полноценной цитоморфологической репарации (преобладание в мазках клеток с пикнотичными ядрами) к 30 дню послеоперационного периода, в то время как при употреблении зубочелюстных протезов обычной конструкции с использованием той же фитомази к 30 дню достигается лишь четвертая, поздняя стадия регенерации (преобладание шиповатых клеток).

Подобный положительный клинико-морфологический эффект, на наш взгляд, наряду с высокой терапевтической эффективностью фитомази «Виспосил», обусловлен замедлением резорбции данного лекарственного препарата, вследствие наличия точечных ретенций или (в некоторых случаях) полимерной сетки, что сопровождается сохранением его оптимальной лекарственной концентрации в течение более продолжительного времени.

Резекции челюстей, равно как и обширные дефекты зубных рядов, сопровождаются обычно существенными нарушениями функций жевания и речи. Если первое грозит существенными нарушениями функции пищеварения, то последнее чревато серьезными последствиями в плане социальной коммуникации и, соответственно, адаптации в обществе.

Постоперационная оптимизация функций жевания и речи, поэтому, является первоочередными целями хирургического лечения и ортопедического пособия у пациентов стоматологического профиля в реабилитационном периоде, независимо от способов вмешательств, направленных на восстановление анатомической целостности зубочелюстной системы.

Результаты сравнительной оценки эффективности жевательной функции, произведенной по методу В.Н. Трезубова и др. [98] у 180 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в постоперационной реабилитации с параллельным компьютерным определением степени окклюзии (СО) (Приложение №5) показывают, что при исходно равном, пониженном состоянии жевательной функции, заметное и достоверное повышение уровня последней в основной группе (модифицированные зубочелюстные протезы + фитомазь «Виспосил») отмечено уже на 20 день послеоперационного периода с достижением максимума (76,4 % от нормы) – на 30 день, в то время как в контрольной группе аналогичная тенденция не получает статистического подтверждения.

В итоге, к 30 дню послеоперационной реабилитации уровень функции жевания (жевательная эффективность – ЖЭ) в основной группе существенно и достоверно превышает аналогичный показатель в контроле.

На этом, фоне показатели степени окклюзии, демонстрировавшие меньшие значения при первых двух определениях, в обеих группах достоверно сравниваясь с уровнем функции жевания, определенным способом В.Н. Трезубова [98], к 20-му дню и превышая их к 30-му. При этом, параметры ЖЭ и СО во II группе как к 20-му, так и к 30-му дням значительно и достоверно превышали соответствующие средние значения в контрольной группе при тех же определениях.

Отмеченные закономерности в плане отличия показателей ЖЭ и СО от исходных значений в основной и контрольной группах в последних двух определениях, очевидно, связаны, в первую очередь, с более высокой скоростью заживления раневой поверхности под базисом модифицированного зубочелюстного протеза. Меньшие значения СО, по сравнению с ЖЭ, при первых двух определениях (исходно и на 10-й день после операции) обусловлены, на наш взгляд, наличием болевого синдрома и первоначальной дискоординации функции жевательных мышц, не позволяющих достигнуть надлежащей силы сжатия челюстей и, соответственно, получить полноценный восковый слепок при определении СО.

Примечательно, что к 30-му дню различие в этих показателях значительно более выражено в первой группе (контроль), что связано, по всей видимости, с большей степенью дисфункции жевательных мышц и более низкой скоростью заживления операционной раны в данной группе.

В сравнении с этим, показатели ЖЭ и СО во второй группе (модифицированный протез + фитомазь «Виспосил») на 20-й и 30-й день определения практически совпадают, что позволяет постулировать возможность практической взаимозаменяемости данных методов при определении эффективности жевательной функции в указанные и более

поздние сроки постоперационного периода при употреблении модифицированного зубочелюстного протеза, с нанесением на его базис фитомази «Виспосил».

Отмеченные закономерности, очевидно, в первую очередь связаны с увеличением скорости и оптимизацией заживления раневой поверхности под базисом модифицированного зубочелюстного протеза.

В плане возможностей речевой реабилитации произведена оценка модифицированного зубочелюстного протеза с наложением на него съемных миогимнастических элементов собственной конструкции (Приложение № 4) и применением фитомази «Виспосил» у 110 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в подобной помощи.

Образовавшиеся в постоперационном периоде обширные дефекты зубного ряда, а также дефекты челюстей и языка обычно сопровождаются выраженной невнятностью речи, возрастающей трудностью отчетливого произношения отдельных слов и звуков.

Некоторые больные, особенно перенесшие резекцию верхней челюсти или гемиглоссэктомию, на предварительном собеседовании были способны произнести лишь отдельные слова и с трудом назвать свое имя и адрес.

Речевой объем более 5–6 слов (около 15 слогов) для них является затруднительным и вызывает сильное утомление.

В подобных случаях изготовление и наложение модифицированного протеза дополнялось установкой съемного миогимнастического элемента СМЭ с назначением курса миогимнастики языка или его культи (по 1-2 часа в день в течение месяца).

Оценка степени восстановления речевой функции производилась до операции, а также на 15-й и 30-й день после наложения зубочелюстного протеза путем проведения аудиотеста с оценкой четкости произношения (C–clarity) по пятибалльной шкале и его скорости в сек (T – time). Последний показатель сравнивался с усредненным значением, выведенным для данного

аудиотеста по результатам его проведения среди 100 здоровых лиц, не страдавших дефектами речи.

Полученные результаты свидетельствовали о существенных исходных дооперационных нарушениях речевой функции в контрольной и основной группах, которые после операции, сразу после установки зубочелюстного протеза, достоверно усугублялись по данным аудиотеста как во временном, так и в качественном отношениях.

Подобные изменения до операции, очевидно, объясняются наличием основного патологического процесса, а непосредственно после нее – первоначально высокой степенью неадаптированности к установленному зубочелюстному протезу, а также наличием отека и болевого синдрома, выраженных, в той или иной степени.

На 15-й день после установки зубочелюстного протеза и СМЭ констатировано достоверное улучшение качественных показателей речи (С) до 0,8 от нормы в контроле, и до 0,7 – в основной группе при исходном уровне 0,6, межгрупповая разница при этом статистически несущественна. Временные показатели аудиотеста в тот же период, хотя и снижаются относительно соответствующих постоперационных значений, но в каждой из двух групп достигают при этом лишь исходного, дооперационного уровня.

К 30-му дню в обеих группах зафиксировано достоверное улучшение качественных показателей речи (С) с их повышением, по данным аудиотеста, до 0,7 относительно нормы в контроле и до 0,9 в основной группе. Межгрупповая разница показателей достоверна при $p \leq 0,01$.

На этом фоне имело место достоверно значимое снижение временных показателей речевой функции (Т) в основной группе до уровня ниже исходного (1,5), в то время как в контроле, аналогичная тенденция к снижению значений Т вела лишь к достижению исходных показателей (1,9). Межгрупповая разница показателей Т достоверна при $p \leq 0,001$.

Таким образом, следует полагать, что использование модифицированных зубочелюстных протезов, несущих в своей конструкции

съемные миогимнастические элементы, в постоперационном периоде у пациентов стоматологического профиля, а также ежедневное использование СМЭ в качестве «гимнастического снаряда» для языка или его культи, приводит к существенно более быстрой оптимизации речевой функции в параметрах четкости и скорости произношения.

Помимо того, что речь пациентов становилась более разборчивой, понятной, естественной и выразительной, изменялось их отношение к собственной речи субъективно ощущаемое как большая легкость произношения, У 34,8 % больных до протезирования и прохождения курса миогимнастики с СМЭ речь была малоразборчива. С протезом и после курса миогимнастики речь становилась четкой у 71,2 %, хорошей – у 25,7 % больных.

Предложенный нами и апробированный в данном исследовании аудио тест для оценки качества и скорости речи, несмотря на простоту его применения, позволяет давать достоверную экспресс оценку качеству восстановления функции речеобразования.

Возможность применения данной методики непосредственно врачом, значительно упрощает процедуру оценки качества речи, что позволяет специалисту, проводящему ортопедическую реабилитацию вносить своевременные коррективы и достигать большего уровня психологического комфорта пациента.

Известно, что психоэмоциональное состояние больного, в значительной степени влияющее на быстрый и благополучный исход периода постоперационной реабилитации, в большой степени определяется уровнем его тревожности: личностной (ЛТ) – фоновой, индивидуально относительно постоянной и реактивной (РТ) – лабильной, ситуативной [17].

Примеров анализа влияния новых видов зубочелюстных протезов на динамику уровня тревожности в постоперационном периоде реабилитации у стоматологических больных нами не обнаружено, и потому в данном исследовании анализировалась динамика показателей ЛТ и РТ в упомянутом

периоде в условиях применения нового, модифицированного зубочелюстного протеза, в сравнении с традиционно применявшимся.

Сравнительные исследования показателей уровней тревожности по ходу и результатам послеоперационной реабилитации определены у 458 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет в трех группах: контрольная (I) – с применением традиционного комплекса реабилитационных пособий; группа пациентов с дефектами зубного ряда, требующими непосредственного съемного зубопротезирования (II) и группа онкологических больных с дефектами челюстей, требующих зубочелюстного протезирования (III).

В основных группах (II-III), в отличие от контрольной (I), использовались зубные и челюстные протезы с насечками в виде точечных углублений. Насечки наносились на поверхность протеза, прилегающую к раневой, и покрывались слоем мази «Виспосил» (Приложение №2, [153]).

Психологическое тестирование с использованием методики Спилбергера – Ханина (Приложение №7) во всех выделенных группах проводилось после объявления диагноза и плана лечения, включавшего в себя предстоящее оперативное вмешательство с разъяснением его возможных дальнейших последствий и плана послеоперационной реабилитации, и повторялось спустя 10, 30 и 90 дней после оперативного вмешательства и протезирования.

Результаты определения исходных уровней личностной тревожности (ЛТ) свидетельствовали об отсутствии существенных, статистически подтверждаемых различий распределений этих показателей между группами.

При последующих определениях показатели уровней ЛТ также изменялись в пределах статистической погрешности.

Результаты изучения динамики РТ показали отсутствие существенной разницы в исходном распределении ее уровней в различных группах.

По сравнению с результатами исходного определения уровня РТ во II группе, отмечено достоверное увеличение доли пациентов с низким и

умеренным уровнями РТ уже на 10 день после операции, в то время как в I и III группе в этот срок обнаруживалась лишь статистически не подтверждаемая тенденция к подобному увеличению.

При дальнейших определениях (30 и 90 дней) во всех группах имело место достоверное, по сравнению с исходными определениями, снижение доли пациентов с высоким уровнем РТ, а также увеличение относительного числа их с умеренным и низким уровнем с достижением максимума соответствующих показателей к 90 дню.

Следует отметить, что максимум доли пациентов с низким уровнем РТ при определении на 90 день был констатирован во II группе (65,1 %), в то время, как в III зафиксировано 39,6 %, а в контроле – 55,0 %. При этом, статистически достоверной была найдена лишь разница показателей между I и II группами.

Что же касается доли пациентов с умеренным уровнем РТ, то на 90 день этот показатель с высокой степенью достоверности превышал соответствующее значение его в контроле, имея максимум в III группе (I – 16,7 %; II – 30,5 %; III – 52,8 %).

Межгрупповая разница в относительном числе пациентов с низким уровнем РТ на 90 день находилась в пределах статистической погрешности (I – 11,7 %; II – 4,5 %; III – 7,5 %).

Тем не менее, суммарный показатель доли больных с умеренным (38,9 %) и высоким (5,3 %) уровнями РТ (I+II) на 90 день с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,001$) отличались от соответствующих контрольных значений (11,7 %) в определениях того же периода.

Таким образом, на основе полученных данных можно констатировать, что применение модифицированных зубочелюстных протезов имеет следствием более быстрое снижение уровня РТ в послеоперационном периоде, что подтверждается его достоверностью, по сравнению с исходным, уже на 10 день после операции, в то время как подобная достоверность в

группе с традиционными методами протезирования (контроль), фиксировалась лишь на 30 день.

Вместе с тем, несколько большее, относительно исходного определения, снижение уровня РТ в II группе, по сравнению с III, по-видимому, следует относить на счет присутствия онкологической патологии в последней, а также сравнительно большему объему оперативных вмешательств и тенденции к более высокому фоновому уровню ЛТ в этой группе.

Отмеченное достоверное и более выраженное увеличение доли пациентов с совокупным низким и умеренным уровнями РТ в периоде отдаленном от операции (90 дней), а также соответственное уменьшение показателей с высоким уровнем относительно контрольной группы также свидетельствует о значительно большей эффективности применения модифицированных зубочелюстных протезов, по сравнению с традиционными, в плане нормализации уровня РТ и, следовательно, общего психоэмоционального состояния у оперированных больных в периоде реабилитации.

Психоэмоциональное состояние стоматологических пациентов, отражая, с одной стороны, наличие того или иного вида и объема патологии, а с другой – способствуя или препятствуя быстрейшей и полноценной реабилитации в послеоперационном периоде, необходимо требует своего адекватного и объективного определения, как перед оперативным вмешательством, так и после него, по ходу послеоперационной реабилитации и в более подробном и объективном освещении.

Объективно свидетельствовать об успешности применения того или иного метода ортопедической помощи в постоперационном периоде реабилитации могут также и особенности динамики двигательно-поведенческих реакций и вегетативного статуса стоматологических пациентов, в связи с чем последние, с целью определения

психоэмоционального статуса, изучены в тех же группах у 458 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет.

Спектр определения двигательно-поведенческих реакций включал в себя комплекс симптомов, отражающих уровень внутренней напряженности (ВН): сжатие губ, отсутствие улыбки, страдальческое выражение лица, напряжение жевательных мышц, изменение выражения глаз, пассивность позы, длительность сохранения ее, а также признаки, отражающие уровень нервной возбудимости (НВ): частое моргание, а также двигательное беспокойство, хаотичность движений, частая смена поз в стоматологическом кресле, или, напротив, вялость движений.

Среди вегетативных реакций (ВР) фиксировались: частота сердечных сокращений, гиперемия или бледность кожных покровов лица и шеи, гипергидроз лица и ладоней, расширение зрачков, гипер- или гипофункция слюнных желез.

Согласно полученным данным, наиболее выраженный и быстрый эффект по снижению уровня внутренней напряженности в сравнении с контролем зафиксирован во II группе, где совокупная суммарная характеристика группы (ССХГ) по ВН обнаруживала наибольший, по сравнению с контролем, уровень снижения в отношении к исходному показателю уже на 10-й день после операции (61,7 % к исходному), а в конечном определении на 90-й день достигала минимального значения – 4,3 %.

Аналогичная, менее выраженная по сравнению со II группой, динамика констатирована в III группе (10-й день – 72,9 %, 90-й – 8,3 %). Сходным образом изменялись и показатели ССХГ по нервной возбудимости (НВ), с тем отличием, что если во II группе заметно более выраженное ее снижение к исходному значению по сравнению с контролем зафиксировано уже на 10-й день после операции (75 %), то в III – лишь на 30-й (31,3 %).

Конечное определение, в сравнении с контролем, также демонстрировало более значимое снижение ССХГ по НВ относительно

исходного – во II группе (12,5 %) по сравнению с III (18,8 %).

Показатели ССХГ вегетативных составляющих психоэмоционального статуса (ССХГв), приведенные в таблице 11, в послеоперационном периоде реабилитации, по сравнению с аналогичными изменениями ССХГ по ВН и НВ, уменьшались менее быстро относительно своего исходного уровня, сохраняя при этом сравнительно более высокие значения. Наилучшие результаты при этом достигались во II группе, где снижение ССХГв заметно большее, нежели в контрольной группе, имело место уже на 10-й день (76,2 %) и достигало минимального значения (16,7 %) на 90-й день. На этом фоне в III группе динамика снижения ССХГв относительно исходного уровня в послеоперационном периоде реабилитации не имела существенных отличий от соответствующих изменений в контрольной группе.

Сравнительно меньшая лабильность ССХГ по ВН и НВ, а также ССХГв в III группе находит свое объяснение как в большей травматичности оперативных вмешательств, выполненных в этой группе, так и в наличии онкологической патологии, самой по себе оказывавшей негативное влияние на психоэмоциональный статус пациентов.

Таким образом, представленные данные позволяют констатировать положительное и значимое влияние модифицированных зубочелюстных протезов на психоэмоциональное состояние пациентов, несколько менее выраженное при наличии онкологических заболеваний, которое обуславливает большую скорость обратного развития нежелательных вегетативных реакций в период послеоперационной реабилитации.

У большинства стоматологических пациентов, особенно хирургического профиля значительное психоэмоциональное напряжение, сопровождается повышением вегетативного тонуса (ВТ), что, в частности, находит свое объективное отражение в пропорциональном усилении функции потовых желез, ведущему к увеличению их электрической активности, отражаясь в повышении общей электрокожной активности (ЭКА) в ответ на различные внешние стимулы.

«Эмоциональная» ЭКА, регистрируемая с поверхности ладоней в послеоперационном периоде реабилитации определена у 158 стоматологических пациентов с разделением на контрольную (I) и две основных группы: 58 пациентов с дефектами зубного ряда, требующими непосредственного съемного зубопротезирования (II) и 60 онкологических больных с дефектами челюстей, требующих зубочелюстного протезирования (III). В основных группах (II-III) традиционные методы протезирования дополнялись использованием модифицированных зубных и зубочелюстных протезов с применением фитомази «Виспосил» [153].

Перед оперативным вмешательством, а также в сроки 10 и 30 дней после него, проводилось определение ЭКА, индуцируемой стандартными прямоугольные импульсами постоянного тока с пропорциональным компьютерным преобразованием напряжения в сопротивление (ЭКС) (Приложение №1), что позволяло объективно фиксировать уровень ВТ.

Интегральная оценка динамики проводилась путем расчета внутригруппового индекса вегетативного тонуса (ИВТ), определяемого как отношение суммарного числа случаев с низким и средним уровнем ВТ к количеству наблюдений с высоким уровнем.

Констатировано, что во всех выделенных группах после оперативного вмешательства и зубочелюстного протезирования в течение месяца наблюдения фиксируется отчетливая тенденция к увеличению относительного числа пациентов с низким и средним уровнями ВТ с соответствующим снижением % высокого.

Показатели ИВТ при этом демонстрируют достоверное и более выраженное улучшение значений ВТ во II и III группах, по сравнению с контрольной, причем во II группе благоприятные изменения более эксплицитны по отношению к контролю и к III группе. Подобные различия в динамике показателей, очевидно, обусловлены большей рефрактерностью изначального ВТ у онкологических больных.

Таким образом, динамика одного из косвенных показателей ВТ (ЭКС)

свидетельствует о весомой значимости положительного влияния модифицированных зубочелюстных протезов на эффективное снижение уровня психоэмоционального напряжения стоматологических пациентов в периоде послеоперационной реабилитации.

Показатели степени влияния стоматологического здоровья (СВСЗ) на уровень качества жизни определены нами у 458 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет с использованием методики OHIP-14 в следующие сроки: до операции (исходно) и – через 10, 20, 30 и 90 дней после оперативного вмешательства и протезирования при разделении больных на контрольную (I) и две основные группы (II-III).

Как следует из полученных результатов, исходные средние показатели СВСЗ на КЖ во всех трех выделенных группах имели несущественные различия, указывая на отрицательное действие совокупности стоматологических проблем на КЖ пациентов.

Достоверный сдвиг показателей СВСЗ в лучшую сторону в контрольной группе отмечен, начиная с 30-го дня, а во II и III – с 10-го. При этом, показатели СВСЗ, соответствующие положительному влиянию на КЖ, впервые зафиксированы в контрольной и в III группах – на 90-й день, а во II группе – на 30-й, причем значения СВСЗ во II и III группах начинали отражать достоверно положительное влияние на КЖ, начиная с 10-го дня (в контроле - с 20-го).

Вместе с тем, показатели СВСЗ на КЖ, существенно не отличавшиеся от имевшихся в контрольной группе с высокой степенью достоверности имели значительно меньшие значения во II группе, начиная с 20-го дня периода послеоперационной реабилитации, а в III – начиная с 30-го.

Таким образом, полученные данные позволяют констатировать, что применение модифицированных зубных и челюстных протезов с высокой степенью достоверности ведет заметному и ускоренному снижению СВСЗ на КЖ пациентов стоматологического профиля в период послеоперационной

реабилитации, что способствует реальному сокращению продолжительности указанного периода.

Проведенное комплексное клинико-экспериментальное исследование позволяет заключить, что предложенная нами новая модификация зубочелюстных протезов в сочетании с фитомазью «Виспосил», и в совокупности со съемными миогимнастическими элементами, применяемыми по мере необходимости, позволяет существенно ускорить заживление операционных ран, а также оптимизировать в более короткие сроки функции жевания, речи, нормализовать психоэмоциональный и вегетативный статус стоматологических пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству и уменьшить, тем самым, степень влияния стоматологического здоровья на качество жизни.

Таким образом, полученные данные позволяют констатировать, что применение модифицированных зубных и челюстных протезов с высокой степенью достоверности ведет заметному и ускоренному снижению СВСЗ на КЖ пациентов стоматологического профиля в период послеоперационной реабилитации, что способствует реальному сокращению продолжительности указанного периода.

Проведенное комплексное клинико-экспериментальное исследование позволяет заключить, что предложенная нами новая модификация зубочелюстных протезов в сочетании с фитомазью «Виспосил», и в совокупности со съемными миогимнастическими элементами, применяемыми по мере необходимости, позволяет существенно ускорить заживление операционных ран, а также оптимизировать в более короткие сроки функции жевания, речи, нормализовать психоэмоциональный и вегетативный статус стоматологических пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству и уменьшить, тем самым, степень влияния стоматологического здоровья на качество жизни.

Заключение

У 70% населения России в возрасте 20-50 лет нарушена целостность зубных рядов [12,13,41,132,173]. Множество этиологических факторов, таких как наследственность, вид прикуса, состояние твёрдых тканей и пародонта оставшихся зубов, возраст, сопутствующие заболевания, а также давность потери зубов, определяют значительное многообразие клинических проявлений данного состояния [105,134,161]. В последние десятилетия в РФ констатируется значительное увеличение числа стоматологических больных, которым показано множественное одномоментное удаление зубов. Как правило, причиной этого являются осложненный кариес, пародонтит, пародонтоз, травмы челюстно-лицевой области, а также – онкологические и идиопатические заболевания [2,28,96,107,134].

Вместе с тем в России, как и во всем мире, наблюдается высокий рост частоты встречаемости онкологических заболеваний, что связано с ухудшением экологической обстановки, также отмечается повышение количества случаев травматизации и ранений челюстей [14,23,125], техногенными и природными катастрофами [19,141], ростом социальной напряженности, локальными войнами, учащением травматизма и т.п. [24,99, 142].

Оперативные вмешательства различного объема имеют весомое значение в лечении стоматологических заболеваний. При этом, хирургические вмешательства в зубочелюстной системе, сами по себе, отнюдь не отражают эффективность лечения той или иной патологии. В большой степени конечная эффективность лечения выражается в сочетание с адекватной послеоперационной реабилитацией.

В стоматологической практике широко используются съемные зубочелюстные протезы. Их применение играет существенную роль в послеоперационном периоде реабилитации. Свойства съемных

зубочелюстных протезов позволяют с относительной легкостью разрабатывать и применять различные их модификационные изменения и дополнения, сокращающие сроки заживления операционных ран и стимулирующие скорейшее восстановление утраченных или ослабленных в результате операции функции жевания и речи, равно как и исходные психоэмоциональный и вегетативный статусы в пределах возможного [9,27,87,150,195,258].

Данное исследование основано на анализе результатов послеоперационной реабилитации в совокупности у 458 пациентов стоматологического профиля.

Материал разделялся на 3 основные группы больных перенесших различные оперативные вмешательства:

I. Контрольная группа. Представлена совокупностью пациентов в возрасте от 21 до 80 лет (60 случаев), которым в послеоперационном периоде оказывался традиционный комплекс реабилитационных пособий. Среди них 27 (45 %) с дефектами зубного ряда, 33 (55 %) – с дефектами челюстей.

II. Дефекты зубного ряда, требующие непосредственного съемного зубопротезирования (292 наблюдения). Из них причиной образования дефекта в 212 (72,6 %) случаях являлись кариес (К02.*) и воспалительные заболевания пародонта (К05.*), а в 80 (27,4 %) – переломы челюстей (S02.4 и S02.6).

III. Дефекты челюстей, требующие зубочелюстного протезирования – 106 пациентов. Причиной дефектов во всех случаях являлись злокачественные опухоли челюстей: плоскоклеточный рак с ороговением (62,63%) и без (21,97%), железистый рак (8,8%) и различные виды сарком (6,6%) (С03.9, С03.1, С08.0, С08.1, С08.9, С41.0, С41.1, С44.9, С44.3).

В контрольной группе (I) использовались зубные и зубочелюстные протезы обычной конструкции. В основных группах (II-III) традиционные

методы реабилитации дополнялись использованием зубных и зубочелюстных протезов с насечками, нанесенными шаровидными борами диаметром 2 мм в виде точечных углублений с интервалом 5 мм в виде вариабельного числа рядов, определяемого размерами протеза, а также иммедиат-протезы оригинальной конструкции, используемые во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей.

Не менее высокую значимость для итогов постоперационной реабилитации имеет также адекватность и чувствительность методов контроля эффективности применяемых способов лечения, ортопедической помощи и реабилитационных пособий в целом.

Очевидно, что искусственные ретенции различной формы, наносимые на изначально гладкую раневую поверхность протеза, вследствие усложнения рельефа и увеличения площади его поверхности должны увеличивать степень адгезии лекарственных препаратов и тем самым замедлять их всасывание, причем оба указанных эффекта должны зависеть еще и от вида применяемого лекарственного средства.

Однако, нанесение дополнительных ретенционных пунктов не позволяет снизить давление протеза, оказываемое на раневую поверхность, а только увеличивает площадь протеза. Для решения проблемы снижения компрессии послеоперационной раны, нами предложена модификация иммедиат-протеза, применяемая преимущественно в области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей. Ее особенностью, помимо увеличения площади поверхности протезного ложа, является также и наличие активно демпфирующего эффекта за счет элемента из полипропиленовой хирургической сетки и полости для лекарственного вещества.

Предполагалось, что применение сетки должно не только позволять амортизировать оказываемую на раневую поверхность нагрузку, но и равным образом с ретенциями протезного базиса увеличивать степень адгезии лекарственных препаратов и тем самым замедлять их всасывание.

Данные предположения подтверждены в проведенных исследованиях in vitro с использованием препаратов «Актовегин» и «Виспосил», наносившихся на модифицированные акриловые базисы зубочелюстных протезов.

Сущность модификации заключалась в создании на поверхности базиса с помощью стоматологических боров различных по глубине и конфигурации насечек (ретенций): точечных, штриховых, зигзагообразных и - комбинированных.

Определения остатков лекарственных средств на базисе протезов («Активегин» и «Виспосил»), после экспонирования последних в изотоническом растворе хлорида натрия при температуре 37º С в течение 5 часов, произведённые с использованием фотоэлектрического колориметра КФК-2МП показали, что максимальная степень адгезии лекарственных препаратов обнаруживалась при использовании варианта конфигурации ретенций базиса зубочелюстного протеза в виде рядов точечных углублений диаметром 1-3 мм с интервалом 5 мм, где насечки обеспечивали более длительное сохранение препарата.

При этом препарат «Виспосил» после 5-часового экспонирования в изотоническом растворе характеризовался лучшими показателями сохранности на базисе, нежели «Актовегин» (соответственно – 89 и 87 % по сравнению с 57 и 51 % в контроле (протез без насечек на базисе).

Аналогичным образом, после 5-часовой экспозиции в изотоническом растворе при 37º С определялись остаточные количества препаратов «Актовегин» и «Виспосил» помещенных в полость иммедиат-протеза с сеткой. Остаточные количества препаратов «Виспосил» и «Актовегин» здесь также достоверно превышали показатели контроля (соответственно: 65 и 73 % - 51 и 57 %).

Модифицированные зубные и зубочелюстные протезы с точечными ретенциями диаметром 1 мм в виде рядов с интервалом – 5 мм характеризуются максимальной степенью адгезии лекарственных средств,

нанесенных на их базисы, по сравнению с прочими испытанными формами и конфигурациями ретенций.

Клиническая, визуально-пальпаторная, оценка скорости заживления операционной раны, произведенная у 180 стоматологических пациентов, в послеоперационном периоде реабилитации показала также значительное преимущество применения модифицированных зубочелюстных протезов с точечными ретенциями (IIp) раневой поверхности базиса по сравнению с иными формами углублений (штриховидные (IIt) и зигзагообразные (IIz)). При всех исследованных конфигурациях насечек (ретенций) применялась фитомазь «Виспосил».

Отечность в контроле и подгруппах опыта исчезала к 30 дню после наложения протеза. Однако лишь в подгруппе IIp ее показатель снижался до минимального уровня (1) уже к 10 дню. В этой же подгруппе в отличие от прочих к 10 дню исчезала и гиперемия. Также исключительно в подгруппе IIp признаки организации сгустком и практическое отсутствие грануляционной ткани имелись при всех временных определениях, в то время как в прочих подгруппах соответствующие показатели мало отличались от контрольных.

Во IIp подгруппе на протяжении 30 дней наблюдения констатировано также более быстрое и выраженное уменьшение количества выступающих костных краев, причем если во всех трех основных подгруппах значения этого показателя к 30 дню становились минимальными (1), то в контрольной в тот же срок они соответствовали лишь умеренной степени (2).

Преобладающее повышение показателей эластичности и снижение подвижности во всех основных подгруппах, по сравнению с контролем, в наибольшей степени демонстрировалось к 30 дню наблюдения, но скорость изменения перечисленных значений также была заметно выше в IIp группе.

Болезненность к 30 дню отсутствовала во всех группах, кроме контрольной, но на 3 день была минимальной лишь в IIp группе.

Наконец, степень нарастания тургора в подгруппе IIр достигала максимума к 10 дню, а в прочих основных лишь к 30-му (3), в то время как в контрольной группе к тому же сроку тургор определялся лишь как умеренный.

Данные, полученные при визуально-пальпаторном методе исследования, подтверждены и результатами цитоморфологической динамики заживления раневой поверхности.

Установлено, что применение модифицированных зубочелюстных протезов (точечные ретенции раневой поверхности базиса и иммедиат протез с сеткой) с использованием фитомази «Виспосил» существенно ускоряет заживление операционной раны, приводя в подавляющем большинстве случаев к полноценной цитоморфологической репарации (преобладание в мазках клеток с пикнотичными ядрами) к 30 дню послеоперационного периода, в то время как при употреблении зубочелюстных протезов обычной конструкции с использованием той же фитомази к 30 дню достигается лишь четвертая, поздняя стадия регенерации (преобладание шиповатых клеток).

Вследствие повышенной адгезии лекарственных препаратов к базису, применение модифицированных зубных и зубочелюстных протезов с точечными ретенциями в послеоперационном периоде реабилитации приводит к более длительному сохранению оптимальной лекарственной концентрации и к существенному ускорению элиминации признаков воспаления с достижением полной репарации раневой поверхности к 30-му дню лечения, что подтверждается данными визуально-пальпаторного и цитоморфологического исследований в сравнении с контролем.

Результаты сравнительной оценки эффективности жевательной функции, произведенной по методу В.Н. Трезубова и соавт. [98] у 180 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в постоперационной реабилитации с параллельным компьютерным определением степени окклюзии (СО) (Приложение №5) показывают, что при исходно равном, пониженном состоянии жевательной

функции, заметное и достоверное повышение уровня последней в основной группе (модифицированные зубочелюстные протезы + фитомазь «Виспосил») отмечено уже на 20 день послеоперационного периода с достижением максимума (76,4 % от нормы) – на 30 день, в то время как в контрольной группе аналогичная тенденция не получает статистического подтверждения.

В итоге, к 30 дню послеоперационной реабилитации уровень функции жевания (жевательная эффективность – ЖЭ) в основной группе существенно и достоверно превышает аналогичный показатель в контроле.

На этом фоне показатели степени окклюзии, демонстрировавшие меньшие значения при первых двух определениях, в обеих группах достоверно сравниваясь с уровнем функции жевания, определенным способом В.Н. Трезубова [100], к 20 дню и превышая их к 30-му.

При этом параметры ЖЭ и СО во II группе как к 20-му, так и к 30-му дням значительно и достоверно превышали соответствующие средние значения в контрольной группе при тех же определениях.

Отмеченные закономерности в плане отличия показателей ЖЭ и СО от исходных значений в основной и контрольной группах в последних двух определениях, очевидно, связаны, в первую очередь, с более высокой скоростью заживления раневой поверхности под базисом модифицированного зубочелюстного протеза. Меньшие значения СО, по сравнению с ЖЭ, при первых двух определениях (исходно и на 10 день после операции) обусловлены, на наш взгляд, наличием болевого синдрома и первоначальной дискоординации функции жевательных мышц, не позволяющих достигнуть надлежащей силы сжатия челюстей и, соответственно, получить полноценный восковый слепок при определении СО.

Примечательно, что к 30-му дню различие в этих показателях значительно более выражено в первой группе (контроль), что связано, по

всей видимости, с большей степенью дисфункции жевательных мышц и более низкой скоростью заживления операционной раны в данной группе.

В сравнении с этим, показатели ЖЭ и СО во второй группе (модифицированный протез + фитомазь «Виспосил») на 20-й и 30-й дни определения практически совпадают, что позволяет постулировать возможность практической взаимозаменяемости данных методов при определении эффективности жевательной функции в указанные и более поздние сроки постоперационного периода при употреблении модифицированного зубочелюстного протеза, с нанесением на его базис фитомази «Виспосил» [153].

Отмеченные закономерности, очевидно, в первую очередь связаны с увеличением скорости и оптимизацией заживления раневой поверхности под базисом модифицированного зубочелюстного протеза.

В плане возможностей речевой реабилитации произведена оценка модифицированного зубочелюстного протеза с наложением на него съемных миогимнастических элементов собственной конструкции (Приложение № 5) и применением фитомази «Виспосил» у 110 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в подобной помощи.

Образовавшиеся в постоперационном периоде обширные дефекты зубного ряда, а также дефекты челюстей и языка обычно сопровождаются выраженной невнятностью речи, возрастающей трудностью отчетливого произношения отдельных слов и звуков.

Некоторые больные, особенно перенесшие резекцию верхней челюсти или гемиглоссэктомию, на предварительном собеседовании были способны произнести лишь отдельные слова и с трудом назвать свое имя и адрес. Речевой объем более 5–6 слов (около 15 слогов) для них является затруднительным и вызывает сильное утомление.

В подобных случаях изготовление и наложение модифицированного протеза дополнялось установкой съемного миогимнастического элемента

СМЭ с назначением курса миогимнастики языка или его культи (по 1-2 часа в день в течение месяца).

Оценка степени восстановления речевой функции производилась до операции, а также на 15 и 30 день после наложения зубочелюстного протеза путем проведения аудиотеста с оценкой четкости произношения (С– clarity) по пятибалльной шкале и – его скорости в сек (Т – time). Последний показатель сравнивался с усредненным значением, выведенным для данного аудиотеста по результатам его проведения среди 100 здоровых лиц, не страдавших дефектами речи.

Полученные результаты свидетельствовали о существенных исходных дооперационных нарушениях речевой функции в контрольной и основной группах, которые после операции, сразу после установки зубочелюстного протеза, достоверно усугублялись по данным аудиотеста как во временном, так и в качественном отношениях.

Подобные изменения до операции, очевидно, объясняются наличием основного патологического процесса, а непосредственно после нее – первоначально высокой степенью неадаптированности к установленному зубочелюстному протезу, а также наличием отека и болевого синдрома, выраженных, в той или иной степени.

На 15 день после установки зубочелюстного протеза и СМЭ констатировано достоверное улучшение качественных показателей речи (С) до 0,8 от нормы в контроле, и до 0,7 – в основной группе при исходном уровне 0,6, межгрупповая разница при этом статистически несущественна. Временные показатели аудиотеста в тот же период, хотя и снижаются относительно соответствующих постоперационных значений, но в каждой из двух групп достигают при этом лишь исходного, дооперационного уровня.

К 30 дню в обеих группах зафиксировано достоверное улучшение качественных показателей речи (С) с их повышением, по данным аудиотеста, до 0,7 относительно нормы в контроле и до 0,9 в основной группе. Межгрупповая разница показателей достоверна при $p \leq 0,01$.

На этом фоне имело место достоверно значимое снижение временных показателей речевой функции (Т) в основной группе до уровня ниже исходного (1,5), в то время как в контроле, аналогичная тенденция к снижению значений Т вела лишь к достижению исходных показателей (1,9). Межгрупповая разница показателей Т достоверна при $p \leq 0{,}001$.

Применение зубных и зубочелюстных протезов со съемными миогимнастическими элементами оригинальной конструкции способствует более быстрому и эффективному восстановлению речевой функции в послеоперационном периоде реабилитации с достижением к 30-му дню лечения качественных показателей речи (четкость произношения) 0,9 относительно нормы в основной группе и 0,7 в контрольной, в то время как временные показатели речи к указанному сроку принимали значения 1,5 и 1,9 относительно нормы.

Предложенный нами и апробированный в данном исследовании аудиотест для оценки качества и скорости речи, несмотря на простоту его применения, позволяет давать достоверную экспресс оценку качеству восстановления функции речеобразования. Возможность применения данной методики непосредственно врачом, значительно упрощает процедуру оценки качества речи, что позволяет специалисту, проводящему ортопедическую реабилитацию вносить своевременные коррективы и достигать большего уровня психологического комфорта пациента.

Известно, что психоэмоциональное состояние больного, в значительной степени влияющее на быстрый и благополучный исход периода постоперационной реабилитации, в большой степени определяется уровнем его тревожности: личностной (ЛТ) – фоновой, индивидуально относительно постоянной и реактивной (РТ) – лабильной, ситуативной [17].

Примеров анализа влияния новых видов зубочелюстных протезов на динамику уровня тревожности в постоперационном периоде реабилитации у стоматологических больных нами не обнаружено, и потому в данном исследовании анализировалась динамика показателей ЛТ и РТ в упомянутом

периоде в условиях применения нового, модифицированного зубочелюстного протеза, в сравнении с традиционно применявшимся.

Сравнительные исследования показателей уровней тревожности по ходу и результатам послеоперационной реабилитации определены у 458 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет в трех группах: контрольная (I) – с применением традиционного комплекса реабилитационных пособий; группа пациентов с дефектами зубного ряда, требующими непосредственного съемного зубопротезирования (II) и группа онкологических больных с дефектами челюстей, требующих зубочелюстного протезирования (III).

В основных группах (II-III), в отличие от контрольной (I), использовались зубные и челюстные протезы с насечками в виде точечных углублений. Насечки наносились на поверхность протеза, прилегающую к раневой и покрывались слоем мази «Виспосил» (приложения №2, [153]).

Психологическое тестирование с использованием методики Спилбергера – Ханина (приложение №7) во всех выделенных группах проводилось после объявления диагноза и плана лечения, включавшего в себя предстоящее оперативное вмешательство с разъяснением его возможных дальнейших последствий и плана послеоперационной реабилитации, и повторялось спустя 10, 30 и 90 дней после оперативного вмешательства и протезирования.

Результаты определения исходных уровней личностной тревожности (ЛТ) свидетельствовали об отсутствии существенных, статистически подтверждаемых различий распределений этих показателей между группами. При последующих определениях показатели уровней ЛТ также изменялись в пределах статистической погрешности.

Результаты изучения динамики РТ показали отсутствие существенной разницы в исходном распределении ее уровней в различных группах.

По сравнению с результатами исходного определения уровня РТ во II группе, отмечено достоверное увеличение доли пациентов с низким и

умеренным уровнями РТ уже на 10 день после операции, в то время как в I и III группе в этот срок обнаруживалась лишь статистически не подтверждаемая тенденция к подобному увеличению.

При дальнейших определениях (30 и 90 дней) во всех группах имело место достоверное, по сравнению с исходными определениями, снижение доли пациентов с высоким уровнем РТ, а также увеличение относительного числа их с умеренным и низким уровнем с достижением максимума соответствующих показателей к 90 дню.

Следует отметить, что максимум доли пациентов с низким уровнем РТ при определении на 90 день был констатирован во II группе (65,1 %), в то время как в III-й зафиксировано 39,6 %, а в контроле – 55,0 %. При этом статистически достоверной была найдена лишь разница показателей между I и II группами.

Что же касается доли пациентов с умеренным уровнем РТ, то на 90 день этот показатель с высокой степенью достоверности превышал соответствующее значение его в контроле, имея максимум в III группе (I – 16,7 %; II – 30,5 %; III – 52,8 %).

Межгрупповая разница в относительном числе пациентов с низким уровнем РТ на 90 день находилась в пределах статистической погрешности (I – 11,7 %; II – 4,5 %; III – 7,5 %).

Тем не менее, суммарный показатель доли больных с умеренным (38,9 %) и высоким (5,3 %) уровнями РТ (I+II) на 90 день с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,001$) отличались от соответствующих контрольных значений (11,7 %) в определениях того же периода.

Совокупность перечисленных закономерностей, сопряженных с применением модифицированных зубных и зубочелюстных протезов, способствует более быстрому снижению уровня реактивной тревожности в послеоперационном периоде, оказывая положительное и значимое влияние на психоэмоциональный статус и вегетативный тонус пациентов.

Спектр определения двигательно-поведенческих реакций включал в себя комплекс симптомов, отражающих уровень внутренней напряженности (ВН): сжатие губ, отсутствие улыбки, страдальческое выражение лица, напряжение жевательных мышц, изменение выражения глаз, пассивность позы, длительность сохранения ее, а также признаки, отражающие уровень нервной возбудимости (НВ): частое моргание, а также двигательное беспокойство, хаотичность движений, частая смена поз в стоматологическом кресле, или, напротив, вялость движений.

Среди вегетативных реакций (ВР) фиксировались: частота сердечных сокращений, гиперемия или бледность кожных покровов лица и шеи, гипергидроз лица и ладоней, расширение зрачков, гипер- или гипофункция слюнных желез.

Согласно полученным данным, наиболее выраженный и быстрый эффект по снижению уровня внутренней напряженности в сравнении с контролем зафиксирован во II группе, где совокупная суммарная характеристика группы (ССХГ) по ВН обнаруживала наибольший, по сравнению с контролем, уровень снижения в отношении к исходному показателю уже на 10-й день после операции (61,7 % к исходному), а в конечном определении на 90-й день достигала минимального значения – 4,3 %. Аналогичная, менее выраженная по сравнению со II группой, динамика констатирована в III группе (10-й день – 72,9 %, 90-й – 8,3 %).

Сходным образом изменялись и показатели ССХГ по нервной возбудимости (НВ), с тем отличием, что если во II группе заметно более выраженное ее снижение к исходному значению по сравнению с контролем зафиксировано уже на 10-й день после операции (75 %), то в III – лишь на 30-й (31,3 %). Конечное определение, в сравнении с контролем, также демонстрировало более значимое снижение ССХГ по НВ относительно исходного – во II группе (12,5 %) по сравнению с III (18,8 %).

Показатели ССХГ вегетативных составляющих психоэмоционального статуса (ССХГв), приведенные в таблице 11, в послеоперационном периоде

реабилитации, по сравнению с аналогичными изменениями ССХГ по ВН и НВ, уменьшались менее быстро относительно своего исходного уровня, сохраняя при этом сравнительно более высокие значения.

Наилучшие результаты при этом достигались во II группе, где снижение ССХГв заметно большее, нежели в контрольной группе, имело место уже на 10 день (76,2 %) и достигало минимального значения (16,7 %) на 90 день. На этом фоне в III группе динамика снижения ССХГв относительно исходного уровня в послеоперационном периоде реабилитации не имела существенных отличий от соответствующих изменений в контрольной группе.

Сравнительно меньшая лабильность ССХГ по ВН и НВ, а также ССХГв в III группе находит свое объяснение как в большей травматичности оперативных вмешательств, выполненных в этой группе, так и в наличии онкологической патологии, самой по себе оказывавшей негативное влияние на психоэмоциональный статус пациентов.

Показатели степени влияния стоматологического здоровья (СВСЗ) на уровень качества жизни определены нами у 458 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет с использованием методики OHIP-14 в следующие сроки: до операции (исходно) и – через 10, 20, 30 и 90 дней после оперативного вмешательства и протезирования при разделении больных на контрольную (I) и две основные группы (II-III).

Как следует из полученных результатов, исходные средние показатели СВСЗ на КЖ во всех трех выделенных группах имели несущественные различия, указывая на отрицательное действие совокупности стоматологических проблем на КЖ пациентов.

Достоверный сдвиг показателей СВСЗ в лучшую сторону в контрольной группе отмечен, начиная с 30 дня, а во II-й и III-й – с 10-го. При этом показатели СВСЗ, соответствующие положительному влиянию на КЖ, впервые зафиксированы в контрольной и в III-й группах – на 90-й день, а во II-й группе – на 30-й, причем значения СВСЗ во II-й и III-й группах начинали

отражать достоверно положительное влияние на КЖ, начиная с 10-го дня (в контроле - с 20-го).

Вместе с тем, показатели СВСЗ на КЖ, существенно не отличавшиеся от имевшихся в контрольной группе с высокой степенью достоверности имели значительно меньшие значения во II-й группе, начиная с 20-го дня периода послеоперационной реабилитации, а в III-й – начиная с 30-го.

Применение модифицированных зубных и зубочелюстных протезов, а также миогимнастических элементов с высокой степенью достоверности ведет к заметному и ускоренному снижению степени влияния неудовлетворительных показателей стоматологического здоровья на качество жизни пациентов стоматологического профиля в период послеоперационной реабилитации, что способствует реальному сокращению продолжительности указанного периода.

Проведенное комплексное клинико-экспериментальное исследование позволяет заключить, что предложенная нами новая модификация зубочелюстных протезов в сочетании с фитомазью «Виспосил» [153], и в совокупности со съемными миогимнастическими элементами, применяемыми по мере необходимости, позволяет существенно ускорить заживление операционных ран, а также оптимизировать в более короткие сроки функции жевания, речи, нормализовать психоэмоциональный и вегетативный статус стоматологических пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству и уменьшить, тем самым, степень влияния стоматологического здоровья на качество жизни.

Выводы

1. Модифицированные зубные и зубочелюстные протезы с точечными ретенциями диаметром 1 мм в виде рядов с интервалом – 5 мм характеризуются максимальной степенью адгезии лекарственных средств, нанесенных на их базисы, по сравнению с прочими испытанными формами и конфигурациями ретенций.

2. Вследствие повышенной адгезии лекарственных препаратов к базису, применение модифицированных зубных и зубочелюстных протезов с точечными ретенциями в послеоперационном периоде реабилитации приводит к более длительному сохранению оптимальной лекарственной концентрации и к существенному ускорению элиминации признаков воспаления с достижением полной репарации раневой поверхности к 30-му дню лечения, что подтверждается данными визуально-пальпаторного и цитоморфологического исследований в сравнении с контролем.

3. Ускоренная структурная репарация раневой поверхности в условиях применения зубных и зубочелюстных протезов с точечными ретенциями приводит к более быстрой оптимизации жевательной функции и степени окклюзии в послеоперационном периоде реабилитации с достижением более высоких показателей к 30 дню лечения по сравнению с контролем (74,9 % и 75,2 % или 60,1 % и 63,9 %, соответственно).

4. Применение зубных и зубочелюстных протезов со съемными миогимнастическими элементами оригинальной конструкции способствует более быстрому и эффективному восстановлению речевой функции в послеоперационном периоде реабилитации с достижением к 30-му дню лечения качественных показателей речи (четкость произношения) 0,9 относительно нормы в основной группе и 0,7 в контрольной, в то время как временные показатели речи к указанному сроку принимали значения 1,5 и 1,9 относительно нормы.

5. Совокупность перечисленных закономерностей, сопряженных с применением модифицированных зубных и зубочелюстных протезов, способствует более быстрому снижению уровня реактивной тревожности в послеоперационном периоде, оказывая положительное и значимое влияние на психоэмоциональный статус и вегетативный тонус пациентов.

6. Применение модифицированных зубных и зубочелюстных протезов, а также миогимнастических элементов с высокой степенью достоверности ведет к заметному и ускоренному снижению степени влияния неудовлетворительных показателей стоматологического здоровья на качество жизни пациентов стоматологического профиля в период послеоперационной реабилитации, что способствует реальному сокращению продолжительности указанного периода.

Практические рекомендации

В клинической практике стоматологов ортопедов для определения характера и объемов предстоящего комплекса реабилитационных мероприятий, а также для решения основных организационных и лечебно-реабилитационных задач, в послеопрерационном периоде целесообразно руководствоваться предложенными алгоритмами и практическими рекомендациями по оказанию реабилитационной помощи больным стоматологического профиля, перенесшим оперативное удаление зубов, резекцию челюстей и/или гемиглоссэктомию:

- На первом этапе реабилитационной помощи в послеоперационном периоде необходимо добиваться быстрейшей репарации раневой поверхности, что может быть достигнуто применением предлагаемой модификацией съемного зубочелюстного протеза с точечными ретенциями базиса, заполненными экдистероидсодержащей мазью, позволяющим сохранять оптимальную концентрацию лекарственных препаратов, находящихся в контакте с раневой поверхностью более длительное время, что ведет к сокращению общей длительности реабилитационного периода (Патент РФ №2558468 опубл. 10.08.2015).
- По ликвидации болевого синдрома доводку съемного зубочелюстного протеза в дальнейшем необходимо производить с учетом динамики результатов определения жевательной эффективности и/или степени окклюзии, причем оба определения представляются практически равноценными (Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ РФ №2016610159 опубл. 11.01.2016).
- При наличии выраженных нарушений речевой функции рекомендуется применение зубочелюстного протеза, комбинированного со съемным миогимнастическим элементом, позволяющим оптимизировать функцию речи путем регулярного проведения сеансов миогимнастики языка

и/или его культи в послеоперационном периоде реабилитации в более короткие сроки и с лучшими результатами (Патент РФ №2543041 РФ опубл. 27.02.2015).

- Применяя перечисленные реабилитационные мероприятия, целесообразно с помощью предложенного компьютеризированного метода периодически контролировать уровень вегетативного тонуса, а также – уровень тревожности по Спилбергеру – Ханину, что позволяет, при необходимости, медикаментозно и психотерапевтически корректировать их возможные негативные отклонения, оптимизируя тем самым общий психоэмоциональный статус пациентов и снижая степень влияния стоматологического здоровья на качество жизни (Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ РФ №2016613608 опубл. 01.04.2016).

- Дополнительно, вне сферы хирургической и ортопедической стоматологии, применение компьютеризированного метода определения уровня вегетативного тонуса, представляется перспективным не только в сфере стоматологии, но и в прочих отраслях клинической медицины.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Полученные результаты могут способствовать повышению качества и скорости реабилитации больных, перенесших хирургические вмешательства в зубочелюстной области в случае использования предлагаемого комплекса реабилитации.

Предлагается целесообразным продолжить исследование у пациентов, использующих различные виды ортопедических конструкций из других материалов с новыми видами лекарственных препаратов.

Другой возможностью развития темы, является применение предлагаемых подходов, а именно использования ретенционных пунктов для лекарственных препаратов, при изготовлении различных формирующих аппаратов для применения не только в стоматологической практике, но и в общей ортопедии и травматологии.

Условные обозначения

внутренняя напряженность – ВН

вегетативные реакции – ВР

вегетативный тонус – ВТ

Дефекты верхней челюсти – ДВЧ

дефекты нижней челюсти – ДНЧ

жевательная эффективность – ЖЭ

индекс воспаления – ИВ

внутригрупповой индекс вегетативного тонуса – ИВТ

качество жизни окклюзии – КЖ

личная тревожность – ЛТ

нервная возбудимость – НВ

реактивная тревожность – РТ

степень окклюзии – СО

степень влияния стоматологического здоровья – СВСЗ

совокупная суммарная характеристика группы – ССХГ

совокупная суммарная характеристика группы вегетативных

составляющих психоэмоционального статуса – ССХГ

сегментоядерные лейкоциты – СЯЛ

условные баллы – УБ

электрокожная активность – ЭКА

электрокожное сопротивление – ЭКС

Список литературы

1. Алпатьева, Ю.В. Фонетические диагностические ресурсы в стоматологии / Ю.В. Алпатьева. – Текст (визуальный): непосредственный // Материалы VI Международной науч. конф. «SCIENCE & HEALTH». – М., 2015. – С. 116-117.

2. Арутюнов, А.С. Клинико-организационные основы повышения эффективности ортопедической стоматологической реабилитации онкологических больных с приобретенными дефектами верхней челюсти: дис. д-ра мед. наук / А.С. Арутюнов; ГОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет". – М., 2012. – Текст (визуальный) : непосредственный.

3. Арутюнов, А.С. Комплексный подход к реабилитации пациентов с челюстно-лицевыми дефектами / А.С. Арутюнов, И.С. Кицул, И.Ю. Лебеденко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы челюстно-лицевой, пластической хирургии, имплантологии и клинической стоматологии. – 2011. – № 5-6. – С. 36-41.

4. Арутюнов, А.С. Медико-организационные принципы оказания ортопедической стоматологической помощи больным с послеоперационными челюстно-лицевыми дефектами / А.С. Арутюнов, И.С. Кицул, И.Ю. Лебеденко. – Текст (визуальный): непосредственный // Стоматология. – 2011. – Т. 90, № 3. – С. 4-6.

5. Арутюнов, С.Д. Результаты функционально-диагностических исследований зубочелюстного аппарата при проведении жевательных проб / С.Д. Арутюнов, С.Н. Ермольев, Р.М. Богатырёва. – Текст (визуальный): непосредственный // Стоматология. – 2015. – № 6. – С. 57-59.

6. Арутюнов, С.Д. Современная технология ортопедического стоматологического лечения онкологических больных с дефектами верхней челюсти в ранний послеоперационный период / С.Д. Арутюнов, А.А.

Пивоваров, Р.З. Орджоникидзе. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С. 119.

7. Арьева, Г.Т. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (часть 1) / Г.Т. Арьева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Пародонтология. – 2013. – № 2. – С. 63 – 68.

8. Арьева, Г.Т. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (часть 2) / Г.Т. Арьева, А.Л. Арьев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Пародонтология. – 2013. – № 3. – С. 15 – 18.

9. Аспекты психологического состояния и клинические исследования процессов адаптации / Р.Т. Маисурадзе, И.Ф. Рябова, А.С. Ганин, В.М. Меркульцева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – № 11-5. – С. 67-71.

10.Барер, Г.М. Валидация русскоязычной версии опросника OHIP-14 у пациентов с диагнозом «хронический генерализованный периодонтит средней тяжести» / Г.М. Барер. – Текст (визуальный) : электронный. – URL: http://www.dslib.net/ stomatologia/stomatologicheskoe-zdorove-v-aspekte-pokazatelej-kachetva-zhizni.html

11.Баркан, И.Ю. Особенности адаптации лиц к полным съемным протезам в аспекте оценки психоэмоционального статуса / И.Ю. Баркан, А.А. Стафеев, В.С. Репин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2015. – Т. 94, № 5. – С. 44-47.

12.Бекметова, Д.М. Возможности применения опросников для изучения качества жизни при частичном отсутствии зубов / Д.М. Бекметова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Российский стоматологический журнал. – 2011. – №2. – С.46-49.

13.Беликов, А.Б. Особенности тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов после удаления злокачественных опухолей челюстно-лицевой области / А.Б. Беликов, Р.А. Левандовский, Н.И. Беликова. – Текст

(визуальный) : непосредственный // Стоматолог. – Минск. 2017. – № 1 (24).– С. 76-79.

14.Белоусов, Н.Н. Сроки речевой адаптации у пациентов со съемными зубными протезами, в зависимости от возраста, повторного протезирования и профессиональных особенностей / Н.Н. Белоусов, К.А. Кошелев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2015. – № 2 (67) . – С. 76-77.

15.Бернадский, Ю.И. Врач и больной в стоматологии / Ю.И. Бернадский, Г.П. Бернадская. – Киев, 1990. – 110 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

16.Биологическая обратная связь как метод, влияющий на уровень адаптации к стоматологическому вмешательству / А.В. Михальченко, И.В. Фирсова, Д.В. Михальченко, А.В. Жидовинов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 4. – С. 82-85.

17.Бондаренко, Н.Н. Изучение психологического статуса пациентов методом анкетирования до и после стоматологической реабилитации / Н.Н. Бондаренко, В.Ю. Кручинин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5. – С. 55.

18.Борисова, Е.Н. Факторы риска и частота утраты зубов у лиц пожилого и старческого возраста / Е.Н. Борисова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2000. – № 2. – С. 51-54.

19.Борисова, Э.Г. Клинические результаты изучения качества жизни больных с глоссалгией / Э.Г. Борисова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Клиническая стоматология. – 2012. – № 1. – С. 20 – 21.

20.Булина, О.В. Медицинская реабилитация при заболеваниях полости рта / О.В. Булина, Ю.В. Лисогуб. – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальные вопросы реабилитации: сборник трудов VII науч. – практ. конф. с Международным участием. – Санкт-Петербург, 2016. – С. 27-28.

21.Бурухина, О.И. Плотность ткани челюстей: современный взгляд на проблему / О.И. Бурухина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2011. – Т. 26. № 1. – С. 104-106.

22.Вагнер, В.Д. Динамика качества жизни пациентов при реабилитации после ортогнатических операций / В.Д. Вагнер, А.Ш. Хасянов, Л.Е. Смирнова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология для всех. – 2017. – № 2. – С. 56-58.

23.Вашурин, И.В. Качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью, нуждающихся в стоматологическом ортопедическом лечении / И.В. Вашурин, В.Д. Вагнер, К.Г. Гуревич. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2011. – № 1. – С. 66 – 67.

24.Вашурин, И.В. Улучшение качества жизни пациентов с недостаточностью кровообращения при ортопедическом стоматологическом лечении: автореф. дис. канд. мед. наук / И.В. Вашурин. – М., 2012. – 26 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

25.Веденева, Е.В. Качество жизни пациентов, обращающихся за эстетической стоматологической помощью : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.14 / Веденева Елена Владимировна. – М., 2010. – 22 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

26.Влияние метода фиксации полных съемных протезов на эффективность пользования и психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили, Е.А. Веретенко, Л.Н. Солдатова [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2014. – № 4 (65). – С. 28–34.

27.Влияние стоматологического хирургического лечения на качество жизни пациентов и оценка их комплаентности / М.В. Пешков, К.Г. Гуревич, В.Д. Вагнер, Е.Г. Фабрикант. – Текст (визуальный) : непосредственный // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т. 14, № 3. – С. 601-606.

28.Влияние челюстно-лицевых протезов с винилином на процесс реабилитации больных после операционных вмешательств на челюстях / А.В. Сыч, Т.А. Гордеева, Ю.Н. Комарова, А.Н. Донов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т. 16, № 1. – С. 64-67.

29.Возможность применения опросников для изучения качества жизни при частичном отсутствии зубов / Д.М. Бекметова, И.Ю. Лебеденко, К.Г. Гуревич [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Российский стоматологический журнал. – 2011. – №2. – С.46-49.

30.Вусатая, Е.В. Медико-социальные аспекты стоматологической заболеваемости городского населения и пути ее профилактики в современных условиях: автореф. канд. мед. наук / Е.В. Вусатая. – Рязань, 2007. – 25 с. – Текст (визуальный) : непосредственный. 61

31.Гажва, С.И. Качество жизни пациентов с заболеваниями полости рта (обзор литературы) / С.И. Гажва, Р.С. Гулуев, Ю.В. Гажва. – Текст (электронный) : непосредственный // Современные проблемы науки и образования [Электронный научный журнал]. – 2012. – № 4.

32.Галонский, В.Г. Зубочелюстно-лицевая ортопедия с использованием материалов с памятью формы: автореф. дис. д-ра мед. наук / В.Г. Галонский. – Иркутск, 2009. – 47 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

33.Диагностика типа реагирования жевательной мускулатуры на функциональную нагрузку у стоматологических больных / А.В. Цимбалистов, Э.А. Калмыкова, А.А. Синицкий [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2012.– №1(54).– С.51–53.

34.Егоров, И.В. Ортопедическое лечение постоперационного дефекта верхней и нижней челюстей / И.В. Егоров, А.Ю. Кочеткова, А.В. Гуськов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Евразийское Научное Объединение. – 2016. – Т. 1, № 6 (18) . – С. 30-31.

35.Железный, С.П. Протезирование больных с дефектами зубных рядов после костной пластики дефектов челюстей / С.П. Железный. – Текст

(визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2011. – Т. 1, № 50. – С. 82-83.

36.Желнин, Е.В. Маркеры остеогенеза и их связь с процессами ремоделирования альвеолярной кости в эксперименте / Е.В. Желнин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2012. – Т.12, № 4. – С.126–130.

37.Желнин, Е.В. Морфологические особенности посттравматической регенерации альвеолярной кости в эксперименте / Е.В. Желнин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Український морфологічний альманах. – 2012. – Т. 10, № 3. – С. 35–38.

38.Жидовинов, А.В. Исследование локальных адаптационных реакций при лучевой терапии пациентов с дефектами челюстно-лицевой области со съемными ортопедическими конструкциями / А.В. Жидовинов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6-0. – С. 60.

39.Жолудев, С.Е. Особенности протезирования полными съемными протезами и адаптации к ним у лиц пожилого и старческого возраста / С.Е. Жолудев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2012. – №8(100) . – С. 31-35.

40.Жолудев, С.Е. Решение проблемы адаптации к съемным конструкциям зубных протезов при полной утрате зубов (клинический случай) / С.Е. Жолудев, С.А. Гетте. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т.12, № 3. – С. 46–51.

41.Жулев, Е.Н. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология / Е.Н. Жулев, С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебеденко. – М.: МИА, 2008. – 160 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

42.Зависимость качества жизни пациентов от тяжести течения заболеваний полости рта: оптимизация подходов к лечению / Е.В. Турусова, Н.В. Булкина, Е.А. Голомазова [и др.]. – Текст (визуальный) :

непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 1. – С. 135-138.

43.Закономерная связь между звукообразованием и эффективностью протезирования зубными и челюстными протезами у человека / В.Н. Трезубов, Е.А. Булычева, С.О. Чикунов, Ю.В. Алпатьева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Сб. кратких описаний научных открытий, научных идей, научных гипотез. – М., 2014. – С. 46-47.

44.Зиньковская, А.С. Новое в ортопедическом лечение больных с полным отсутствием зубов / А.С. Зиньковская. – Текст (визуальный) : непосредственный // Аспирантские чтения – 2013: материалы докладов Всерос. конф. с Международным участием «Молодые учёные – медицине». – Самара, 2013. – С. 234–236.

45.Значение психологических особенностей пациентов в реабилитации больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области / Т.В. Казанцева [и др.] . – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера: сборник статей межрегион. науч. - практ конф., посвящ. 20-летию стоматологического отделения Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» / отв. ред. И.Д. Ушницкий. – СПб., 2016. – С. 132.

46.Значение стоматологического здоровья для качества жизни / В.Д. Вагнер, К.Г. Гуревич, М.В. Пешков, О.Н. Архарова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2013. – № 2. – С. 21 – 25.

47.Золкин, П.В. Повышение эффективности ортопедического лечения пациентов после пластических операций на нижней челюсти с применением эластичной подкладки, содержащей лекарственные вещества / П.В. Золкин, Н.И. Лесных, Р.А. Костин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 963-971.

48.Ильин, Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. – СПб. : Питер,2000. – 508 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

49.Иорданишвили, А.К. Клинико-организационные аспекты стоматологического ортопедического лечения и его осложнений: учебное пособие / А.К. Иорданишвили, Д.Н. Бубнов. – СПб.: Человек, 2015. – 136с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

50.Иорданишвили, А.К. Клиническая ортопедическая стоматология / А.К. Иорданишвили. – М.: МЕДпресс, 2007. – 248 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

51.Иорданишвили, А.К. Оценка стоматологической реабилитации людей старшей возрастной группы с патологией височно-нижнечелюстного сустава / А.К. Иорданишвили, В.В. Самсонов, А.А. Поленс. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – Т. 4, № 36. – С. 65-68.

52.Использование мембраной техники для направленной регенерации костной ткани при хирургических вмешательствах / С.Ю. Иванов, Ю.В. Гажва, А.А. Мураев, А.П. Бонарцев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3. – С. 74.

53.Исследование микробной колонизации съемных зубных протезов с базисами из полиуретана и акриловых пластмасс / В.Н. Царев [и др.] . – Текст (визуальный) : непосредственный // Дентал-Ревю. – 2006. – Февраль. – С. 163-164.

54.Кадыров, М.Х. Реконструктивная хирургия дефектов нижней челюсти : автореф. дис. д-ра мед. наук / М.Х. Кадыров. – М., 2007. – 36 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

55.Казымов, М.А. Структура переломов костей лицевого черепа при различных видах травмы / М.А. Казымов, А.Б. Шадымов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальные вопросы судебной

медицины и экспертной практики / под ред. В.П. Новоселова [и др.]. – Новосибирск, 2000. – Вып.5. – С.109-112.

56.Каламкаров, Х.А. Избранные лекции по ортопедической стоматологии: руководство для врачей / Х.А. Каламкаров. – М.: МИА, 2007. – 58 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

57.Каливраджиян, Э.С. Функциональное состояние опорных тканей протезного ложа под базисами съемных конструкций зубных протезов / Э.С. Каливраджиян, И.П. Рыжова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современная ортопедическая стоматология. – 2005. – № 3. – С. 63-64.

58.Каливраджиян, Э.С. Разработка пористых эластичных композиций для двухслойных пластиночных протезов / Э.С. Каливраджиян, Н.А. Голубев, В.В. Калмыков. – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии: сб. науч. тр. – Воронеж: ВГМА, 2000. – С.63-65.

59. Каливраджиян, Э.С. Технологические аспекты повышения эффективности ортопедического лечения протезами полного зубного ряда / Э.С. Каливраджиян, Н.А. Голубев, С.И. Бурлуцкая. – Текст (визуальный) : непосредственный // Тр. 6-го Съезда Стоматол. Ассоц. России. – М.,2000. – С.399.

60.Калиниская, А.А. Потребность в стоматологической ортопедической помощи / А.А. Калиниская, В.Н. Сорокин, В.В. Трифонов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Российский стоматологический журнал. – 2006. – №6. – С.47-49.

61.Кан, В.В. Методы оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля / В.В. Кан, В.Ф. Капитонов, А.В. Лазаренко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2012. – № 10 (18) . – С. 60.

62.Кандейкина, Н.В. Обоснование комплексной системы реабилитации полного отсутствия зубов / Н.В Кандейкина. – Текст (визуальный) :

непосредственный // Здоровье и образование в XXI веке. Серия: Медицина. – 2012. – Т. 4. – С. 15–16.

63.Карасева, В.В. Реабилитация онкологических больных после резекции половины нижней челюсти с использованием технологий зубного протезирования / В.В. Карасева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2012. – № 1. – С. 41.

64.Карасева, В.В. Целесообразность и особенности предортопедической хирургической подготовки полости рта сложно-челюстных больных / В.В. Карасева, О.Л. Шнейдер. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2014. – № 6. – С. 36-39.

65.Карасёва, В.В. Особенности адаптации к съемным протезам на верхней челюсти у больных со сложно-челюстной патологией / В.В. Карасёва. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2012. – № 5. – С. 42-48.

66.Карасева, В.В. Проблемы адаптации к съемным протезам на верхней челюсти у больных со сложно-челюстной патологией / В.В. Карасева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2012. – №8 (100) . – С. 36-39.

67.Карасёва, В.В. Улучшение состояния слизистой оболочки полости рта у лиц со сложной челюстно-лицевой патологией на этапе ортопедического лечения / В.В Карасёва. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2013. – № 2. – С. 47-50.

68.Карасёва, В.В. Клинический случай ортопедической реабилитации пациентки с приобретенным дефектом твердого неба / В.В. Карасёва. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2011. – №3. – С.45-47.

69.Качество жизни и поведенческие факторы риска пациентов с патологией полости рта и челюстно-лицевой области / Ю.М. Максимовский, К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, О.В. Федоткина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология для всех. – 2013. – № 4. – С. 34-36.

70.Качество жизни пациентов с вторичной частичной адентией (на основе опросника ohip-14) / А.С. Оправин [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Образование, наука и практика в стоматологии: сборник трудов IX Всерос. науч. – практ. конф. по единой тематике "Пути повышения качества стоматологической помощи". – Москва, 2012. – С. 169-170.

71.Качество жизни пациентов с полным отсутствием зубов и послеоперационным дефектом верхней челюсти онкологического генеза / З.Л. Шанидзе, Д.И. Грачев, К.Г. Гуревич, А.С. Арутюнов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2017. – Т.74, № 1 . – С. 22-25.

72.Качество жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжёлой степени и дефектами зубных рядов / Д.А. Осколкова, А.С. Косилова, Т.О. Плешакова [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2013. – №2. – С.38- 40.

73.Качество жизни пожилых в геронтологических центрах: субъективное восприятие / Т.И. Грекова [и др.] . – Текст (визуальный) : непосредственный // VII Всерос. науч. – практ. конф. – М., 2012. – С. 145-148.

74.Качество жизни при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / К.С. Гандылян, Д.Ю. Христофорандо, С.М. Карпов [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // 16-я ежегодная Неделя медицины Ставрополья: сборник научных статей. – Ставрополь, 2012. – С. 61-63.

75.Коротких, Н.Г. Хирургическая реабилитация пациентов с обширными и сложными дефектами головы и шеи / Н.Г. Коротких, М.А. Ходорковский, Б.В. Петров. – Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. университета, 2007. – 112 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

76.Кочурова, Е.В. Современные взгляды на ортопедическое лечение пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области / Е.В. Кочурова, В.Н. Николенко, В.А. Кочуров. – Текст (визуальный) : непосредственный // Забайкальский медицинский вестник. – 2016. – № 4. – С. 180-185.

77.Кочурова, Е.В. Сравнительный анализ адаптационной способности пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области на этапе ортопедической реабилитации // Е.В. Кочурова, В.Н. Николенко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Клиническая стоматология. – М., 2017. – № 2 (82). – С. 66-68.

78.Кошелев, К.А. Определение восстановления фонетической функции, как элемент оценки качества жизни после стоматологического ортопедического лечения / К.А. Кошелев, Н.Н. Белоусов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. – 2015. – № 4 (20). – С. 22-25.

79.Критерии качества жизни – как показатель эффективности стоматологического лечения / О.Н. Архарова, М.В. Пешков, А.И. Хасянов, А.Б. Нимаев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Клиническая стоматология. – 2015. – № 4 (76). – С. 64 – 68.

80.Кручин, В.Ю. Изменение психоэмоционального состояния пациентов на фоне стоматологического лечения / В.Ю. Кручин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 3. – С. 50-52.

81.Кузнецова, Е.В. Качество жизни - важный критерий эффективности стоматологической реабилитации / Е.В. Кузнецова, А.А. Малолеткова, В.И. Шемонаев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 5. – С. 47-49.

82.Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании / Э.М. Кузьмина. – М.: МГМСУ, 2009. – 236 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

83.Кульбеков, К.К. Профилактика стресса в клинике ортопедической стоматологии / К.К. Кульбеков. – Алматы, 1995. – 239с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

84.Кусевицкий, Л.Я. О критериях оценки качества зубных и челюстных протезов различных конструкций / Л.Я. Кусевицкий. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2013. – №1. – С. 68-70.

85.Куценко, А.Г. Оценка психопрофилактики в адаптации к зубным протезам у лиц с частичным отсутствием зубов : автореф. дис. канд. мед. наук / А.Г. Куценко. – Краснодар, 2007. – 22 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

86.Лапина, Н.В. Показатели качества жизни как субъективная оценка функционального состояния пациентов до и после ортопедического лечения / Н.В. Лапина, Ю.В. Скориков. – Текст (визуальный) : непосредственный // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – №10. – С. 223 – 227.

87.Лапина, Н.В. Психотерапевтическая подготовка пациентов стоматологического профиля к ортопедическому лечению и адаптации к протезам / Н.В. Лапина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92, № 4. – С. 510-512.

88.Лебедев, К.А. Непереносимость зубопротезных материалов / К.А. Лебедев, А.В. Митронин, И.Д. Понякина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Непереносимость зубопротезных материалов. – М., 2009. – С. 18–26.

89.Леус, П.А. Европейские индикаторы стоматологического здоровья населения / П.А. Леус. – Текст (визуальный) : непосредственный // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2012. – №3(38). – С. 47-53.

90.Лечение и реабилитация пациентов с объемными дефектами нижней челюсти / А.В. Жидовинов, Д.В. Михальченко, А.А. Слетов, М.В. Локтионова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Клиническая стоматология. – 2016. – № 2 (78). – С. 63-66.

91.Манрикян, М.Е. Оценка стоматологического здоровья у взрослого и пожилого населения Республики Армения / М.Е. Манрикян. – Текст

(визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2012. – №3. – С. 24-26.

92.Мартиросян, А.К. Использование остеопластических биорезорбирумых материалов на основе минерального сырья и костного коллагена при хирургических вмешательствах в челюстно-лицевой области: автореф. дис. канд. мед. наук / А.К. Мартиросян. – Тверь, 2013. – 25 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

93.Матвеев, Р.С. Макроглоссия: Факторы риска, патофизиологические особенности межсистемных взаимоотношений и систематизация методов лингводиагностики: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.14 / Матвеев Роман Сталинарьевич. – Пермь, 2013. – 46 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

94.Матчин, А.А. Медицинская реабилитация онкологических больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти / А.А. Матчин, Н.А. Баканов, И.А. Буркина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Европа - Азия. Сотрудничество без границ: материалы науч. – практ. конф., посвящ. 120-летию со дня рождения профессора Н.В. Фетисова / редколлегия: И. В. Мирошниченко [и др.]. – Оренбург,2016. – С. 110-116.

95.Медико-демографические и социально-психологические факторы стоматологического здоровья / Ю.Г. Элланский, И.Ю. Худоногов, С.В. Хлынин, Н.А. Кудинова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Dental Forum. – 2013. – № 4 (50) . – С. 31-35.

96.Медицинская реабилитация онкологических больных с дефектами верхней челюсти / В.М. Чучков, А.А. Кулаков, Е.Г. Матякин [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2009. – №2. – С. 50-53.

97.Меркульцева, В.М. Оценка психоэмоционального статуса пациентов проходящих адаптацию к полным съемным зубным протезам в клинике ортопедической стоматологии / В.М. Меркульцева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 11 (67) . – С. 906-910.

98.Метод экспресс-оценки эффективности жевания / В.Н. Трезубов, О.Н. Сапронова, Л.Я. Кусевицкий [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2010. – №1. – С.52-53.

99.Методика протезирования онкологических больных с дефектами верхней челюсти / А.А. Кулаков, Е.Г. Матякин, Н.Н. Федотов [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2009. – №2. – С.40-43.

100.Митин, Н.Е. Новый подход к оценке жевательной эффективности в постреабилитационном периоде у стоматологических пациентов с использованием компьютерных технологий / Н.Е. Митин, Л.П. Набатчикова, Т.А. Васильева – Текст (визуальный) : непосредственный // Биомедицинская радиоэлектроника. – 2016. – №. 6. – С. 45-51.

101.Михайлов, А.В. Психо-корригирующий эффект новейших технологий светолечения в ранней профилактике осложнений после экстракции зубов / А.В. Михайлов, К.В. Котенко, Н.Б. Корчажкина. – Текст (визуальный) : электронный // Вестник новых медицинских технологий [Электронное издание]. – 2013. – № 1. – С. 195.

102.Могильникова, М.В. Стоматологические изменения у курильщиков и наркоманов / М.В. Могильникова, Е.В. Сидельникова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Доклады Омского отделения МАНЭБ. – Омск, 2000. – В.1. – С. 61.

103.Мойсейчик, Л.Е. Психокоррекционные аспекты реабилитации онкостоматологических больных / Л.Е. Мойсейчик, С.В. Самсонов, Г.П. Богдан. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматолог (Минск). – 2012. – № 4 (7) . – С. 67-68.

104.Муковцев, Н.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области / Н.Н. Муковцев. – М.: МЕДпресс, 2001. – 224 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

105.Мусин, М.Н. Съемные «иммедиат» - протезы / М.Н. Мусин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Новое в стоматологии для зубных техников. – 2000. – №3. – С.3-9.

106.Невская, А.А. Обоснование алгоритма ведения пациентов, пользующихся съёмными протезами при частичном отсутствии зубов / А.А. Невская, А.Ю. Малый. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2011. – №2. – С. 53-56.

107.Непосредственные протезы в комплексной реабилитации пациентов с нарушением функций зубочелюстной системы после оперативных вмешательств / Н.И. Лесных, В.А. Кунин, Б.Р. Шумилович [и др.]. – Воронеж: Изд-во Воронеж. мед. акад., 2013. – 100 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

108.Нуриева, Н.С. Стоматологические осложнения, возникающие после проведения комплексного лечения злокачественных образований полости рта и глотки / Н.С. Нуриева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2012. – Т. 91, № 1. – С. 35-39.

109.Обоснование методики диагностики речевых нарушений у онкологических пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти второй группы по В.Ю. Курляндскому / Н.Н. Мальгинов, И.В. Решетов, А.Ф. Зубков, И.С. Коржов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Российский стоматологический журнал. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 67-70.

110.Оводова, Г.Ф. Стоматологическое здоровье в аспекте показателей качества жизни / Г.Ф. Оводова. – Санкт-Петербург, 2009. – 185 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

111.Оправин, А.С. Качество жизни пациентов, имеющих ортопедические конструкции в полости рта / А.С. Оправин, Г.Ф. Оводова, Л.Н. Кузьмина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии: материалы I межрегиональной науч. – практ. конф. врачей-стоматологов Федерального Сибирского округа / редколлегия: Ю. Л. Писаревский, И. И. Бородулина. – Чита, 2011. – С. 104-107.

112.Оправин, А.С. Характер влияния вторичной частичной адентии на качество жизни стоматологических пациентов / А.С. Оправин, Г.Ф. Оводова,

Л.Н. Кузьмина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Здоровье семьи - XXI век: материалы XVI Междунар. науч. – практ. конф. / под ред. А.Я. Перевалова; ГБОУ ВПО "Пермский государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера; Минздравсоцразвития Российской Федерации; ООО "Уральский региональный центр питания". – Пермь, 2012. – С. 64-67.

113.Определение жевательной эффективности при различных функциональных состояниях / В.И. Шемонаев, Д.В. Михальченко, А.В. Порошин, А.В. Михальченко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальные вопросы клинической стоматологии: 48-я науч. – практ. конф. стоматологов Ставропольского края, посвящ. 75-летию Ставропольского ГМУ / под ред. Н.Н. Гаражи. – Ставрополь, 2013. – С. 216-218.

114.Опыт хирургического лечения и реабилитации пациентов с амелобластомой челюсти / С.Б. Буцан, Е.В. Вербо, А.И. Неробеев [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2013. – № 1. – С. 35-45.

115.Ортопедическая реабилитация онкологических больных с дефектами верхней челюсти / В.М.Чуйков, Е.Г. Матякин, Р.И. Азизян [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современная онкология. – 2006. – №3. – С. 28 - 34.

116.Ортопедическое лечение пациентов с дефектами верхней челюсти с применением биологически инертных материалов и новых технологий / Н.Б. Асташина, Г.И. Рогожников, А.Г.Рогожников [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы стоматологии. – 2011. – № 3. – С. 40-44.

117.Особенности комплексной реабилитации пациентов после операционных вмешательств в челюстно-лицевой области / Д.Ю. Харитонов, Н.Е. Митин, М.А. Сорокина [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология для всех. – М., 2017. – № 2. – С. 52-55.

118.Особенности непосредственного протезирования в сочетании с препаратами противовоспалительной терапии при лечении пациентов с включенными дефектами зубных рядов / Т.Ф. Данилина, Д.В. Михальченко,

А.С. Брынцев, Д.В. Верстаков. – Текст (визуальный) : непосредственный // Dental Forum. – 2014. – № 1. – С. 18-20.

119.Особенности ортопедического лечения больных с непереносимостью протетических материалов / В.В. Трезубов, А.Ф. Долгодворов, О.Н. Сапронова [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2011. – № (3)52. – С. 60-61.

120.Особенности протезирования при частичной потери зубов / С.С. Рубленко, И.П. Артюхов, С.В. Кунгуров, Г.Г. Манашев // Проблемы стоматологии. – 2012. – №4. – С. 40-42.

121.Особенности реабилитации больных с переломами челюстей и костей лицевого скелета, их осложнения / С.М. Закишева, А.Т. Токбергенова, Д.Т. Джангалиев [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 3. – С. 144-145.

122.Оценка нарушений окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений при частичной потере зубов / Е.К. Кречина [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2014. – №6. – С.43-44.

123.Пашинян Г.А. Вопросы стоматологии в практике экспертизы живых лиц / Г.А. Пашинян, С.Д. Арутюнов, М.Н. Алексанова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современные технологии в здравоохранении и медицине: сб. науч. тр. – Воронеж, 2000. – С.242-244.

124.Потапов, И.В. Диагностика окклюзионно-артикуляционного синдрома у больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава: дис. канд. мед. наук / И.В. Потапов. – Самара, 2009. – 151 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

125.Применение компьютерных программ для контроля фонетической адаптации пациентов к ортопедическим конструкциям зубных протезов / А.А. Бизяев, Д.Х. Разаков, В.В. Коннов, М.В. Афанасов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современная ортопедическая стоматология. – 2012. – №1. – С. 74-75.

126.Применение ксенотрансплантатов при лечении новообразований лицевого скелета и черепа / Н.И. Базаров [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // III съезд онкологов и радиологов СНГ. – Минск,2004. – Ч. 2. – С. 6.

127.Применение термопластических материалов в стоматологии: учеб. пособие / И.Д. Трегубов, Л.В. Михайленко, Р.И. Болдырева [и др.]. – М.:Медпресс, 2007. – 140 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

128.Применение фитогеля для коррекции воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта под базисами съемных непосредственных протезов / Е.В. Смирнов, Р.Б. Якубов, Р.А. Костин [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Уральский медицинский журнал. – 2014. – № 7. – С. 104-106.

129.Причины возникновения челюстно-лицевых дефектов и потребности больных в ортопедической реабилитации / А.С. Арутюнов, И.С. Кицул, И.Ю. Лебеденко [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 6. – С. 39-42.

130.Проблемы адаптации к съемным зубным протезам и пути их решения / В.В. Цыбина, Л.Н. Голубева, И.Е. Плотникова, Н.А. Голубев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Медико-биологические и педагогические основы адаптации, спортивной деятельности и здорового образа жизни: сборник научных статей IV Всерос. заочной науч. – практ. конф. с Международным участием / под ред. Г.В. Бугаева, И.Е. Поповой. – Воронеж, 2015. – С. 173-178.

131.Протетическая реабилитация пациентов с приобретенными челюстно-лицевыми дефектами адгезивно-фиксированными эпитезами / С.А. Николаенко, А.И. Зубарев, Л.А. Шапиро [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Клиническая стоматология. – 2016. – № 4 (80) . – С. 42-45.

132.Профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи при стоматологической реабилитации взрослых пациентов / А.К.

Иорданишвили, И.А. Толмачёв, М.И. Музыкин [и др.] . – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2016. – № 1 (53) . – С. 50-55.

133.Психологическая адаптация взрослых людей при потере зубов и устранении дефектов зубных рядов с использованием различных конструкций зубных протезов / А.К. Иорданишвили, В.Н. Цыган, А.И. Володин [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2017. – № 2 (58). – С. 49-53.

134.Пустовая, И.В. Челюстно-лицевое протезирование у онкологических больных / И.В. Пустовая, П.В. Светицкий. – Текст (визуальный) : непосредственный // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. –Минск,2004. – Ч. 1. – С. 370.

135.Разаков, Д.Х. Психофизиологическое сопровождение ортопедического лечения больных с зубоальвеолярной формой деформаций зубных рядов и прикуса / Д.Х. Разаков, Д.А. Тимофеев, В.В. Коннов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Саратовский науч.- практ. журн. – 2013. – Т. 9, № 3. – С. 456-458.

136.Рафф, А.И. Опыт ортопедического лечения больных с челюстно-лицевой патологией / А.И. Рафф. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – Т. 8, № 3. – С. 25-28.

137.Реабилитация пациентов с тотальными дефектами нижней челюсти / М.В. Локтионова, А.В. Жидовинов, А.Г. Жахбаров [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2016. – № 4. – С. 81-83.

138.Руководство по судебной медицине / под ред. В.В. Томилина, Г.В. Пашиняна. – М., 2001. – 173с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

139.Рыжова, И.П. Комплексная реабилитация пациентов с частичным отсутствием зубов, направленная на профилактику прогрессирующей

атрофии тканей протезного ложа: дис. д-ра мед. наук / И.П. Рыжова. – М., 2008. – 180 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

140.Саввиди, К.Г. Особенности психологии пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов и выбор тактики ортопедического лечения / К.Г. Саввиди, Г.Л. Саввиди, К.Е. Ратников. – Текст (визуальный) : непосредственный // Верхневолжский мед. журн. – 2012. – Т. 10, № 1. – С. 29-34.

141.Саввиди, К.Г. Оптимизация методов ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов: автореф. дис. д-ра мед. наук / К.Г. Саввиди. – Тверь, 2011. – 47 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

142.Садыков, С.Б. Способ улучшения лечебно-профилактических и эстетических качеств иммедиат-протезов / С.Б. Садыков, К.М. Чойбекова, Э.О. Исаков. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2015. – № 4. – С. 70-72.

143.Салеев, Р.А. Сравнительный анализ индексов оценки качества жизни, используемых в стоматологии (обзор литературы) / Р.А. Салеев, Н.С. Федорова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Клиническая стоматология. – 2014. – № 2. – С. 54 – 61.

144.Санососюк, Н.О. Роль непосредственного съемного протезирования в улучшении качества жизни пациентов при полном отсутствии зубов / Н.О. Санососюк. – Текст (визуальный) : непосредственный // Аспирантский вестник Поволжья. – 2013. – № 5-6. – С. 156-159.

145.Сахапова, Г.Ф. Оценка стоматологического статуса и качества жизни пациентов с множественной миеломой в зависимости от длительности основного заболевания / Г.Ф. Сахапова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6, № 5. – С. 59-61.

146.Слетов, А.А. Комплексная реабилитация пациентов с объемными дефектами нижней челюсти / А.А. Слетов, Д.В. Михальченко, А.В. Жидовинов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Крымский терапевтический журнал. – 2016. – № 4. – С. 61-64.

147.Современные исследования по оценке влияния стоматологической патологии на качество жизни больных (Обзор литературы) / Л.С. Ковалева, З.М. Абаев, И.М. Ерканян [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология для всех. – 2014. – № 3. – С. 40-45.

148.Современные методы контроля фонетической адаптации пациентов к ортопедическим конструкциям зубных протезов / А.А. Бизяев, В.В. Коннов, А.В. Лепилин [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Саратовский науч. - мед. журн. – Саратов, 2011. – Т. 7,№2. – С. 474-477.

149.Современный способ клинической оценки речевой функции при полной потере зубов / В.В. Трезубов, С.О. Чикунов, Е.А. Булычева, Ю.В. Алпатьева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2012. – №2. – С. 58-59.

150.Современный способ оценки четкости дикции при наличии полных съемных протезов / В.В. Трезубов, Е.А. Булычева, Ю.В. Алпатьева, С.О. Чикунов . – Текст (визуальный) : непосредственный // Эндодонтия и реставрация : материалы IX науч.-практ. конф. лечения и профилактики стоматол. заболеваний. – СПб., 2012. – С. 59-60.

151.Сравнительная оценка эффективности различных методик лечения пациентов с частичными и полными дефектами зубных рядов по стоматологическому показателю качества жизни («Профиль влияния стоматологического здоровья», OHIP – 49 - RU) / Е.Д. Назукин, А.Ю. Яков, Е.А. Городилова [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология для всех. – 2013. – № 2. – С. 14–18.

152.Сравнительная характеристика методов оценки жевательной эффективности / М.А. Родин, А.Л. Карташова, А.С. Патрушев [и др.]. – Текст

(визуальный) : непосредственный // Молодежный научный форум: естественные и медицинские науки. – 2016. – № 11 (39) . – С. 88-94.

153.Средство для лечения заболеваний пародонта и травматических повреждений слизистой оболочки полости рта «Виспосил» [Текст] : пат 2141816 Рос. Федерация : МПК A61K7/26, A61K35/78. / В.Н. Дармограй, Н.В. Курякина, Н.Е. Митин, С.В. Дармограй, С.В. Замчалкина; заявитель и патентообладатель Рязанский гос. мед. ун-т. – №98101617; заявл.13.01.1998; опубл. 27.11.1999. – Текст (визуальный): непосредственный.

154.Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни / О.С. Гилева, Т.В. Либик, Е.В. Халилаева [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т.6, №3. – С. 6–11.

155.Структура и база данных программного обеспечения оценки качества и разборчивости речи в процессе реабилитации после операции при лечении рака полости рта и ротоглотки, челюстно-лицевой области / Е.Ю. Костюченко Р.В. Мещеряков, Л.Н. Балацкая, Е.Л. Чойнзонов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Труды СПИИРАН. – 2014. – № 1 (32) . – С. 116-124.

156.Таклас, Н. Психологический статус пациентов с зубочелюстными аномалиями / Н. Таклас, А.Б. Слабковская, Л.С. Персин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Ортодонтия. – 2012. – № 1. – С. 9 – 14.

157.Тарико, О.С. Оценка уровня качества жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, осложненным концевыми дефектами зубного ряда нижней челюсти / О.С. Тарико, С.Е. Жолудев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2011. – №3. – С. 18-20.

158.Темкин, Э.С. Эффективность восстановления жевательной функции у пациентов с атрофией костной ткани альвеолярного отростка / Э.С. Темкин, Л.Г. Дорожкина, А.А. Терновой. – Текст (визуальный) :

непосредственный // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 1 (49) . – С. 56-58.

159.Ткаченко, Г.А. Качество жизни больных после органосохраняющих операций по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области / Г.А. Ткаченко, О.И. Чебан, М.А. Кропотов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2013. – № 2. – С. 47-50.

160.Ткаченко, Г.А. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области / Г.А. Ткаченко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49) . – С. 57-63.

161.Трезубов, В.Н. Психологическая оценка эмоционального состояния личности по характеристикам выражения глаз / В.Н. Трезубов, Е.А. Булычева, Ю.В. Алпатьева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Scientific Journal «ScienceRise». – 2015. – Т. 1, № 3 (6). – С. 21-24.

162.Уклонская, Д.В. Основные направления логопедической коррекции произносительной стороны речи при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области / Д.В. Уклонская, В.Е. Агаева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2016. – Т. 22, № 3. – С. 218-221.

163.Факторы, влияющие на эмоционально-эстетическое восприятие лица / М.М. Соловьев, Л.А. Алексина, А.А. Баиндурашвили, Л. Фэн. – Текст (визуальный) : непосредственный // Пародонтология. – 2011. – Т. 16, № 4. – С. 12-16.

164.Федотова, Е.А. Ретроспективная оценка результатов протезирования при полной потере зубов: дис. канд. мед. наук / Е.А. Федотова. – СПб., 2011. – 182 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

165.Хасянов, А.Ш. Качество жизни пациентов, нуждающихся в хирургическом ортогнатическом лечении / А.Ш. Хасянов, В.Д. Вагнер, Л.Е.

Смирнова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Институт стоматологии. – 2017. – № 74 (1) . – С. 18-21.

166.Чикунов, С.О. Повторная реабилитация пациентов после ранее проведенного ортопедического стоматологического лечения: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.14, 19.00.04 / С.О. Чикунов. – СПб., 2014. – 30 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

167.Чиркова, Н.В. Анализ факторов, влияющих на период адаптации у пациентов со съемными пластиночными протезами / Н.В. Чиркова, Ю.Н. Комарова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Современная ортопедическая стоматология. – 2011. – №15. – С. 50.

168.Чиссов, В.И. Заболеваемость злокачественными заболеваниями в России в 2011 г. (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петров. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. –289 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

169.Чулак, Л.Д. Особенности ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов, страдающих непереносимостью акриловых пластмасс / Л.Д. Чулак, В.А. Розуменко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматологический журнал. – 2013. – №4. – С. 336- 339.

170.Чумаченко, Е.Н. Компьютерное моделирование лечебных технологий и прогнозов реабилитации больных с челюстно-лицевыми дефектами и стоматологическими заболеваниями / Е.Н. Чумаченко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник РАЕН. – 2013. – № 1. – С. 108-110.

171.Чучков, В.М. Медицинская реабилитация онкологических больных с дефектами верхней челюсти / В.М. Чучков, А.А. Кулаков, Е.Г. Матякин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Стоматология. – 2009. – № 2. – С.36-40.

172.Шулятникова, О.А. Рационализация конструкционного материала пострезекционного протеза-обтуратора на верхнюю челюсть / О.А. Шулятникова, Г.И. Рогожников, С.Е. Порозова. – Текст (визуальный) :

непосредственный // Российский стоматологический журнал. – М., 2017. – Т. 21, № 1. – С. 41-45.

173.Элибеков, В.Г. Опыт применения метода свободной пересадки кожных лоскутов при травмах челюстно-лицевой области / В.Г. Элибеков. – Текст (визуальный) : непосредственный // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2007. – № 1. – С. 84.

174.Эндопротезирование у больных со злокачественными новообразованиями головы и шеи / А.С. Аладин, Л.Н. Петрова, А.В. Важенин [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2012. – № 1. – С. 59-61.

175.Явление признаков психоэмоционального состояния человека по выражению глаз и мимики век / В.Н. Трезубов [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Сб. кратких описаний научных открытий, научных идей, научных гипотез. – М., 2013. – С. 93.

176.Яскин, А.С. Определение концентрации растворов колориметрическим методом / А.С. Яскин. – Текст (визуальный) : электронный. – URL: http:// physbsu.narod.ru/lib/optics/optics/75.htm

177.A national survey of oral and maxillofacial surgeons' attitudes towards the treatment and dental rehabilitation of oral cancer patients / A. Alani, J. Owens, K. Dewan, A. Summerwill. – Text : visual // Br Dent J. – 2009. – Vol. 207, № 11. – P. E21; discussion 540-1.

178.Acharya, S. Oral health-related quality of life and its relationship with health locus of control among Indian dental university students / S. Acharya, D.K. Sangam. – Text : visual // Eur. J. Dental Educat. – 2008. – Vol. 12, № 4. – P. 208-12.

179.Acharya, V. Maxillofacial prosthodontic rehabilitation of a patient with oral complications during and after multimodality therapy for the management of oral squamous cell carcinoma / V. Acharya, M.S. Chambers. – Text : visual // J Prosthet Dent. – 2015. – Vol. 113, № 6. – P. 651-5.

180.Adams, C.D. Changing patterns of severe craniomaxillofacial trauma in Auckland over eight years / C.D. Adams, J.S. Januszkiewsz, J. Judson. – Text : visual // Aust.N.Z.J.Surg. – 2000. –Vol. 70, №6. – P.401-404.

181.Aimaijiang, Y. Relationships between perceived chewing ability, objective masticatory function and oral health-related quality of life in mandibulectomy or glossectomy patients with a dento-maxillary prosthesis / Y. Aimaijiang, T. Otomaru, H. Taniguchi. – Text : visual // J Prosthodont Res. – 2016. – Vol. 60, № 2. – P. 92-7.

182.Al Shamrany, M. Oral health-related quality of life: A broader perspective / M. Al Shamrany. – Text : visual // East Mediterr Health J. – 2006. – Vol.12. – P. 894–901.

183.Allen, P. A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing health related quality of life in edentulous adults / P. Allen, D. Locker. – Text : visual // Int. J.Prosthodont. – 2002. – Vol.15. – P. 446-450.

184.Allen, P. An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial / P. Allen, A. McMillan, D. Locker. – Text : visual // Community Dent Oral Epidemiol. – 2001. – Vol.29. – P.175-182.

185.Allen, P. Assessment of oral health related quality of life / P. Allen. – Text : visual // Health Qual Life Outcomes. – 2003. – №1. – P.40.

186.Anagnostopoulos, F. Oral Health Impact Profile / F. Anagnostopoulos. – Text : visual // Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. – 2014. – P. 4506 - 4510.

187.Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders / A. Blanco-Aguilera, A. Blanco-Hungría, L. Biedma-Velázquez [et al.]. – Text : visual // Med. Oral. Patol. – 2013. – Oct.13.

188.Assessing postoperative discomfort after third molar surgery: a prospective study / G.B. Grossi, C. Maiorana, R.A. Garramone [et al.]. – Text : visual // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2007. – Vol. 65, № 5. – P. 901-17.

189.Assessment of the oral health related quality of life of patients awaiting initial prosthetic assessment / R. Jagger, E. Barker, N. Dhaliwal, F. Allen. – Text : visual // Eur. J. Prosthodont. Restorative Dentistry. – 2006. – Vol. 14, №3. – P. 111-5.

190.Assessment of the quality of life in maxillectomy patients: A longitudinal study / P. Kumar, H.A. Alvi, J. Rao [et al.]. – Text : visual // J Adv Prosthodont. – 2013. – Vol. 5, № 1. – P. 29-35.

191.Association Between Masticatory Function and Oral Health-Related Quality of Life in Partial Maxillectomy Patients / M.M. Said [et al.]. – Text : visual // Int J Prosthodont. – 2016. – Vol. 29, № 6. – P. 561-564.

192.Association between self-assessment of complete dentures and oral health-related quality of life / Y. Komagamine, M. Kanazawa, Y. Kaiba [et al.]. – Text : visual // J Oral Rehabil. – 2012. – Vol. 39, № 11. – P. 847-57.

193.Associations between adult attachment and: oral health-related quality of life, oral health behavior, and self-rated oral health / P. Meredith, J. Strong, P. Ford, G. Branjerdporn. – Text : visual // Quality of Life Reserch. – 2015. – P. 1 - 11.

194.Avaliação das propriedades psicométricas do OHIP-14 e da prevalência dos impactos da saúde bucal, em população rural ribeirinha no Amazonas, Brasil / Flávia Cohen-Carneiro [et al.]. – Text : visual // Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. – 2010. – Vol.26, № 6. – P. 22-30.

195.Baker, S.R. Testing the applicability of a conceptual model of oral health in housebound edentulous older people / S.R. Baker, N.K. Pearson, P.G. Robinson. – Text : visual // Commun. Dent. Oral Epidemiol. – 2008. – Vol. 36, №3. – P. 237-248.

196.Bartolini, G. Tedesco Auf dem Weg zur definitiven Implantat versorgung / G. Bartolini. – Text : visual // Dental Labor. – 1997. – № 9. – P. 1555- 1560.

197.Battistelli, A. Der Einatz von thermoplastischen Azetalkunststoffen in der Kronen- und Bruckentechnik / A. Battistelli. – Text : visual // Quintessenz Zahntechnik. – 1990. – Bd. 16, №9. – S. 1057-1065.

198.Battistelli, A. Der Einatz von Thermoplastischen Azetalkunststoffen in der Kronenund Bruckentechnik / A. Battistelli. – Text : visual // Quintessenz Zahntechnik. – 1990. – Bd.16, №9. – S. 1175-1182.

199.Battistelli, A. Der Einatz von Thermoplastischen Azetalkunststoffen in der Kronen- und Bruckentechnik / A. Battistelli. – Text : visual // Quintessence of Technology. – 1991. – Bd. 16, № 3. – S. 5-11.

200.Battistelli, A. Provvisorio in material acetalica termoplastica / A. Battistelli, R. Pascetta. – Text : visual // AttualitaDentale. – 1990. – Vol. 41. – P. 8-13.

201.Benedittiz, A. Minor stress fool life events / daily hassels/ in chronic primari headache: Relationship with MMPI personaly patterns / A. Benedittiz. – Text : visual // Headache. – 1992. – Vol. 32. – P. 330-332.

202.Berg, E. Acceptance of full dentures / E. Berg. – Text : visual // Int. Dent. J. – 1993. – Vol. 43, № 3 (Suppl. L). – P. 299-306.

203.Bhasin, A.S. Rehabilitation of Patient with Acquired Maxillary Defect, using a Closed Hollow Bulb Obturator / A.S. Bhasin, V. Singh, S.S. Mantri. – Text : visual // Indian J Palliat Care. – 2011. – Vol. 17, № 1. – P. 70-3.

204.Bowling, A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales / A. Bowling. – Philadelphia: Open University Press, 1997. –160 p. – Text : visual.

205.Brennan, D. Dental visiting by insurance and oral health impact / D. Brennan, O. Anikeeva, D. Teusner. – Text : visual // Aust. Dent. J. – 2013. – Vol.58, № 3. – P. 344-349.

206.Brennan, D. Oral Health Impact Profile, EuroQol, and Assessment of Quality of Life instruments as quality of life and health-utility measures of oral health / D. Brennan. – Text : visual // Oral Sci. – 2013. – Vol.121, № 3 (Pt.1). – P. 188-193.

207.Cantatore, G. Esecuzione di pernimon cone in resina acetalica / G. Cantatore, M. Corigliano, V. Malagnino. – Text : visual // Tema di Odontoiatria e Cultura. – 1992. – Vol. 6. – P. 19-26.

208.Cantatore, G. Perni moncone in resina acetalica / G. Cantatore, M. Corigliano, V. Malagnino. – Text : visual // Dental Cadmos. – 1992. – Vol. 12. – P. 42-51.

209.Carlsson, G.E. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review / G.E. Carlsson, R. Omar. – Text : visual // J Oral Rehabil. – 2010. – Vol.37, № 2. – P. 143–156. doi: 10.1111/j.1365-2842.2009.02039.x.

210.Choi, M. Effects of varied dimensions of surgical guides on implant angulation / M. Choi, E. Romberg, C.F. Driscoll. – Text : visual // J. Prosthet. Dent. – 2004. – Vol. 92, №5. – P. 463 - 469.

211.Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people / G. Tsakos, J.G. Steele, W. Marcenes [et al.]. – Text : visual // Eur. J. Oral Sciences. – 2006. – Vol. 114, № 5. – P. 3915.

212.Combination prosthetic design providing a superior retention for mid-facial defect rehabilitation: A Case Report / S. Nilanonth, P. Shakya, N. Chotprasert, T. Srithavaj. – Text : visual // J Clin Exp Dent. – 2017. – Vol.9, № 4. – P. e590-e594.

213.Comparison of speech and aesthetic outcomes in patients with maxillary reconstruction versus maxillary obturators after maxillectomy / J.M. Rieger, J.A. Tang, J. Wolfaardt [et al.]. – Text : visual // J Otolaryngol Head Neck Surg. – 2011. – P.40-47.

214.Current strategies in reconstruction of maxillectomy defects / P. Andrades, Matthew M. Hanasono, Oleg Militsakh, Jana Maureen Rieger. – Text : visual // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2011. – Vol. 137, № 8. – P. 806-12.

215.Davies, J.E. Mechanisms of endosseous integration / J.E. Davies. – Text : visual // Int. J. Prosthodont. – 1998. – Vol. 11. – P. 391 -401.

216.Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life / M.T. John, D.R. Reissmann, A. Čelebić [et al.]. – Text : visual // Commun. Dent. Oral Epidemiol. – 2004. – Vol. 32, № 2. – P. 125-32.

217.Dholam, K.P. Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation in patients with oral cancer: A longitudinal study with the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire version 3 and Oral Health Impact Profile-14 questionnaire / K.P. Dholam, G.C. Chouksey, J. Dugad. – Text : visual // Indian J Cancer. – 2016. – Vol. 53, № 2. – P. 256-260.

218.Early prosthetic management of maxillectomy, hemimandibulectomy patient with a lateral mid facial defect: a case report / J. Komala, D.N. Vinnakota, T.R. Banda, S.B. Vadapalli. – Text : visual // J Indian Prosthodont Soc. – 2014. – Vol. 14, № 3. – P. 321-5.

219.Effects of sociodemographic, treatment variables, and medical characteristics on quality of life of patients with maxillectomy restored with obturator prostheses / I.I. Artopoulou, E.C. Karademas, N. Papadogeorgakis [et al.]. – Text : visual // J Prosthet Dent. – 2017. – Apr 26. pii: S0022-3913(17)30086-0.

220.Efficacy of Removable Partial Denture Treatment: A Retrospective Oral Health-Related Quality of Life Evaluation / Z. Ali, S. Baker, P. Barabari, N. Martin. – Text : visual // Eur J Prosthodont Restor Dent. – 2017. – Vol. 25, № 2. – P. 101-107. doi: 10.1922/EJPRD_01669Ali07.

221.Ettinger, M. Retaining third molars / M. Ettinger. – Text : visual // J. Amer. Dental Assoc. – 2003. – Vol. 134, № 6. – P. 684.

222.Evaluation of articulation simulation system using artificial maxillectomy models / M.E. Elbashti, M. Hattori, Y.I. Sumita, H.Taniguchi. – Text : visual // J Oral Rehabil. – 2015. – Vol. 42, № 9. – P. 678-84.

223.Evaluation of complete denture quality and masticatory efficiency in denture wearers / J.A. Ribeiro, C.M. de Resende, A.L. Lopes [et al.]. – Text : visual // Int J Prosthodont. – 2012. – Vol. 25, № 6. – P. 625-30.

224.Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses / R. Depprich, C. Naujoks, D. Lind [et al.]. – Text : visual // Int J Oral Maxillofac Surg. – 2011. – Vol. 40, № 1. – P. 71-9.

225.Faheemuddin, M. Impact of prosthodontic treatment on the oral health related quality of life in a maxillectomy patient with multiple impairments / M. Faheemuddin, N. Yazdanie, M.S. Nawaz. – Text : visual // J Ayub Med Coll Abbottabad. – 2014. – Vol. 26, № 2. – P. 246-51.

226.Ferraris, C.E. Development of a conceptual model of quality of life / C.E. Ferraris. – Text : visual // Scholarly Inquiry for Nursing Practice. – 1996. – Vol. 10. – P. 293-304.

227.Flexible resins in the rehabilitation of maxillectomy patient / P.K. Tannamala, M. Pulagam, S.R. Pottem, S. Karnam. – Text : visual // Indian J Dent Res. – 2012. – Vol. 23, № 1. – P. 97-100.

228.Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation / C. Chen, W. Ren, L. Gao [et al.]. – Text : visual // Braz J Otorhinolaryngol. – 2016. – Vol. 82, № 2. – P.177-83.

229.Functional and aesthetic rehabilitation with maxillary prosthesis supported by two zygomatic implants for maxillary defect resulting from cancer ablative surgery: a case report/technique article / H. Ozaki, S. Ishikawa, K. Kitabatake [et al.]. – Text : visual // Odontology. – 2016. – Vol. 104, № 2. – P.233-8.

230.Gargari, M. Inglese tor vergata university early load on bone primary healing implant / M. Gargari, J.V.L. Corigliano, L. Ottria. – Roma: JADR – CED, – 2001. – Poster 271. – Text : visual.

231.Haralur, S.B. Prosthetic rehabilitation of a patient with adenoid cystic carcinoma with continuous orbital-maxillary defect / S.B. Haralur, F.K. Shah. – Text (visual) : electronic // BMJ Case Rep. – 2013. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645338/

232.Hasegawa, T.K. Jr. Ethical dilemma / T.K. Hasegawa Jr., M. Matthews Jr., T.W. Stanford Jr. – Text : visual // Texas Dental J. – 2002. – Vol. 119, № 1. – P. 85-7.

233.Hattori, M. Three kinds of speech evaluation in maxillectomy patients during the fabrication process of a hollow-type obturator / M. Hattori, Y. Sumita, H. Taniguchi. – Text : visual // Kokubyo Gakkai Zasshi. – 2013. – Vol. 80, № 2. – P. 49-53.

234.Head and neck cancer-specific quality of life: Instrument validation / J.E. Terrell, K.A. Nanavati, R.M. Esclamado [et al.]. – Text : visual // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 1997. – Vol.123. – P.1125–32.

235.Health-related quality of life after maxillectomy: obturator rehabilitation compared with flap reconstruction / J. Breeze, A. Rennie, A. Morrison [et al.]. – Text : visual // Br J Oral Maxillofac Surg. – 2016. – Vol. 54, № 8. – P. 857-862.

236.Health-related quality of life in patients treatment with temozolomide vs. procarbazine for recurrent glioblastoma miltiforme / D. Osoba, M. Brada, W.K.A. Yung, M.D. Prados. – Text : visual // J.Clin. Oncol. – 2000. – Vol.18, №7. – P.481-491.

237.Immediate loading of titanium plasma-sprayed implants: a hystologic analysis in monkeys / A. Piattelli, M. Corigliano, A. Scarano [et al.]. – Text : visual // J. Periodontol. – 1998. – Vol. 69. – P. 321 - 327.

238.Impact of occlusal support and perceived chewing ability on oral health-related quality of life among patients attending a private dental institution in India / Rajesh Ashwini, Rao Umesh, Y. Pai [et al.]. – Text : visual // J Indian Prosthodont Soc. – 2017. – Vol.17. – P.15-21. – URL: http://www.j-ips.org/text.asp?2017/17/1/15/194943

239.Impact of removable partial denture prosthesis on chewing efficiency / M. Bessadet, E. Nicolas, M. Sochat [et al.]. – Text : visual // J Appl Oral Sci. – 2013. – Vol. 21, № 5. – P. 392–396.

240.Influence of the renewal of removable dentures on oral health related quality of life / G. Bonnet, C. Batisse, J.W. Segyo [et al.] . – Text : visual // Springerplus. – 2016. – Vol. 5, № 1. – P. 2019.

241.Inoue, M. Denture quality has a minimal effect on health-related quality of life in patients with removable dentures / M. Inoue, M.T. John, H. Tsukasaki. – Text : visual // J. Oral Rehabil. – 2011. – Vol. 38. – P. 818–826.

242.Integration of oral health-related quality of life instruments / M.T. John, D.R. Reissmann, A. Čelebić [et al.]. – Text : visual // J Dent. – 2016. – Vol. 53. – P. 38-43.

243.Interpreting one oral health impact profile point / D.R. Reissmann, Ira Sierwald, Guido Heydecke, Mike T. John. – Text : visual // Health and Quality of Life Outcomes. – 2013. – Vol. 11. – P.12.

244.Investigation of factor affecting health-related quality of life in head and neck cancer patients / J. Morimata, T. Otomaru, M. Murase [et al.]. – Text : visual // Gerodontology. – 2013. – Vol. 30, № 3. – P.194-200.

245.Jepson, N.J. Short and sticky options in the treatment of partially dentate patient / N.J. Jepson, P.F. Allen. – Text : visual // Br. Dent. J. – 1999. – Vol. 187. – P. 646-652.

246.Katyayan, P.A. Prosthetic rehabilitation of a maxillofacial defect in a chondrosarcoma patient / P.A. Katyayan, M. Katyayan, N. Kalavathy. – Text : visual // J Contemp Dent Pract. – 2011. – Vol. 12, № 5. – P. 398-403.

247.Kelly, M. Adult Dental Health Survey UK 1998 / M. Kelly, J.G. Steele, N. Nuttal. – London: Office for National Statistics, 2000. – Text : visual.

248.Kent, G. The Psychology of Dental Care / G. Kent, A.S. Blinkhorn. – Oxford: Wright, 1991. – Text : visual.

249.Klemetti, E. Morphology of the mandibular cortex on panoramic radiographs as an indicator of bone quality / E. Klemetti, S. Kolmakow. – Text : visual // Dentomaxillofac. Radiol. – 1997. – Vol. 26, № l. – P. 22-25.

250.Kranjčić, J. Simplified Prosthetic Rehabilitation of a Patient after Oral Cancer Removal / J. Kranjčić, N. Džakula, D. Vojvodić. – Text : visual // Acta Stomatol Croat. – 2016. – Vol. 50, № 3. – P. 258-264.

251.Kumar, P. Speech rehabilitation of maxillectomy patients with hollow bulb obturator / P. Kumar, V. Jain, A. Thakar. – Text : visual // Indian J Palliat Care. – 2012. – Vol. 18, № 3. – P. 207-12.

252.Kwon, H.B. The effect of obturator bulb height on speech in maxillectomy patients / H.B. Kwon, S.W. Chang, S.H. Lee. – Text : visual // J Oral Rehabil. – 2011. – Vol. 38, № 3. – P.185-95.

253.Lamey, P.L. Oral medicine in practice: Burning mouth syndrome / P.L. Lamey, M.A. Levis. – Text : visual // Br. Dental J. – 1989. – Vol. 167, № 6. – P. 196-200.

254.Larsson, P. Methodological studies of orofacial aesthetics, orofacial function and oral health-related quality of life / P. Larsson. – Text : visual // Swed Dent J Suppl. – 2010. – Vol.204. – P.11-98.

255.Lindsay, S. Fear of routine dental treatment in adults: Its nature and management / S. Lindsay, C. Jackson. – Text : visual // Psychology and Health. – 1993. – Vol.8. – P.135-154.

256.Longitudinal evaluation of health-related quality of life after osteoradionecrosis of the mandible / S.N. Rogers, J.J. D'Souza, D. Lowe, A. Kanatas. – Text : visual // Br J Oral Maxillofac Surg. – 2015. – Vol. 53, № 9. – P. 854-7.

257.Massironi, D. L' utilita del moncone angolato in un caso di monimpianto post-estrattivo / D. Massironi, W. Rao, A. Battisteili. – Text : visual // Quintessenza Odontotecnica. –1993. –Vol. 2. – P. 133-142.

258.Massironi, D. Resina acetaiica como mantenedor de espacios / D. Massironi. – Text : visual // Gazeta Dental. – 1993. – Vol. 39, № 2. – P. 9-34.

259.Massironi, D. Resina acetaiica Dental D come manteni-tore di spazio / D. Massironi, A. Battisteili. – Text : visual // Attualita Dentale. – 1992. – Vol. 23/24. – P. 6-15.

260.Massironi, D. Restaurazione protesica di pre- cisione / D. Massironi, A. Battistelli, R. Pascetta. – Berlin: Quinntessenz Verlags-GmbH, 1993. – Text : visual.

261.Masticatory efficiency after rehabilitation of acquired maxillary and mandibular defects / N.V. Vijayaraghavan, G. Ramesh, A. Thareja, S. Patil. – Text : visual // Indian J Dent. – 2015. – Vol. 6, № 3. – P.139–146.

262.Masticatory efficiency before and after surgery in oral cancer patients: comparative study of glossectomy, marginal mandibulectomy and segmental mandibulectomy / S. Namaki, M. Matsumoto, H. Ohba [et al.]. – Text : visual // Journal of Oral Science. – 2004. – Vol. 46, № 2. – P. 113-117.

263.Masticatory function and oral health-related quality of life in patients after partial maxillectomies with closed or open defects / M.M. Said, T. Otomaru, Y. Yeerken, H. Taniguchi. – Text : visual // J Prosthet Dent. – 2017. – Jan 12. pii: S0022-3913(16)30616-3.

264.Maxillofacial surgery instructed by maxillofacial prosthetic restoration / Z.H. Feng, Y.M. Li, J.F. Chen [et al.]. – Text : visual // Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. – 2013. – Vol. 48, № 9. – P. 558-60.

265.McGrath, C. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain / C. McGrath, R. Bedi. – Text : visual // Commun. Dent. Oral Epidemiol. – 2004. – Vol. 32, № 1. – P. 67-72.

266.Miller, L. Psychotherapeutic approaches to chronic pain / L. Miller. – Text : visual // Psychotherapy. – 1993. – Vol.30, №1. – P.115-124.

267.Natural frequency assessment of stability of root keeper magnetic devices / H. -M.Huang, D.-Z.Liu, Y.-Y. Shiau [et al.]. – Text : visual // Medical and Biological Engineering and Computing. – 2004. – Vol. 42, №3. – P. 388-393.

268.New psychological method of psychological status evaluation / E.A. Bulycseva, V.N. Trezubov, S.O. Csikunyov, J.V. Alpatyeva. – Text : visual // Labline. – 2015. – P. 34-40.

269.No significant retest effects in oral health-related quality of life assessment using the Oral Health Impact Profile / M.T. John, D.R. Reissmann, A.

Čelebić [et al.]. – Text : visual // Acta Odontol. Scand. – 2008. – Vol. 66, №3. – P. 135-8.

270.Obturator prostheses versus free tissue transfers: A systematic review of the optimal approach to improving the quality of life for patients with maxillary defects / T.B. Brandão, A.J. Vechiato Filho, V.E. Batista [et al.]. – Text : visual // J Prosthet Dent. – 2016. – Vol. 115, № 2. – P. 247-253.e4.

271.Obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients / M. Singh, A. Bhushan, N. Kumar, S. Chand. – Text : visual // Natl J Maxillofac Surg. – 2013. – Vol. 4, № 1. – P.117-20.

272.Omo, J. Prosthetic rehabilitation of patients with maxillary defects in a nigerian tertiary hospital / J. Omo, M. Sede, J. Enabulele. – Text : visual // Ann Med Health Sci Res. – 2014. – Vol. 4, № 4. – P. 630-3.

273.Oral and general health-related quality of life in patients treated for oral cancer compared to control group / R. Barrios, Georgios Tsakos, Blas García-Medina [et al.]. – Text : visual // Health and Quality of Life Outcomes. – 2015. – Vol. 13. – P.9.

274.Oral function after maxillectomy and reconstruction with an obturator / A.M. Kreeft, M. Krap, D. Wismeijer [et al.]. – Text : visual // Int J Oral Maxillofac Surg. – 2012. – Vol. 41, № 11. – P.1387-92.

275.Oral health-related quality of life among institutionalized patients after dental rehabilitation / B. İlhan, E. Çal, N. Dündar [et al.]. – Text : visual // Geriatr Gerontol Int. – 2015. – Vol.15, № 10. – P. 1151–1157. doi: 10.1111/ggi.12413.

276.Oral health-related quality of life among outpatients with rheumatoid arthritis / A. Blaizot, P. Monsarrat, A. Constantin [et al.]. – Text : visual // Int. Dent. – 2013. – Vol.63, № 3. – P. 145-153.

277.Oral health-related quality of life and malnutrition in patients treated for oral cancer / R. Barrios, Georgios Tsakos, Blas García-Medina [et al.]. – Text : visual // Supportive Care in Cancer. – 2014. – Vol. 22, № 11. – P. 2927 - 2933.

278.Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and

clinical condition / C. Perea, M.J. Suárez-García, J. Del Río [et al.]. – Text : visual // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. – 2013. – Vol. 18, № 3. – P.371-80.

279.Oral health-related quality of life in diabetic patients: comparison of the Persian version of Geriatric Oral Health Assessment Index and Oral Health Impact Profile: A descriptive-analitic study / A. Nikbin, M. Bayani, N. Jenabian [et al.]. – Text : visual // Journal of Diabetes & Metabolic Desorders. – 2014. – Vol.13. – P.32.

280.Oral health-related quality of life in patients with removable dentures / J. Pistorius, J.G. Horn, A. Pistorius, J. Kraft. – Text : visual // Schweiz Monatsschr Zahnmed. – 2013. – P. 964-971.

281.Oral rehabilitation after surgical removal of pleomorphic adenoma / M.C. Goiato, A.C.Tamae, P.I. Silva [et al.]. – Text : visual // J Craniofac Surg. – 2011. – Vol. 22, № 6. – P. 1996-9.

282.Oral rehabilitation of a patient with sub - total maxillectomy / R. Soni, S. Jindal, B.P. Singh [et al.]. – Text : visual // Contemp Clin Dent. – 2011. – Vol. 2, № 1. – P. 63-5.

283.Oromaxillary prosthetic rehabilitation of a maxillectomy patient using a magnet retained two-piece hollow bulb definitive obturator; a clinical report / J.A. Mohamed Usman, A. Ayappan, D. Ganapathy, N.N. Nasir [et al.]. – Text : visual // Case Rep Dent. – 2013. – P.1-3.

284.Ozhayat, E.B. Influence of negative affectivity and self-esteem on the oral health related quality of life in patients receiving oral rehabilitation / E.B. Ozhayat. – Text : visual // Health Qual. Life Outcomes. – 2013. – Vol.11, № 1. – P.178- 181

285.Pain medication as an indicator of interference with lifestyle and oral function during recovery after third molar surgery / M. Snyder, D.A. Shugars, R.P. White, C. Phillips. – Text : visual // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2005. – Vol. 63, №8. – P. 1130-7.

286.Patil, P.G. New technique to fabricate an immediate surgical obturator restoring the defect in original anatomical form / P.G. Patil. – Text : visual // J Prosthodont. – 2011. – Vol. 20, № 6. – P. 494-8.

287.Peri-implant bone reactions to immediately loaded implants. An experimental study in monkeys / G. Romanos, C.G. Toh, C.H. Siar [et al.]. – Text : visual // J. Periodontol. – 2001. – Vol. 72. – P. 506 - 511.

288.Perisanidis C.Importance of chewing, saliva, and swallowing function in patients with advanced oral cancer undergoing preoperative chemoradiotherapy: a prospective study of quality of life / D. Nemeth, L. Zaleczna, A. Huremovic [et al.] . – Text : visual // Int J Oral Maxillofac Surg. – 2017. – Jun 1. pii: S0901-5027(17)31466-2. doi: 10.1016/j.ijom.2017.05.005.

289.Peršić, S. Influence of different prosthodontic rehabilitation options on oral health-related quality of life, orofacial esthetics and chewing function based on patient-reported outcomes / S. Peršić, A. Čelebić. – Text : visual // Qual Life Res. – 2015. – Vol.24, № 4. – P.919–926. doi: 10.1007/s11136-014-0817-2

290.Petrie, A. Further statistics in dentistry. Part 6: Multiple linear regression / A. Petrie, J.S. Bulman, J.F. Osbom. – Text : visual // Brit. Dental J. – 2002. – Vol. 193, № 12. – P. 675-82.

291.Poswillo, D. Report of an expert working party on general anaesthesia, sedation and resuscitation in dentistry / D. Poswillo. – London: Standing Dental Advisory Committee (Departament of Health), 1990. – Text : visual. 440

292.Pre-prosthetic surgical alterations in maxillectomy to enhance the prosthetic prognoses as part of rehabilitation of oral cancer patient / H. El Fattah, A. Zaghloul, E. Pedemonte, T. Escuin. – Text : visual // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. – 2012. – Vol. 17, № 2. – P. e262-70.

293.Prosthetic reconstruction with an obturator using swing-lock attachment for a patient underwent maxillectomy: A clinical report / D.J. Seong, S.J. Hong, Ha S.R. [et al.]. – Text : visual // J Adv Prosthodont. – 2016. – Vol. 8, № 5. – P.411-416.

294.Prosthetic rehabilitation of a maxillectomy with a two-piece hollow bulb obturator. A clinical report / T.V. Padmanabhan, V.A. Kumar, K.K. Mohamed, N. Unnikrishnan. – Text : visual // J Prosthodont. – 2011. – Vol. 20, № 5. – P. 397-401.

295.Prosthetic rehabilitation of a patient with a large mid face defect secondary to Basal cell carcinoma / P.L. Rao, H. Parkash, V. Jain, A. Raut. – Text : visual // J Indian Prosthodont Soc. – 2011. – Vol. 11, № 2. – P. 137-41.

296.Prosthetic Rehabilitation of Patients After Surgical Treatment of Maxillary Tumors with Respect to Upper Airway Protection / D. Rolski, J. Kostrzewa-Janicka, R. Nieborak [et al.]. – Text : visual // Adv Exp Med Biol. – 2016. – Vol.85. – P. 83-8.

297.Proussaefs, P. Histologic evaluation of a 9-year-old hydroxyapatite-coated cylindric implant placed in conjunction with a subantral augmentation procedure: a case report / P. Proussaefs, J. Lozada. – Text : visual // Int. J. Oral Maxillof ac. Implants. – 2001. – Vol.16. – P. 737 - 741.

298.Proussaefs, P. Histologic evaluation of two Vitallium blade-form implants retrieved after 13 to 21 years of function: a clinical report / P. Proussaefs, J. Lozada. – Text : visual // J. Prosthet. Dent. – 2002. – Vol. 87. – P. 412 - 415.

299.Pterygoid implants for maxillofacial rehabilitation of a patient with a bilateral maxillectomy defect / A.S. Bidra, G.W. May, G.E. Tharp, M.S. Chambers. – Text : visual // J Oral Implantol. – 2013. – Vol. 39, № 1. – P. 91-7.

300.Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation / R. Chigurupati, N. Aloor, R. Salas, B.L. Schmidt. – Text : visual // J Oral Maxillofac Surg. – 2013. – Vol. 71, № 8. – P.1471-8.

301.Quality of life and masticatory function in denture wearers / H. Koshino, T. Hirai, T. Ishijima [et al.]. – Text : visual // J. Oral Rehabilit. – 2006. – Vol. 33, №5. – P. 323-9.

302.Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials / ed.: B. Spicer. – 2nd edition. – Philadelphia: New-York Lippincott Raven, 1996. – 1259 p. – Text : visual.

303.Quality of life assessment in clinical trials / ed.: M.J.Staquet. – Oxford: University Press; New York; Tokyo, 1998. – 360 p. – Text : visual.

304.Quality of life factors and survival after total or extended maxillectomy for sinonasal malignancies / J. Murphy, A. Isaiah, J.S. Wolf, J.E. Lubek. – Text : visual // J Oral Maxillofac Surg. – 2015. – Vol. 73, № 4. – P. 759-63.

305.Quality of life in advanced maxillary sinus cancer after radical versus conservative maxillectomy / L. Liu, D. Liu, Q. Guo, B. Shen. – Text : visual // J Craniofac Surg. – 2013. – Vol. 24, № 4. – P. 1368-72.

306.Quality of life in oral cancer patients – effects of mandible resection and socio-cultural aspects / S.T. Becker, M. Menzebach, T. Küchler [et al.]. – Text : visual // J Craniomaxillofac Surg. – 2012. – Vol. 40, № 1. – P. 24-7.

307.Quality of life in patients after maxillectomy and placement of prosthetic obturator / C. Chen, W.H. Ren, R.Z. Huang [et al.]. – Text : visual // Int J Prosthodont. – 2016. – Vol. 29, № 4. – P.363-8.

308.Quality of life of patients with segmental mandibular resection and immediate reconstruction with plates / E. Okoturo, O. Ogunbanjo, A. Akinleye, M. Bardi. – Text : visual // J Oral Maxillofac Surg. – 2011. – Vol. 69, № 8. – P. 2253-9.

309.Raczinski, J.M. Quality of life after coronary revascularization procedures. Quality of life and pharmacoeconomics n clinical trials / J.M. Raczinski, A. Oberman. – 2nd edition. – Philadelphia; New-York: Lippincott-Raven, 1996. – P. 865-882. – Text : visual.

310.Rehabilitation by hollow obturator prosthesis immediately after total maxillectomy for malignant tumor / X.Y. Li, A.H. Yan, S. Hao [et al.]. – Text : visual // Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. – 2011. – Vol. 46, № 5. – P. 362-7.

311.Rehabilitation of a mandibular segmental defect with magnet retained maxillofacial prosthesis / S.S. Mantri, S.P. Mantri, C.J. Rathod, A. Bhasin. – Text : visual // Indian J Cancer. – 2013. – Vol. 50, № 1. – P. 21-4.

312.Rehabilitation of a maxillectomy case with telescopic crowns: a case report / A.K. Sethuram, N. Sahoo, H. Sandhu, V. Radhakrishnan. – Text : visual // J Indian Prosthodont Soc. – 2013. – Vol. 13, № 3. – P. 236-9.

313.Rehabilitation of maxillectomy defects with obturator prostheses fabricated using computer-aided design and rapid prototyping: a pilot study / T. Jiao, C. Zhu, X. Dong, X. Gu. – Text : visual // Int J Prosthodont. – 2014. – Vol. 27, № 5. – P. 480-6.

314.Rehabilitation of post surgical maxillectomy defects using interim obturators-a case series / M. Choudhury, N. Shanmuganathan, T.V. Padmanabhan [et al.]. – Text : visual // Indian J Surg Oncol. – 2014. – Vol. 5, № 4. – P.315-20.

315.Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians / F.B. Andrade, M.L. Lebrao, J.L.F. Santos [et al.]. – Text : visual // J Am Geriatr Soc. – 2012. – Vol. 60, № 9. – P. 1755–1760. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04104.x.

316.Renk, A. Die Herstellung geteilter Resektionsprothesen / A. Renk. – Text : visual // Dent. Labor. – 1993. – Bd. 41, №7. – S. 1117-1124.

317.Resorption of mandibular canal wall in the edentulous aged population / Q. Xie, J. Wolf, R. Tilvis, A. Ainamo. – Text : visual // J. Prosthet. Dent. – 1997. – Vol. 77, № 6. – P. 596-600.

318.Rodrigues, S.J. Prosthetic rehabilitation of a patient after partial maxillectomy: A clinical report / S.J. Rodrigues, S. Saldanha. – Text : visual // Contemp Clin Dent. – 2011. – Vol. 2, № 4. – P. 355-8.

319.Rozier, R.G. Patient- and population-reported outcomes in public health dentistry: Oral health-related quality of life. (vi-vii) / R.G. Rozier, B.T. Pahel. – Text : visual // Dent Clin North Am. – 2008. – Vol. 52. – P.345–65.

320.Safdar, N. Relationship between fractures of the mandibular angle and the present and state of eruption of the lower third molar / N. Safdar, J. Meechan. – Text : visual // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. & Endodontics. – 1995. – Vol.79, №6. – P.680-684.

321.Salinas, T.J. Prosthetic rehabilitation of defects of the head and neck / T.J. Salinas. – Text : visual // Semin Plast Surg. – 2010. – Vol. 24, № 3. – P. 299-308.

322.Salivary stress biomarker levels during speech in patients with maxillectomy defect / Y. Ugawa, G. Nishigawa, Y. Maruo [et al.]. – Text : visual // Head Neck. – 2011. – Vol. 33, № 5. – P. 620-6.

323.Shin, Y.J. Successful and rapid response of speech bulb reduction program combined with speech therapy in velopharyngeal dysfunction: a case report / Y.J. Shin, S.O. Ko. – Text : visual // Maxillofac Plast Reconstr Surg. – 2015. – Vol. 37, № 1. – P.22.

324.Short-term outcome of postoperative patient recovery perception after surgical removal of third molars / F.R. Sato, L. Asprino , D.E. de Araújo, M. de Moraes. – Text : visual // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2009. – Vol. 67, № 5. – P. 1083-91.

325.Short-term quality of life change perceived by patients after transition to mandibular overdentures / A.J. Schuster, R.M. Marcello-Machado, A.M. Bielemann [et al.]. – Text : visual // Braz Oral Res. – 2017. – Vol.31. – P.e5.

326.Singh, N. Prosthodontic rehabilitation of extraoral and intraoral maxillofacial defects / N. Singh, R.K. Dhiman, D. Kumar. – Text : visual // Med J Armed Forces India. – 2015. – Vol. 71(Suppl. 2). – P.S556-9.

327.Sinha, D. Fabrication of an immediate surgical obturator for a patient with resection of the maxillary antrum and bony orbital floor / D. Sinha, S. Banerjee, S. Chowdhury. – Text : visual // J Prosthet Dent. – 2014. – Vol. 112, № 2. – P. 376-8.

328.Slade, G. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile / G. Slade, J. Spenser. – Text : visual // Comm Dental Health. – 1994. – Vol.11. – P.3-5.

329.Sound Production in Totally Edentulous Patients Before and After Prosthetic Treatment / E.A. Bulycheva, Vladimir N. Trezubov, Ulia V. Alpateva, Darya S. Bulycheva. – Text : visual // J Prosthodont. – 2016. – Vol. 27, № 6.

330.Speech intelligibility enhancement after maxillary denture treatment and its impact on quality of life / C. Knipfer, M. Riemann, T. Bocklet [et al.]. – Text : visual // Int J Prosthodont. – 2014. – Vol. 27, № 1. – P. 61-9.

331.Split Hollow Bulb Obturator to Rehabilitate Maxillary Defect: A Case Report / K. Mohamed, U. Mani, P. Saravanakumar [et al.]. – Text : visual // Cureus. – 2016. – Vol. 8, № 6. – P. 635.

332.Subjective impact of minimally invasive dentistry in the oral health of older patients / C. Mata, Michael Cronin, Denis O'Mahony [et al.] . – Text : visual // Clinical Oral Investigatons. – 2015. – Vol.19, № 3. – P. 681 - 687.

333.Surgical and prosthetic reconsiderations in patients with maxillectomy / B. Lethaus, N. Lie, F. de Beer [et al.]. – Text : visual // J Oral Rehabil. – 2010. – Vol. 37, № 2. – P.138-42.

334.Surgical and prosthetic rehabilitation of combination syndrome / P. Carlino, F. Pettini, S. Cantore [et al.]. – Text : visual // Case Rep Dent. – 2014; 2014: 186213.

335.Systematic review of functional outcome and quality of life following reconstruction of maxillofacial defects using vascularized free fibula flaps and dental rehabilitation reveals poor data quality / J.G. Wijbenga, R.H. Schepers, P.M. Werker [et al.] . – Text : visual // J Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2016. – Vol. 69, № 8. – P.1024-36.

336.The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patients′ satisfaction of new complete dentures / H.-C. Kuo, Ying-Se Kuo, I-Chen Lee [et al.]. – Text : visual // Quality of Life Research. – 2013. – Vol. 22, № 7. – P. 1665 – 1674.

337.The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology / N.K. Aaronson, A. Cull, S. Kaasa, M. Sprangers. – Text : visual // Int. J. Ment. Health. – 1994. – Vol.23. – P.75-96.

338.The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile / A. Szentpetery, G. Szabo, G. Marada [et al.] . – Text : visual // Eur. J. Oral Sciences. – 2006. – Vol. 114, №3. – P.197-203.

339.The impact of implant treatment on oral health related quality of life in a private dental practice: a prospective cohort study / M. Fillion, D. Aubazac, M. Bessadet [et al.]. – Text : visual // Health and Quality of Life Outcomes. – 2013. – Vol. 11. – P.197.

340.The outcomes of mandibular third molar removal and non-removal: a study of patients' preferences using a multi-attribute method / R. Liedholm, K. Knutsson, L. Lysell [et al.]. – Text : visual // Acta Odontol. Scand. – 2000. – Vol. 58, №6. – P. 293-8.

341.Thean, H. The dental awareness of nursing home staff in Singapore a pilot study / H. Thean, M.L. Wong, H. Koh. – Text : visual // Gerodontology. – 2007. – Vol. 24, № 1. – P. 58-63.

342.Tripathi, A. Effect of Prosthodontic Rehabilitation of Maxillary Defects on Hypernasality of Speech / A. Tripathi, A. Gupta, V. Arora. – Text : visual // J Prosthodont. – 2016. – Vol. 25, № 3. – P.202-6.

343.Understandability of Speech Predicts Quality of Life Among Maxillectomy Patients Restored With Obturator Prosthesis / C.P. Seignemartin, M.E. Miranda, J.G. Luz, R.G. Teixeira. – Text : visual // J Oral Maxillofac. Surg. – 2015. – Vol. 73, № 10. – P. 2040-8.

344.Use of Orbital Conformer to Improve Speech in Patients with Confluent Maxillectomy and Orbital Defects / A.C. Colebeck, M.T. Kase, C.B. Nichols [et al.]. – Text : visual // J Prosthodont. – 2016. – Vol. 25, № 3. – P. 241-6.

345.Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly / K.H. Bae, H.D. Kim, S.H. Jung [et al.]. – Text : visual // Commun. Dent. Oral Epidemiol. – 2007. – Vol. 35, № 1. – P. 73-9.

346.World Health Organisation. Cancer pain relief. – Geneva: WHO, 1986. – P. 5-26. – Text : visual.

347.Yamaga, E. A structural equation model relating oral condition, denture quality, chewing ability, satisfaction, and oral health-related quality of life in complete denture wearers / E. Yamaga, Y. Sato, S. Minakuchi. – Text : visual // J Dent. – 2013. – Vol. 41, № 8. – P.710-7.

348.Yamashita, Y. Oral rehabilitation using pre-shaped Epitec fixation systems after extensive maxillary tumor surgery / Y. Yamashita, M. Shigematsu, M. Goto. – Text : visual // Int J Oral Maxillofac. Surg. – 2009. – Vol. 38, № 3. – P.285-8.

349.Yenisey, M. An alternative prosthetic approach for rehabilitation of two edentulous maxillectomy patients: Clinical Report / M. Yenisey, Ş. Külünk, N.Kaleli. – Text : visual // J Prosthodont. – 2017. – Apr 6. – P. 483-488.

Приложения

Приложение №1

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2013614016

Программа регистрации электродермальной активности

Правообладатель(ли): ***Стрелков Николай Николаевич (RU)***

Автор(ы): ***Стрелков Николай Николаевич (RU), Гуськов Александр Викторович (RU), Каплан Михаил Борисович (RU), Митин Николай Евгеньевич (RU), Набатчикова Людмила Павловна (RU), Стрелков Алексей Николаевич (RU), Стрелкова Екатерина Васильевна (RU), Фукс Елена Ивановна (RU)***

Заявка № **2013610091**

Дата поступления **09 января 2013 г.**

Зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ

22 апреля 2013 г.

Руководитель Федеральной службы по интеллектуальной собственности

Б.П. Симонов

Приложение №2

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2558468

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НА ПОСТОПЕРАЦИОННУЮ РАНУ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ЗУБНОМ ИЛИ ЧЕЛЮСТНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Патентообладатель(ли): ***Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения РФ" (RU)***

Автор(ы): ***см. на обороте***

Заявка № **2013153030**

Приоритет изобретения **28 ноября 2013 г.**

Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации ***03 июля 2015 г.***

Срок действия патента истекает **28 ноября 2033 г.**

Врио руководителя Федеральной службы по интеллектуальной собственности

Л.Л. Кирий

Приложение №3

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2016613608

Программа оценки тревожности перед стоматологическим приемом

Правообладатели: ***Митин Николай Евгеньевич (RU), Власова Лариса Анатольевна (RU), Юдин Антон Владимирович (RU), Стрельник Сергей Сергеевич (RU)***

Авторы: ***Митин Николай Евгеньевич (RU), Власова Лариса Анатольевна (RU), Юдин Антон Владимирович (RU), Стрельник Сергей Сергеевич (RU), Харитонов Дмитрий Юрьевич (RU), Долбова Анна Витальевна (RU), Котов Константин Сергеевич (RU), Мишин Дмитрий Николаевич (RU), Митина Евгения Николаевна (RU)***

Заявка № **2016610911**

Дата поступления **05 февраля 2016 г.**

Дата государственной регистрации

в Реестре программ для ЭВМ ***01 апреля 2016 г.***

Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Г.П. Ивлиев

Приложение №4

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2543041

СЪЕМНЫЙ РЕЗЕКЦИОННЫЙ ПРОТЕЗ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С МИОГИМНАСТИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ

Патентообладатель(ли): ***Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения РФ" (RU)***

Автор(ы): ***см. на обороте***

Заявка № **2013124787**

Приоритет изобретения **28 мая 2013 г.**

Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации ***26 января 2015 г.***

Срок действия патента истекает **28 мая 2033 г.**

Врио руководителя Федеральной службы по интеллектуальной собственности

Л.Л. Кирий

Приложение №5

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2016610159

Программа расчета жевательной эффективности по окклюзиограмме пациента

Правообладатели: ***Митин Николай Евгеньевич (RU), Васильева Татьяна Анатольевна (RU), Васильев Евгений Викторович (RU)***

Авторы: ***Митин Николай Евгеньевич (RU), Васильева Татьяна Анатольевна (RU), Васильев Евгений Викторович (RU)***

Заявка № **2015661576**

Дата поступления **13 ноября 2015 г.**

Дата государственной регистрации

в Реестре программ для ЭВМ ***11 января 2016 г.***

Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Г.П. Ивлиев

Приложение №6

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2675687

Иммедиат протез, применяемый в области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей

Патентообладатель: ***Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (RU)***

Авторы: ***Митин Николай Евгеньевич (RU), Перминов Евгений Сергеевич (RU), Калиновский Сергей Игоревич (RU), Перминова Елена Андреевна (RU)***

Заявка № **2018101224**
Приоритет изобретения **15 января 2018 г.**
Дата государственной регистрации в Государственном реестре изобретений Российской Федерации **21 декабря 2018 г.**
Срок действия исключительного права на изобретение истекает **15 января 2038 г.**

Руководитель Федеральной службы по интеллектуальной собственности

Г.П. Ивлиев

Приложение №7

Методика определения тревоги по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.Л. Ханину

Для оценки динамики состояния реактивной тревожности используется первая половина теста (от 1 до 20-го вопроса) или его укороченный вариант, на заполнение которого уходят 10-15 сек.

1. Я спокоен…….1 2 3 4
2. Мне ничто не угрожает……..1 2 3 4
3. Я нахожусь в напряжении…….1 2 3 4
4. Я испытываю сожаление……1 2 3 4
5. Я чувствую себя свободно……1 2 3 4
6. Я расстроен…….1 2 3 4
7. Меня волнуют возможные неудачи……..1 2 3 4
8. Я чувствую себя отдохнувшим……1 2 3 4
9. Я встревожен……..1 2 3 4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения……..1 2 3 4
11. Я уверен в себе…….1 2 3 4
12. Я нервничаю…….1 2 3 4
13. Я не нахожу себе места……1 2 3 4
14. Я взвинчен…….1 2 3 4
15. Я не чувствую скованности, напряженности ……..1 2 3 4
16. Я доволен…….1 2 3 4
17. Я озабочен……1 2 3 4
18. Я слишком возбужден и мне не по себе ……1 2 3 4
19. Мне радостно …….1 2 3 4
20. Мне приятно…….1 2 3 4

Ответы на поставленные вопросы стандартно формулируются следующим образом:

1 - Нет, это не так.

2 - Пожалуй так.

3 - Верно.

4 - Совершено верно.

Сокращенный тест для оценки реактивной тревожности содержит следующие вопросы:

- Я чувствую себя свободно……1 2 3 4
- Я нервничаю……1 2 3 4
- Я не чувствую скованности……1 2 3 4
- Я доволен……1 2 3 4
- Я озабочен……1 2 3 4

Стандартизированные ответы на них формулируются аналогично. Показатели РТ определяются при этом по формуле РТ = Σ1 – Σ2 + 15, где Σ1- сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 2, 5; Σ2 – сумма зачеркнутых цифр по пунктам 1, 3, 4. Величина показателя РТ при этом варьирует в пределах от 5 до 20.

Для оценки динамики личностной тревожности аналогичным образом используется вторая половина теста.

1. Я испытываю удовольствие……1 2 3 4
2. Я очень быстро устаю……1 2 3 4
3. Я легко могу заплакать……...1 2 3 4
4. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие……1 2 3 4
5. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения……...1 2 3 4

1. Обычно я чувствую себя бодрым ……1 2 3 4

2. Я спокоен, хладнокровен и собран……1 2 3 4

3. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат …….1 2 3 4

4. Я слишком переживаю из-за пустяков……...1 2 3 4

5. Я вполне счастлив…….1 2 3 4

6. Я принимаю все слишком близко к сердцу ……..1 2 3 4

7. Мне не хватает уверенности в себе……. 1 2 3 4

8. Обычно я чувствую себя в безопасности……1 2 3 4

9. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей……1 2 3 4

10. У меня бывает хандра……..1 2 3 4

11. Я доволен……..1 2 3 4

12. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня……..1 2 3 4

13. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть……1 2 3 4

14. Я уравновешенный человек ……1 2 3 4

15. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах…….1 2 3 4

Ответы на поставленные вопросы имеют стандартные формулировки:

1 - Почти никогда.

2 - Иногда.

3 - Часто.

4 - Почти всегда.