

РЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Коротких Н.Г.¹, Митин Н.Е.², Мишин Д.Н.², Пономарёв Е.О.²

¹Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия, nimitin@yandex.ru;

²Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

В практике хирургической и ортопедической стоматологии те или иные нарушения речевой функции больных как до, так и после оперативного вмешательства и ортопедического пособия встречаются нередко и зачастую достаточно болезненны для пациентов, затрудняя для них общение с окружающими. Между тем общепринятая оптимальная методика восстановления функции речи при значительных дефектах зубного ряда и челюстей до сих пор не предложена [1; 4]. Целью настоящего исследования являлось определение эффективности восстановления речевой функции в постоперационном периоде реабилитации у пациентов стоматологического профиля при использовании зубочелюстных протезов, дополненных съёмными миогимнастическими элементами. Материал исследования представлен результатами, полученными у 110 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в постоперационной речевой реабилитации. Контрольная группа (I) - 40 пациентов, которым в послеоперационном периоде оказывался традиционный комплекс реабилитационных пособий. Основная группа (II) - 70 пациентов, нуждающихся в непосредственном съёмном зубочелюстном протезировании, традиционные методы протезирования у данной группы дополнялись использованием зубочелюстных протезов в сочетании со съёмными миогимнастическими элементами (СМЭ). Оценка степени восстановления речевой функции производилась до операции, а также на 15 и 30-й день после наложения зубочелюстного протеза. Четкость произношения (С – clarity) оценивалась по 5-балльной шкале. Скорость определялась в секундах (Т – time) и сравнивалась с усредненным показателем. Использование зубочелюстных протезов со съёмными миогимнастическими элементами в постоперационном периоде у пациентов стоматологического профиля, а также ежедневное использование СМЭ в качестве «гимнастического снаряда» для языка приводят к существенно более значимой оптимизации речевой функции в ее параметрах четкости и скорости произношения.

Ключевые слова: речевая реабилитация, зубочелюстной протез, съёмный миогимнастический элемент, операция удаление зуба, резекция, аудиотест.

THE SPEECH REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGICAL OPERATIONS

¹Korotkikh N.G., ¹Mitin N.E., ²Mishyn D.N., ²Ponomarev E.O.²

¹Voronezh State Medical University n. a N.N. Burdenko, Voronezh, nimitin@yandex.ru;

²Ryazan State Medical University n. a I.P. Pavlov, Ryazan

In the practice of surgical and prosthetic dentistry abnormalities in speech of patients both before and after surgery and orthopedic benefits are common and often quite painful for patients, making it difficult for them to communicate with others. Meanwhile, the conventional optimal method of recovery of speech with significant defects of the dentition and jaws still not suggested [1,4]. The purpose of this study was to determine the efficiency of recovery of language functions in postoperative rehabilitation of patients dental profile when using dental prostheses, supplemented removable biogenetically elements. The study presents the results obtained from 110 patients dental profile in age from 21 to 80 years, who needed postoperative speech rehabilitation. The control group (I) and 40 patients in the postoperative period were traditional complex rehabilitation benefits. The main group (II) - 70 patients needing immediate removable dental prosthesis, traditional methods of prosthetics in this group was supplemented by the use of dental prostheses in combination with a removable biogenetically elements (jmo). The assessment of the degree of recovery of language functions was performed before surgery and at 15 and 30 days after imposition of the dental prosthesis. Clarity of pronunciation (C - clarity) was assessed on a 5 point scale. The speed was determined in seconds (T is time) and was compared with the average figure. The use of dental prostheses with removable biogenetically elements in the postoperative period in patients dental profile, as well as daily use jmo as "exercise equipment" for the language lead to significantly greater optimization of the speech function in its parameters definition and speed of pronunciation.

Keywords: speech rehabilitation, dental prosthesis, removable biogenetically element, tooth removal, resection, audiotest.

После оперативного вмешательства у пациентов стоматологического профиля возможно появление дефектов зубного ряда и челюстей, требующих ортопедического замещения. Челюстно-лицевые протезы, используемые для этих целей, восполняют утраченные ткани и функции не в полном объеме [3]. В практике хирургической и ортопедической стоматологии те или иные нарушения речевой функции больных как до, так и после оперативного вмешательства и ортопедического пособия встречаются нередко и зачастую достаточно болезненны для пациентов, затрудняя для них общение с окружающими. Удовлетворенность пациента протезом и его адаптация к нему носят комплексный, мультифакториальный характер, где психологические аспекты играют существенную роль, как и качество изготовления самого протеза [5]. Между тем общепринятая оптимальная методика восстановления функции речи при значительных дефектах зубного ряда и челюстей до сих пор не предложена [1; 4], что и полагает актуальным решение назревших вопросов речевой реабилитации стоматологических пациентов, особенно необходимой при зубочелюстном протезировании после стоматологических операций.

Целью настоящего исследования являлось определение эффективности восстановления речевой функции в постоперационном периоде реабилитации у пациентов стоматологического профиля при использовании зубочелюстных протезов, дополненных съемными миогимнастическими элементами.

Материал и методы. Материал исследования представлен результатами, полученными у 110 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 80 лет, нуждавшихся в постоперационной речевой реабилитации. При этом выделены две группы. Контрольная группа (I) - 40 пациентов, которым в послеоперационном периоде оказывался традиционный комплекс реабилитационных пособий (М:Ж=1,1:1). Среди них 26 (64%) с дефектами зубного ряда, 14 (36%) – с дефектами челюстей. Основная группа (II) - 70 пациентов, нуждающихся в непосредственном съемном зубочелюстном протезировании (М:Ж=1,1:1). Причиной образования дефекта в 28 (40,0%) случаях являлись кариес и воспалительные заболевания пародонта, в 20 (28,6%) – переломы челюстей, а в 22 (31,4%) - злокачественные опухоли.

В основной группе (II) традиционные методы протезирования дополнялись использованием зубочелюстных протезов в сочетании со съемными миогимнастическими элементами (СМЭ), представляющими собой ортодонтическую, индивидуально изогнутую проволоку различного сечения со скользящей по ней многогранной бусинкой переменного диаметра (от 3 до 5 мм). СМЭ фиксировался в слепых отверстиях базиса зубочелюстного протеза в участках, соответствующих наибольшей требуемой амплитуде движений языка. Пациентам предлагалось касаться бусинки языком и двигать ее вдоль проволоки.

Подобными упражнениями рекомендовалось заниматься ежедневно на протяжении 2-3 часов. С улучшением и увеличением объема движения языка СМЭ заменялся на новый с более сложной конфигурацией изгиба проволоки и бусинкой меньшего диаметра. Описанная миогимнастика проводилась вплоть до оптимального восстановления движений языка и речевой функции [2].

Оценка степени восстановления речевой функции производилась до операции, а также на 15 и 30-й день после наложения зубочелюстного протеза. Четкость и скорость произношения оценивалась путем аудиотеста: пациентам предлагалось произнести с возможно большей скоростью стандартную скороговорку с обилием шипящих звуков («Шла Саша по шоссе...»). Четкость произношения (С – clarity) оценивалась по 5-балльной шкале: 1- абсолютно нечеткая речь, 2 - неудовлетворительная четкость речи, 3 – удовлетворительная, 4 - хорошая, 5 – отличная. Скорость определялась в секундах (Т – time) и сравнивалась с усредненным показателем, выведенным для данной скороговорки у 100 студентов и сотрудников кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ ($1,68 \pm 0,04$ сек.). Аналогичный усредненный показатель четкости для того же контингента составил $4,47 \pm 0,06$ балла.

Полученные результаты анализировались и сопоставлялись с использованием компьютерной программы Statistica 10.0. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Сравнительная динамика улучшения речевой функции по данным аудиотеста у пациентов стоматологического профиля в периоде постоперационной реабилитации при использовании зубочелюстных протезов в сочетании со съёмными миогимнастическими элементами ($M \pm m$)

	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: * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,02$; *** - $p \leq 0,01$ и **** - $p \leq 0,001$.

Жирным шрифтом в скобках показано отношение соответствующего среднего показателя к норме.

Полученные результаты свидетельствуют о существенных исходных, дооперационных нарушениях речевой функции в контрольной и основной группах, которые после операции, сразу после установки зубочелюстного протеза, достоверно усугубляются по данным аудиотеста как во временном, так и в качественном отношениях.

Подобные показатели до операции объясняются наличием основного патологического процесса, а непосредственно после нее – изначально высокой степенью неадаптированности к установленному зубочелюстному протезу, а также присутствием 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 незначительна. 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 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 уровня несколько выше исходного. Межгрупповая разница показателей Т достоверна при $p \leq 0,001$.

Таким образом, следует полагать, что использование зубочелюстных протезов со съемными миогимнастическими элементами в постоперационном периоде у пациентов стоматологического профиля, а также ежедневное использование СМЭ в качестве «гимнастического снаряда» для языка приводят к существенно более значимой оптимизации речевой функции в ее параметрах четкости и скорости произношения.

Выводы

1. Использование зубочелюстных протезов со съемными миогимнастическими элементами в постоперационном периоде реабилитации у стоматологических пациентов существенно улучшает параметры речевой функции сравнительно с обычными протезами.
2. Зубочелюстные протезы со съемными миогимнастическими элементами, позволяющие проводить ежедневные циклы миогимнастики языка, могут быть рекомендованы как средство выбора при коррекции нарушений речевой функции у стоматологических

пациентов в постоперационном периоде реабилитации.

Список литературы

1. Бизяев А.А. Причины нарушения речевой функции в зависимости от конструкции мостовидных протезов переднего отдела верхнего зубного ряда / А.А. Бизяев, Л.А. Гооге, В.В. Коннов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 1. – С. 134–136.
2. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Гуськов А.В., Стрелков Н.Н. Аппарат для миогимнастики языка после гемиглоссэктомии № 134044 от 10.11.2013 г.
3. Психологическая реабилитация пациентов после хирургического стоматологического лечения // Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н. Психолого-педагогические аспекты высшего профессионального образования: проблемы, решения, перспективы : материалы Пятой межрегиональной научно-практической конференции (ДВГМУ, 28 ноября 2012 года). - С. 76-77.
4. Реабилитация пациентов с нарушением коммуникативной функции речи // Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Пономарев Е.О. Молодежь, семья, общество : материалы международной научно-практической конференции, 26-27 марта 2014 г. – Рязань : Скрижали. - С. 197-199.
5. Massironi D. Точность и эстетика. – Milan, Moscow : Quintessenza Editioni Srl, 2008. – 84 с.

Рецензенты:

Севбитов А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО «I МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России», г. Москва;

Иванов П.В., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой «Стоматология» ФГБОУ ВПО «ПГУ», г. Пенза.