



## Литература

1. Аронов Д.М. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний — интерполяция на Россию // Сердце. — 2002. — № 3. — С. 109—112.
2. Болгова К.Ю. Основы хронобиологии и хрономедицины // В кн.: Сб. науч. работ Курского гос. мед. ун-та. — Курск, 2014. — С. 12—17.
3. Бреус Т.К. Влияние солнечной активности на биологические объекты: Автореф. дис. ... д-ра физ.-мат. наук. — М., 2003. — 42 с.
4. Выборнов Ю.В. Годовая цикличность и периодичность заболеваний // Врач. — 2000. — № 2. — С. 42—43.
5. Гойденко В.С. Визуальная цветостимуляция в рефлексологии, неврологии, терапии и офтальмологии / Сб. науч. работ РМАПО. — М., 2000. — С. 111—115.
6. Еникеев А.Х., Косов В.А., Грубальская Г.В. Возможности цветоимпульсной рефлексотерапии в лечении тревожных расстройств у больных ишемической болезнью сердца с вегетативными нарушениями / Сб. науч. работ ЦВКС «Архангельское». — М., 2006. — С. 291—294.
7. Комаров Ф.И., Ратнопорт С.И. Руководство по хронобиологии и хрономедицине. — М.: Медицина, 2012. — 480 с.
8. Лугова А.М. Визуальная цветостимуляция (цветоимпульсная рефлексотерапия) в схемах, рисунках и таблицах: Учеб.-метод. пособие. — М.: ЭКОН, 1999. — 105 с.
9. Ожередов В.А., Бреус Т.К. Релаксационный спектральный анализ и его применение в обнаружении синхронности процессов в гелиобиологии и хрономедицине. — М.: Ин-т космич. исслед., 2017. — 25 с.

10. Оранский И.Е., Габинский Я.Л. Биологические сосудистые катастрофы: медико-статистическое исследование в аспекте хронобиологии / Екатеринбург. мед. науч. центр профилактики и охраны здор. работ. промпредпр. Роспотребнадзора. — Екатеринбург, 2016. — 151 с.

11. Оценкова Е.В., Ефремова Ю.Е., Карпов Ю.А. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000—2011 гг. // Тер. архив. — 2013. — № 4. — С. 4—10.

12. Папазов И.П., Грубальская Г.В., Косов В.А. и др. Цветоимпульсная рефлексотерапия в кардиологии и восстановительной медицине: Метод. рекомендации. — М: Юнион-принт, 2003. — 34 с.

13. Пищак В.П., Ташук В.К., Илашук Т.А. Хронобиологическая концепция развития острого инфаркта миокарда // Клиническая медицина. — 2007. — Т. 85, № 9. — С. 38—40.

14. Разумов А.И., Оранский И.Е. Природные лечебные факторы и биологические ритмы в восстановительной хрономедицине. — М: Медицина, 2004. — 294 с.

15. Сафонова Т.Ю. Повторный инфаркт миокарда (эпидемиологический и хронобиологический аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2013. — 21 с.

16. Фадеев П.А. Инфаркт миокарда. — М.: Мир и образование «Оникс», 2014. — 128 с.

17. Хильдебранд Г. Хронобиология и хрономедицина. — М.: Медицина, 2011. — 236 с.

18. Шкловский Б.Л., Прохорчик А.А., Колтунов А.Н. и др. Инфаркт миокарда у лиц молодого возраста // Воен.-мед. журн. — 2015. — Т. 336, № 3. — С. 38—42.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018  
УДК 617.52-001.45-036.8

## Сравнительная оценка методов стоматологической реабилитации при последствиях огнестрельных ранений челюстно-лицевой области

ИОРДАНИШВИЛИ А.К., заслуженный рационализатор РФ, профессор,

полковник медицинской службы запаса<sup>1</sup>

КУВШИНОВА А.К. (Kuvshino4ka@mail.ru)<sup>2</sup>

МУЗЫКИН М.И., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы

(MuzikinM@gmail.com)<sup>1</sup>

СЕРИКОВ А.А., кандидат медицинских наук, майор медицинской службы<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Лечебно-реабилитационный клинический центр МО РФ, Москва

В процессе исследования синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации изучены особенности психологической дезадаптации взрослых пациентов с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области и их удовлетворенность результатами стоматологической реабилитации. Показано, что применение для реабилитации современных конструкций несъемных и условно съемных зубных протезов на денальных и скуловых имплантатах позволило добиться полной удовлетворенности результатами стоматологического ортопедического лечения у 81,8% пациентов, что свидетельствует о необходимости широкого их применения на искусственных опорах при стоматологической реабилитации раненных в челюстно-лицевую область.

К л ю ч е в ы е с л о в а: челюстно-лицевая область, последствия огнестрельных ранений, стоматологическая реабилитация, удовлетворенность лечением, психологическая дезадаптация.



*Jordanishvili A.K., Kuvshinova A.K., Muzykin M.I., Serikov A.A. — Comparative evaluation of methods of dental rehabilitation with consequences of gunshot wounds in the maxillofacial area. In the process of research of the psycho-sensory-anatomo-functional disadaptation syndrome, the peculiarities of psychological disadaptation of adult patients with the consequences of gunshot wounds of the maxillofacial area and their satisfaction with the results of dental rehabilitation were studied. It is shown that the use of nonremovable and conditionally removable dental prostheses on dental and zygomatic implants for rehabilitation has made it possible to achieve full satisfaction with the results of dental orthopedic treatment in 81.8% of patients, which indicates the need for their widespread use on artificial supports for dental rehabilitation of those injured in maxillary face region.*

*К е у о р д с: maxillofacial area, consequences of gunshot wounds, dental rehabilitation, satisfaction with treatment, psychological disadaptation.*

Огнестрельные ранения обычно оставляют неизгладимый след в виде стойкого нарушения формы и функции [5]. Последствия огнестрельных ранений челюстно-лицевой области часто приводят к обезображиванию лица и утрате естественных зубов, что крайне неблагоприятно сказывается на нервно-психическом состоянии человека из-за нарушения эстетического восприятия его окружающими, а также нарушения функций жевания и речи [4]. Известно, что огнестрельные ранения челюстно-лицевой области средней и тяжелой степени тяжести, как правило, сопровождаются утратой 4–8 зубов, что требует для стоматологической ортопедической реабилитации таких раненых использовать съемные зубные или зубочелюстные протезы [2], которые восстанавливают функцию жевания в объеме не более 25–35% физиологической [3]. Поэтому вопросы оптимизации стоматологической реабилитации взрослых людей с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области актуальны для современного здравоохранения.

Необходимо отметить, что, с прогностической точки зрения, врачу-стоматологу важно знать, какой мотивацией руководствуется пациент, принимая решение начать лечение или отказаться от него при реальных возможностях его осуществления [8]. Поэтому для прогнозирования исхода стоматологической реабилитации лиц с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области и утратой большого числа естественных зубов существенную роль может играть экспресс-анализ уровня самооценки психологической адаптации пациентов к имеющейся у них патологии верхнего (нижнего) челюстного сустава, которую дает себе сам больной [1, 9].

Кроме того, такой подход может помочь врачу оценить удовлетворенность пациента стоматологической реабилитацией и выявить уязвимые моменты в лечебно-диагностическом процессе, требующие устранения в целях оптимизации оказания стоматологической помощи таким пациентам, включая использование современных методов фармакотерапии, стоматологического ортопедического лечения [5]. Результативность стоматологической реабилитации существенно возрастает, если врач-стоматолог не только имеет необходимые теоретические знания и мануальные навыки по своей специальности, но и владеет методикой получения от пациента информации о соматических и психических проявлениях заболевания, о самооценке пациентом выраженности каждого из этих проявлений, т. е. о внутренней картине болезни [4].

#### **Цель исследования**

Изучить особенности психологической дезадаптации взрослых людей с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области при различных способах их стоматологической реабилитации.

#### **Материал и методы**

Проведена сравнительная оценка эффективности стоматологической реабилитации мужчин ( $n=61$ ) в возрасте 29–47 лет с последствиями огнестрельной травмы челюстно-лицевой области, которая сопровождалась утратой на челюстях более 8 зубов. Все больные были распределены в 2 группы. В 1-й группе ( $n=39$ ) для стоматологической реабилитации использовали съемные зубные и зубочелюстные протезы с удерживающими или опорно-удерживающими кламперами, которые изготавливали общепринятым способом. Во



2-й группе ( $n=22$ ) для стоматологической реабилитации применяли несъемные или условно съемные зубные протезы на искусственных опорах, т. е. на дентальных и скуловых имплантатах.

Для оценки особенности психологической дезадаптации у лиц с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области и ее динамики после стоматологической реабилитации (внутренней картины болезни) была использована сравнительно новая методика анализа структуры и выраженности внутренней картины болезни с использованием *синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации* (СПСАФД) [7]. Согласно этой методике, все проявления внутренней картины заболевания распределяются по 4 кластерам: «П» – психологический (психический), «С» – сенсорный, «А» – анатомический и «Ф» – функциональный. Особенностью СПСАФД является то, что оценку выраженности отдельных симптомов, ощущений, вызывающих дезадаптацию, дают сами пациенты. Для этого используется единая аналогово-балльная шкала самооценки пациентами выраженности отдельных проявлений заболевания (1–9 баллов): не беспокоит (1 балл), слабо (3 балла), умеренно (5 баллов), сильно (7 баллов) и чрезвычайно сильно (9 баллов) беспокоит. Распределение отдельных симптомов, вызывающих у пациента дезадаптацию, осуществляет врач. Результаты самооценки пациентами выраженности проявления заболевания осуществляли путем учета интегрального показателя выраженности СПСАФД (показатель S, в баллах), а также с учетом структуры интегрального показателя СПСАФД согласно кластерам («П», «С», «А», «Ф», в баллах). Для интегральной оценки выраженности (напряженности) внутренней картины болезни использовали ранее предложенную градацию интегрального показателя выраженности СПСАФД – показателя S. При значении этого показателя 4–9,9 балла считали, что пациент, несмотря на наличие стоматологической патологии, адаптирован к условиям существования, 10–16,9 балла – у пациента из-за имеющейся стоматологической патологии нарушена приспособляемость к условиям существования, 17–36 баллов

– у пациента из-за имеющейся стоматологической патологии имеется состояние дезадаптации [4]. Оценку показателей СПСАФД у пациентов осуществляли до начала стоматологической реабилитации лечения, а также через 7 сут, 1 и 3 мес после ее завершения.

Дополнительно для оценки удовлетворенности пациентов результатами стоматологической реабилитации после ее завершения проводилось анкетирование. В анкетах пациенты должны были указать – удовлетворены ли они стоматологической реабилитацией полностью, частично, не удовлетворены или затрудняются ответить на этот вопрос.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи  $t$ -критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и критерия Манна–Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Нормальность распределения оценивали при помощи критерия Шапиро–Уилкса. Для статистического сравнения долей с оценкой достоверности различий применяли критерий Пирсона  $\chi^2$  с учетом поправки Мантеля–Хэнзеля на правдоподобие. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости ( $p$ ), различия считали достоверными при  $p \leq 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Еще до начала стоматологической реабилитации у пациентов обеих групп из-за последствий огнестрельных ранений челюстно-лицевой области имелось состояние дезадаптации: интегральный показатель S находился в пределах 21,27–28,13 балла (рис. 1).

Анализ анкет пациентов показал (рис. 2), что основные их жалобы относились к кластерам «Ф» (нарушение функции жевания), «А» (утрата зубов и дефекты альвеолярных отростков (частей) челюстей) и «П» (тревога за результат лечения, волнение за исход заболевания, переживания в связи с нарушением приема пищи и др.). Наименьшие показатели были в кластере «С» (боли, повышенная чувствительность зубов к различным раздражителям и др.), т. к. после оказания специализированной медицинской помощи в связи с ранением в челюстно-



лицевую область прошло более 3 мес. Достоверных различий в значениях интегрального показателя S в соответствующих кластерах до начала стоматологической реабилитации в группах не установлено ( $p > 0,05$ ).

После завершения стоматологической реабилитации у пациентов 2-й группы, которым использовались зубные протезы на имплантатах, отмечено достоверное различие в значениях интегрального показателя S в кластерах «П», «С» и «Ф» ( $p < 0,05$ ) на протяжении всего периода наблюдения за пациентами обеих групп (рис. 1, 2). Несмотря на более продолжительные сроки стоматологической реабилитации пациентов 2-й группы (7–11 мес против 1,5–2 мес у пациентов 1-й группы), они практически не отмечали переживаний за исход стоматологической реабилитации, у них не возникало сложностей с адаптационным процес-

сом в связи с привыканием к зубным протезам. У пациентов 1-й группы через 7 сут, 1 и 3 мес после завершения лечения отмечены более высокие значения показателей в кластере «С» ( $p < 0,05$ ), что



Рис. 1. Интегральный показатель до и через 7 сут, 1 и 3 мес после завершения стоматологической реабилитации

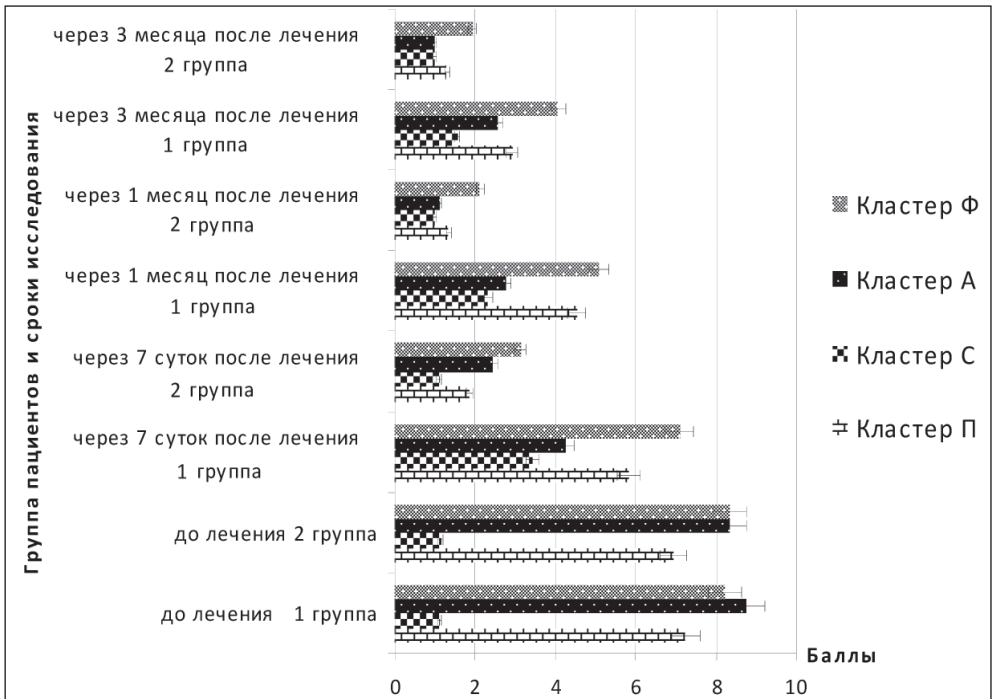


Рис. 2. Структура интегрального показателя S в зависимости от кластеров до и после завершения стоматологической реабилитации на 7-е сутки, через 1 и 3 мес



было связано с появлением травматических протезных стоматитов, которые у пациентов 2-й группы практически не встречались вследствие конструктивных особенностей зубных протезов на дентальных и скуловых имплантатах.

Таким образом, пациенты 2-й группы через 7 сут после завершения стоматологической реабилитации, несмотря на начало адаптационного периода и наличие в полости рта новых зубопротезных конструкций, были полностью адаптированы к условиям существования (интегральный показатель S составил 8,51 балла). У пациентов 1-й группы спустя 3 мес после завершения стоматологической реабилитации была нарушена приспособляемость к условиям существования (интегральный показатель S составил 11,11 балла), т. к. использовавшиеся для замещения дефектов зубных рядов съемные зубные протезы не позволяли им в полной мере ощущать себя здоровыми людьми. При этом 9 (23,1%) пациентов 1-й группы и 18 (81,8%) 2-й отметили, что результат стоматологической реабилитации достигнут полностью.

Следует отметить, что пациенты 2-й группы указали, что для проведения лечения с использованием дентальных и скуловых имплантатов им пришлось оплачивать и их стоимость, и стоимость аксессуаров к ним, но она соответствовала закупочной цене. Это вполне соответству-

ет положениям организации стоматологической ортопедической помощи в военно-медицинских организациях Минобороны России [6]. Пациенты также высказали пожелание о целесообразности внесения изменений в соответствующие законодательные акты, чтобы дентальные имплантаты и аксессуары к ним военнотружущими и военным пенсионерам с последствиями огнестрельных ранений в челюстно-лицевую область предоставлялись за счет средств Минобороны.

### Заключение

Последствия огнестрельных ранений челюстно-лицевой области сопровождаются физическими и психическими страданиями вследствие утраты зубов и нарушения функции жевания, которые не позволяют пациентам чувствовать себя здоровыми. Их реабилитация с использованием общепринятых конструкций съемных зубных протезов не позволяет в должной мере добиться полной удовлетворенности ее результатами. Применение современных конструкций несъемных или условно съемных зубных протезов на дентальных и скуловых имплантатах позволяет добиться полной удовлетворенности результатами стоматологической реабилитации у 81,8% пациентов. Это свидетельствует о необходимости более широкого их применения на искусственных опорах при стоматологической реабилитации раненных в челюстно-лицевую область.

## Литература

1. Заборовский К.А., Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез // Курский науч.-практ. вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 47–54.
2. Иорданишвили А.К. Анализ и структура стоматологической заболеваемости среди военнотружущих // Воен.-мед. журн. – 1992. – Т. 303, № 6. – С. 67–69.
3. Иорданишвили А.К., Веретенко Е.А., Солдатова Л.Н., Лобейко В.В., Балин Д.В., Либих Д.А. Влияние метода фиксации полных съемных протезов на эффективность пользования и психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста // Институт стоматологии. – 2014. – № 4 (65). – С. 28–35.
4. Иорданишвили А.К., Гук В.А. Особенности патогенного реагирования на болезнь при патологии пародонта // Пародонтология. – 2017. – № 1 (81). – С. 32–36.

5. Иорданишвили А.К., Кувшинова А.К. Монография для стоматологов и челюстно-лицевых хирургов // Воен.-мед. журн. – 2017. – Т. 338, № 12. – С. 70–72.
6. Организация стоматологической ортопедической помощи в военно-медицинских учреждениях Министерства обороны Российской Федерации: Метод. рекомендации. – М.: ГВМУ МО РФ, 2013. – 23 с.
7. Соловьёв М.М., Ярёмко А.И., Исаева Е.Р. и др. Использование «Синдрома психо-сенсорно-анатомио-функциональной дезадаптации» в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах. – СПб: Изд-во СПбГМУ, 2015. – 36 с.
8. Хорошилкина Ф.Я., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К. Особенности фонетической реабилитации молодых людей, страдающих зубочелюстными аномалиями и проходящими ортодонтическое лечение // Ортодонтия. – 2017. – № 4 (80). – С. 6–10.
9. Banks P. A prospective 20-year audit of a consultant workload // The British orthodontic society clinical effectiveness bulletin. – 2010. – Vol. 25. – P. 15–18.