

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Есиркепов А.А., Габит Айдана, Мамеков А.С.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Резюме: Было обследовано 84 больных проходивших лечение в стоматологической клинике КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. Целью исследования было определение качества жизни больных с дефектом средней зоны лица до оказания ортопедической стоматологической помощи. В зависимости от характера дефекта челюстно-лицевой области больные были распределены на 3 клинические группы. Исследование с использованием функциональных проб и карты обследования больных с дефектом средней зоны лица позволило определить степень функциональных, анатомических нарушений и показало, что качество жизни больных в значительной степени ухудшается. Деформация лицевого скелета, обезображивание лица и нарушения жизненно важных функции отрицательно сказывается на психическом состоянии человека и приводит к социальной дезадаптации. Предложенные авторами карта обследования и функциональные пробы могут быть использованы для определения качества жизни больных с челюстно-лицевым дефектом до и после ортопедического лечения.

Ключевые слова: ортопедическая стоматология, стоматологическое здоровье, качество жизни, дефекты средней зоны лица, челюстно - лицевые дефекты.

THE ASSESSMENT OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH THE DEFECT OF MIDDLE ZONE OF THE FACE

Esirkepov A.A., Gabit Aidana, Mamekov A.S.

Kazakh National Medical University named after S.D Asfendiakov

Alma Ata, Kazakh Republic

Resume: 84 patients were examined and treated at stomatological clinic of Kaz A.M.U named after S.D Asfendiakov. The purpose of this study was the assessment of life quality of patients with the defect of middle zone of the face before rendering orthopedic stomatological aid. The patients were divided into 3 clinical groups depending on the character of the defect of maxillo-facial region. The study used functional tests and cards of disturbances, determined the rate of functional, anatomical disturbances and showed that life quality was considerably impaired. Deformation of facial skeleton, disfiguration of face and disturbances of vitally important functions negatively influences on human psychic state and leads to social desadaptation. Cards of examination and functional tests may be used for the assessment of life quality of patients with maxillo-facial defect before and after orthopedic treatment.

Key-words: orthopedic stomatology, dental health, life quality, defect of middle zone of the face, maxillo-facial defect.

Введение: Здоровье - это одна из важнейших жизненных ценностей человека, залог его благополучия и долголетия, дающий людям ощущение полноты жизни, возможность совершать действия, вызывающие удовлетворение, ощущение контроля над собственной жизнью и ее условиями.

Стоматологическое здоровье - это состояние, которое позволяет человеку функционально питаться и улучшить коммуникативные функции, восстановить эстетическую функцию полости рта и лица, повысить самооценку. На современном этапе развития общества оказание стоматологической помощи населению должно иметь конечной целью достижение и поддержание функционирующей, безболезненной, эстетичной и социально приемлемой ситуации в полости рта в течение всей жизни у большинства людей [1].

Актуальность: Хирургическое лечение ЧЛЮ часто сопровождается резекцией значительного объема тканей средней зоны лица и приводит к тяжелым анатомо-функциональным и эстетическим нарушениям. Использование стоматологических критериев качества жизни в практике стоматолога особенно важно, т.к. позволяет комплексно оценить не только степень утраты собственно стоматологического здоровья, но и позволяет оценить адекватность проводимого стоматологического лечения [1, 2, 3].

Поиск и разработка методик определения качества жизни пациентов с челюстно-лицевыми дефектами до и после лечения составляет актуальную проблему ортопедической стоматологии.

Цель исследования: Определение качества жизни больных с дефектом средней

зоны лица до оказания ортопедической стоматологической помощи.

Материалы и методы исследования.

Нами было обследовано 84 больных проходивших лечение в стоматологической клинике КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова.

Клиническое обследование мы проводили методом общестоматологического обследования. Выявили сроки и обстоятельства получения дефекта, характер и объем повреждения мягких и костных тканей, время и место проведения операции. Во время беседы обращали внимание и оценивали дыхание и речь (чистота, произношение отдельных звуков, равномерность дыхания). Во время осмотра определяли объем эстетических нарушений, размер дефекта, тип лица и его симметричность. Подробно осматривали и описывали рубцовую деформацию мягких тканей, ограничивающих дефект, выявили нарушение иннервации, степень открывания рта. При интраоральном исследовании определили подвижность мягких тканей, в том числе и губ. Оценивали правильность смыкания зубных рядов. При визуальном осмотре дефектов выявили наличие рубцов и тяжей, их консистенцию и направления, их влияние на степень открывания рта. Охарактеризовали границы дефекта относительно анатомических образований полости рта. Оценивали состояние языка, дна полости рта, мягкого неба, наличие сообщения с полостью носа и верхнечелюстной пазухой. Определяли и уточняли границы дефекта, обращая внимание на нарушения носового дыхания, глотания и речеобразования.

В специальных методах исследования особое место занимает антропометрия диагностических моделей и масок лица. При анализе диагностических моделей мы

оценивали состояние зубных рядов, выявляли окклюзионные контакты, определяли объем дефекта альвеолярного отростка, наличие анатомических образований челюстей, а при анализе масок лица оценивали размеры дефекта, тип и симметричность лица.

Для выяснения степени сообщения полости рта с полостью носа провели функциональные методы обследования. Конечно, при объективном осмотре видны эти сообщения, но все же важным является степень их выраженности. Общеизвестные пробы (проба с жидкостью, проба со вздутием щеки) [4] определяют только степень сообщения полости рта с полостью носа и верхнечелюстной пазухой, но не определяют степень восстановления функции. Нами предложены: проба с шаром и проба с трубкой. Для проведения пробы с шаром просим больного надуть шар. Если это не возможно, то проба отрицательна. Для проведения пробы с трубкой больному дается стакан с жидкостью, с которого он должен пить с помощью коктейльной трубочки. При наличии сообщения проба отрицательна.

В результате этих проб устанавливается степень сообщения с полостью носа, а также возможно определить качество восстановленной функции после ортопедического лечения больных.

В зависимости от характера дефекта челюстно-лицевой области больные были нами распределены на 3 клинические группы (Табл 1).

Все данные обследования пациентов заносились в специально разработанную нами карту обследования. (Табл 2)

Результаты и обсуждения.

После обработки «Специальной

Таблица 1

Группа больных	Количество человек	%
1 группа. Больные с дефектами и деформациями верхней челюсти	72	85,7 %
2 группа. Больные с дефектами лица и орбиты глаза	3	3,6 %
3 группа. Больные с сочетанными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области	9	10,7 %
Всего:	84	100%

Наименования		Данные до ортопедического лечения
Ф.И.О.		
год рождения		
место жительства		
профессия		
локализация дефекта		
рентгеновский снимок до операции		
диагноз		
дата операции		
рентгеновский снимок после операции		
местные осложнения	деформирующие рубцы мягких тканей	
	ограничение открывания рта	
	воспаление слизистой полости рта	
выявленные функциональные нарушения	речеобразование	
	дыхание	
	жевание	
	формирование пищевого комка	
	глотание	
	нарушение зрения	
	нарушение ориентации	
	депрессия	
	косметический дефект	
выявленные анатомические нарушения	отсутствие глазного яблока	
	деформация мягких тканей	
	дефект костных тканей	
	патологическая подвижность зубов	
	дефект альвеолярного отростка	

карты обследования больных с ЧЛД» были установлены особенности функциональных и анатомических нарушений в трех клинических группах. Первая группа представлена больными с дефектами и деформациями верхней челюстей. У этих больных наблюдается выраженные нарушения речеобразования, жевания, образования пищевого комка, глотания, наличие рубцовой деформации мягких тканей, дефекты альвеолярного отростка, подвижность зубов

ограничивающих дефект. У больных второй клинической группы, с дефектами лица и орбиты глаза имеются выраженные нарушения зрения, наблюдались грубые обезображивания внешнего вида, в значительной степени усугубившиеся отсутствием содержимого глазного яблока, дефекты мягких и костных тканей. У больных третьей группы, с сочетанными дефектами, наряду с выраженными косметическими нарушениями выявились тяжелые функциональные

нарушения.

1 группа - Функциональные и анатомические нарушения больных с дефектами верхней челюсти.

I Функциональные нарушения

- 1) Речеобразование
- 2) Дыхание
- 3) Жевание
- 4) Формирование пищевого комка
- 5) Глотание

II Анатомические нарушения

- 1) Рубцовая деформация мягких тканей
- 2) Патологическая подвижность зубов, ограничивающих дефект

- 3) Дефекты альвеолярного отростка
- 4) Нарушение клапанной зоны

2 группа - Функциональные и анатомические нарушения больных с дефектами лица и орбиты глаза.

I Функциональные нарушения

- 1) Нарушение зрения
- 2) Нарушение ориентации
- 3) Депрессии психогении
- 4) Косметический дефект

II Анатомические нарушения

- 1) Отсутствие глазного яблока
- 2) Деформация мягких тканей
- 3) Дефект костных тканей

3 группа - Функциональные и анатомические нарушения при сочетанных дефектах средней зоны лица.

I Функциональные нарушения

- 1) Нарушение зрения
- 2) Нарушение ориентации
- 3) Депрессии психогении
- 4) Косметический дефект
- 5) Речеобразование
- 6) Дыхание
- 7) Жевание
- 8) Формирование пищевого комка
- 9) Глотание

II Анатомические нарушения

- 1) Отсутствие глазного яблока
- 2) Деформация мягких тканей
- 3) Дефект костных тканей
- 4) Патологическая подвижность зубов

ограничивающих дефект

5) Дефекты альвеолярного отростка

6) Нарушение клапанной зоны

Заключение.

Таким образом, наше исследование с использованием функциональных проб и карты обследования больных с дефектом средней зоны лица показало, что качество жизни больных в значительной степени ухудшается. Деформация лицевого скелета, обезображивание лица и нарушения жизненно важных функции отрицательно сказывается на психическом состоянии человека и приводит к социальной дезадаптации. Такие люди становятся робкими, безвольными, иногда замкнутыми, озлобленными. Чувство неполноценности угнетает их и нарушает взаимоотношения с окружающими.

Определение качества жизни с помощью функциональных проб и карты обследования позволяет определить степень функциональных и анатомических нарушений, а также определить стратегию лечения и индивидуальную реабилитацию больного с челюстно-лицевыми дефектами. Предложенные нами карта обследования и функциональные пробы могут быть использованы для определения качества жизни больных с дефектом средней зоны лица до и после ортопедического лечения.

Литература:

1. «Качество жизни пациентов с заболеваниями полости рта» Гажва С.И., Гулуев Р.С., Гажва Ю.В. журнал Медицинские науки № 4, 2012г.

2. «Качество жизни челюстно-лицевых онкологических больных ортопедической стоматологической реабилитации» автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, автор Макаревич, А. А., 2009.

3. «Пилотное исследование качества жизни пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области» Н.М. Тризна, С.А. Иванов, Д.В. Угольник. Журнал «Медицинские новости» №8, 2007г.

4. «Изготовление резекционных протезов верхней челюсти», Есиркепов А.А., Рузуддинов С.Р., Хисамутдинова А., «Экспериментальные и клинические проблемы в стоматологии», г. Алматы, 1989г., с.103-109