

УДК 617.528:616.216.1]-007.258-089.844-089.168.1
DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.1.2017.19

І.С. Сороківський, І.М. Готь

ПЕРЕБІГ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЛАСТИКИ ГОСТРИХ ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНИХ ОРОАНТРАЛЬНИХ СПОЛУЧЕНЬ ТРАПЕЦІСПОДІБНИМ КЛАПТЕМ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. У статті описані результати дослідження змін якості життя пацієнтів після операції пластики гострих ороантральних сполучень. Отримані результати свідчать про статистично значуще погіршення як загального показника якості життя, так і окремих його складових на першу добу після хірургічного втручання із поступовим його відновленням у подальшому післяопераційному періоді. Повернення показників якості

життя до рівня доопераційних відбувалось на 5-7-му добу після втручання. Проведене дослідження засвідчує, що операційна травма порівняно невеликого об'єму в щелепно-лицевій ділянці супроводжується вираженим впливом на суб'єктивне сприйняття свого стану пацієнтами.

Ключові слова: ороантральне сполучення, пластика трапецієподібним клаптом, якість життя.

Вступ. Видалення жувальної групи зубів верхньої щелепи, що є щоденною практикою в клініці хірургічної стоматології, нерідко супроводжується утворенням ороантрального сполучення [11]. У разі виникнення такого ускладнення верхньощелепний синус має бути ізольованим від просвіту ротової порожнини впродовж 24 годин з метою профілактики розвитку перфоративного верхньощелепного синуситу. Найчастіше вживані хірургічні методи усунення таких сполучень передбачають пластику місцевими тканинами, що невід'ємно пов'язане зі створенням додаткової хірургічної травми [27]. У свою чергу, такі дії, разом із самою процедурою видалення багатокореневого зуба, викликають розвиток низки фізіологічних реакцій з боку місцевих тканин, які проявляються болем, набряком, обмеженням функцій, що мають незаперечний вплив на щоденне життя пацієнтів [6].

Сьогодні оцінка пов'язаної із здоров'ям якості життя пацієнтів є невід'ємною складовою встановлення ефективності надання медичної допомоги, а також самостійним показником стану пацієнтів при проведенні медико-соціальної експертизи, визначення прогнозу, тактики лікування, розробці реабілітаційних програм [24].

Визначення якості життя, пов'язаної із стоматологічним здоров'ям, активно впроваджується в наукову та клінічну практику із 90-х років ХХ ст. [17, 18, 22, 24]. Сьогодні існує більше десятка основних індексів, що використовуються для оцінки впливу стоматологічного здоров'я на якість життя людини [2].

Серед відомих методів оцінки якості життя, що пов'язана із стоматологічним здоров'ям, найбільшу увагу заслуговує опитник ОНІР-14. Oral Health Impact Profile (ОНІР) вимірює ставлення людей до соціального впливу стоматологічних порушень на їхній добробут [23]. Повна версія опитника – ОНІР-49 містить 49 запитань, які охоплюють сім концептуально сформульованих напрямків, що ґрунтуються на теоретичній моделі стоматологічного здоров'я за Locker [16] та адаптовані до базової класифікації порушень, обме-

жених можливостей та вад за ВООЗ [28]. ОНІР-14 розроблено як скорочену версію для випадків, де використання повного набору із 49 запитань було б недоречним [22].

Цей інструмент широко застосовується в стоматології з метою оцінки ефективності ортопедичної реабілітації стоматологічних хворих [5, 8], після ортогнатичних та реконструктивних операцій обличчя [7, 20, 21], для вивчення нових методик лікування пародонтиту [3] та ін. Проте особливу цікавість становить чутливість цього методу для оцінки якості життя в ранньому післяопераційному періоді після хірургічних втручань у ділянці альвеолярних відростків щелеп [6, 13, 14, 19, 25].

Мета дослідження. Встановити вплив пластики гострих післяекстракційних ороантральних сполучень трапецієподібним клаптом на якість життя пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді.

Матеріал і методи. До проведеного дослідження залучено 15 пацієнтів віком від 18 до 55 років, які перебували на амбулаторному лікуванні в стоматологічному медичному центрі ЛНМУ ім. Д. Галицького з приводу перфорації верхньощелепного синуса, що виникли внаслідок операції видалення зуба.

Для закриття ороантрального сполучення використано метод Рехмана, який полягав у формуванні трапецієподібного слизовоокісного клаптя із вестибулярної частини слизової оболонки альвеолярного відростка. Після відшарування клаптя його мобілізували шляхом перетину окістя паралельно до більшої основи трапеції та зміщували коронально до контакту зі слизовою оболонкою піднебінного краю перфоративного отвору. У такому положенні клапоть фіксували вузловими швами та перевіряли герметичність ізоляції верхньощелепного синуса.

У післяопераційному періоді призначали профілактичну антибактеріальну, знеболювальну, протинабрякову та місцеву антисептичну терапію.

Хворим забороняли видувати носа, чхати із зімкнутими губами чи закритим ротом. Рекомен-

дували рідку або м'яку їжу. Шви знімали через 10-12 днів.

Оцінювання впливу стоматологічного статусу пацієнтів на якість життя проводилась за допомогою стандартизованого опитувальника ОНІР-14, що був перекладений та адаптований українською мовою згідно із загальноприйнятими принципами та відповідно до існуючих методичних рекомендацій [1, 4, 9, 10, 12, 26].

Відповіді фіксувались у вигляді балів із такою інтерпретацією: 0 (ніколи), 1 (майже ніколи), 2 (іноді), 3 (дуже часто) до 4 (досить часто). Результати занотовували в таблицю та статистично обробляли.

Відштовхуючись від можливостей вибраного методу, отриману інформацію інтерпретували як кількісний вираз пов'язаної із стоматологічним здоров'ям якості життя пацієнтів шляхом сумування балів – відповідей на всі запитання кожного конкретного дня – від 0 до 56. Тобто, чим більшою була сума балів, тим більш вираженим був негативний вплив стоматологічного стану на якість життя пацієнта. Таким чином, встановлювали наскільки вираженим був вплив хірургічного втручання та його динаміку в післяопераційному періоді. Окрему увагу сфокусовано на встановлення терміну, коли показники якості життя повертались на доопераційний рівень. Цим терміном вважали добу, на яку показники статистично значуще не відрізнялись ($p > 0,05$) від їх доопераційних значень.

Розробники та низка іноземних авторів [22, 15] використовують ОНІР-14 не лише як загальний показник якості життя (ЗПЯЖ) – суми балів відповідей на всі запитання опитувальника, а також розділяють його на 7 параметрів (суб'єктивних показників), зокрема: порушення функції (сума балів у відповідях на питання №1 та питання №2 – від 0 до 8), фізичний біль (питання №3 і №4), психологічний дискомфорт (питання №5 і №6), фізична обмеженість (питання №7 і №8), психологічна обмеженість (питання №9 і №10), соціальна обмеженість (питання №11 і №12), інвалідність (питання №13 і №14). Це дозволяє детальніше зрозуміти вплив хірургічного втручання на кожну із граней якості життя.

Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою програми Statistica 8.0. Обчислювали середні арифметичні показників (M) та їх похибки (m). Значущість різниці між показниками до та на відповідний день після операції обчислювалась за допомогою критерію Вілкоксона для спарених вибірок.

Результати дослідження та їх обговорення. Визначення показників якості життя пацієнтів після пластики ороантральних сполучень у післяопераційному періоді наведені в таблиці.

Після хірургічного втручання загальний показник якості життя (ЗПЯЖ) зазнав різкого підвищення, зокрема в 1-шу добу значення сягали $36,67 \pm 1,27$ бала проти $3,93 \pm 0,50$ бала до опе-

ративного втручання. Статистично значуще погіршення ($p < 0,001$ та $p < 0,01$) зберігалось до 6-ї доби включно. На 7-му добу показник становив $4,07 \pm 0,62$ бала та суттєво не відрізнявся від передопераційного рівня ($p > 0,05$).

Також спостерігали значне підвищення суб'єктивного показника порушення функції (СППФ) до $4,33 \pm 0,19$ бала проти $0,20 \pm 0,11$ бала доопераційно ($p < 0,001$) та поступове зменшення до 6-ї доби, коли його значення ($0,53 \pm 0,13$ бала) статистично не відрізнялось від вихідного ($p > 0,05$).

Суб'єктивний показник фізичного болю (СПФБ) у передопераційному періоді становив $1,00 \pm 0,17$ бала. На першу добу після операції цей показник виразно підвищився та становив $6,27 \pm 0,18$ бала ($p < 0,001$). На 6-ту добу – повернувся до доопераційного рівня ($1,07 \pm 0,12$ бала, $p > 0,05$).

Суб'єктивний показник психологічного дискомфорту (СППД) на першу добу після операції статистично значуще ($p < 0,001$) відрізнявся від доопераційного рівня і становив $5,93 \pm 0,28$ бала проти $0,93 \pm 0,23$ бала відповідно. У наступні дні спостерігали поступове зменшення СППД і на 6-ту добу після операції відзначили його повернення до значень ($1,27 \pm 0,21$ бала), що значуще не відрізнялися від вихідних ($p > 0,05$).

До хірургічного втручання суб'єктивний показник фізичної обмеженості (СПФО) становив $0,67 \pm 0,21$ бала. У післяопераційному періоді відзначали підвищення показника на першу добу до $4,53 \pm 0,24$ бала та поступове його зниження до 7-ї доби, коли він становив $1,20 \pm 0,26$ бала та значуще не відрізнявся ($p > 0,05$) від доопераційного ($0,67 \pm 0,21$ бала).

Суб'єктивний показник психологічної обмеженості (СППО) у передопераційному періоді становив $0,60 \pm 0,16$ бала. На першу добу після операції цей показник виразно підвищився – $5,53 \pm 0,38$ бала, $p < 0,001$ порівнюючи із доопераційним рівнем – та поступово зменшувався до шостої доби включно, коли він становив $0,93 \pm 0,21$ бала ($p < 0,05$). На 7-му добу після операції СППО повернувся до доопераційного рівня ($0,60 \pm 0,21$ бала, $p > 0,05$).

Після хірургічного втручання спостерігали значне підвищення суб'єктивного показника соціальної обмеженості (СПСО) до $4,47 \pm 0,35$ бала проти $0,13 \pm 0,09$ бала доопераційно ($p < 0,001$) та поступове його зменшення до 7-ї доби, коли значення ($0,40 \pm 0,13$ бала) статистично не відрізнялось від вихідного ($p > 0,05$).

Суб'єктивний показник інвалідності (СПІ) на першу добу після операції статистично значуще ($p < 0,001$) відрізнявся від доопераційного рівня і становив $5,40 \pm 0,27$ бала проти $0,40 \pm 0,13$ бала відповідно. У наступні дні спостерігали поступове зменшення цього показника і на 6-ту добу після операції відзначили його повернення до значень ($0,67 \pm 0,13$ бала), що значуще не відрізнялися від вихідних ($p > 0,05$).

Таблиця

**Зміна показників якості життя пацієнтів у післяопераційному періоді
після пластики ороантральних сполучень**

| Доба | СППФ | СПФБ | СППД | СПФО | СППО | СПСО | СПІ | ЗПЯЖ |
|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| До оп. | 0,20±0,11 | 1,00±0,17 | 0,93±0,23 | 0,67±0,21 | 0,60±0,16 | 0,13±0,09 | 0,40±0,13 | 3,93±0,50 |
| 1-ша | 4,33±0,19*** | 6,27±0,18*** | 5,93±0,28*** | 4,53±0,24*** | 5,53±0,38*** | 4,47±0,35*** | 5,40±0,27*** | 36,67±1,27*** |
| 2-га | 3,73±0,23*** | 4,53±0,27*** | 4,93±0,23*** | 3,87±0,27*** | 4,67±0,33*** | 4,00±0,37*** | 3,80±0,34*** | 29,73±1,38*** |
| 3-тя | 2,73±0,18*** | 3,67±0,27*** | 4,40±0,25*** | 2,87±0,22*** | 3,60±0,32*** | 2,80±0,26*** | 2,87±0,24*** | 23,13±1,08*** |
| 4-та | 1,67±0,21** | 2,53±0,24** | 2,87±0,22*** | 1,93±0,27** | 2,40±0,25*** | 1,67±0,32** | 1,67±0,23** | 14,87±1,16*** |
| 5-та | 0,93±0,15** | 1,67±0,23* | 2,00±0,22** | 1,20±0,26 | 1,47±0,24** | 1,00±0,22** | 1,00±0,17* | 9,40±0,67*** |
| 6-та | 0,53±0,13 | 1,07±0,12 | 1,27±0,21 | 0,80±0,17 | 0,93±0,21* | 0,80±0,22* | 0,67±0,13 | 6,13±0,66** |
| 7-ма | 0,27±0,12 | 0,93±0,07 | 0,73±0,21 | 0,73±0,18 | 0,60±0,21 | 0,40±0,13 | 0,40±0,13 | 4,07±0,62 |
| 8-ма | 0,13±0,09 | 0,87±0,09 | 0,60±0,21 | 0,47±0,19 | 0,40±0,16 | 0,33±0,13 | 0,33±0,13 | 3,13±0,57* |
| 9-та | 0,13±0,09 | 0,87±0,09 | 0,60±0,21 | 0,47±0,19 | 0,27±0,12 | 0,20±0,11 | 0,20±0,11 | 2,73±0,49** |
| 10-та | 0,13±0,09 | 0,87±0,09 | 0,60±0,21 | 0,40±0,16 | 0,27±0,12 | 0,20±0,11 | 0,20±0,11 | 2,67±0,49** |

Примітка. Значущість різниці між показниками перед операцією та 6-го місяця після операції: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

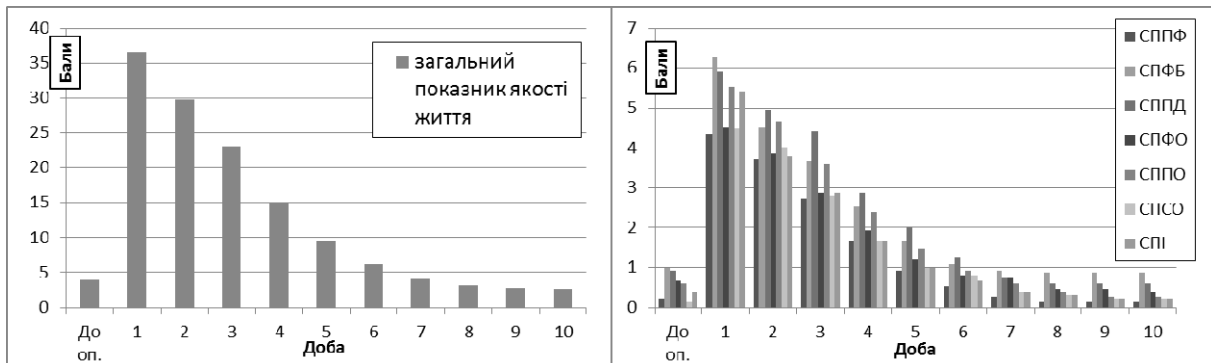


Рис. Динаміка показників якості життя у післяопераційному періоді

Результати оцінки зміни показників якості життя пацієнтів після пластики гострих післяекстракційних ороантральних сполучень засвідчують статистично значуще ($p < 0,01$) погіршення як загального показника якості життя, так і окремих його складових у ранньому післяопераційному періоді. Характерна тенденція до погіршення загального показника якості життя в першу добу після операції ($36,67 \pm 1,27$ бала у порівнянні $3,93 \pm 0,50$ бала перед операцією, $p < 0,001$) пов'язана із вивільненням таких медіаторів запалення, як гістамін, серотонін, брадикінін та простагландини. Така реакція є фізіологічною відповіддю тканин на хірургічну травму, проте, водночас і становить пряму причину появи таких клінічних

симптомів, як біль, набряк та порушення функцій харчування чи мовлення. Це, у свою чергу, є одними з основних факторів погіршення якості життя пацієнтів [6].

У пацієнтів, яким проводили пластику гострих післяекстракційних ороантральних сполучень, повернення рівня якості життя до значень, які спостерігались у передопераційному періоді, відбулося лише на 5-7-му добу після хірургічного втручання залежно від показника (табл.). Загальний показник якості життя досягнув доопераційного рівня на 7-му добу ($4,07 \pm 0,62$ бала проти $3,93 \pm 0,50$ бала перед операцією, $p > 0,05$).

Результати проведеного дослідження порівнюються з іншими працями, що присвячені хірур-

гічним втручанням у ділянці альвеолярних відростків щелеп [13, 19]. Це свідчить про те, що операційна травма порівняно невеликого об'єму в щелепно-лицевій ділянці супроводжується вираженим впливом на суб'єктивне сприйняття свого стану пацієнтами (рис.).

Висновки

1. Пластичне закриття ороантрального сполучення трапецієподібним клаптом спричинює операційну травму, яка має значущий вплив на пов'язану із стоматологічним здоров'ям якість життя пацієнтів.

2. Погіршення суб'єктивного сприйняття пацієнтами свого стану триває загалом до семи діб після хірургічного втручання, що необхідно враховувати при обговоренні із пацієнтами плану лікування перед усуненням ороантральних сполучень чи, навіть, перед видаленням молярів та премолярів на верхній щелепі.

Перспективи подальших досліджень. Результати проведеного дослідження засвідчують необхідність пошуку нових способів пластики гострих післяекстракційних ороантральних сполучень, які мали б менший вплив на пов'язану із стоматологічним здоров'ям якість життя пацієнтів. Розпрацювання та впровадження в клінічну практику малоінвазивних хірургічних методик дозволило б зменшити операційну травму та деформацію м'яких тканин альвеолярного відростка в ділянці втручання, що є основними причинами погіршення якості життя пацієнтів.

Література

1. Валидация русскоязычной версии опросника ОНІР у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г.М. Барер, К.Г. Гуревич, В.В. Смирнягина [и др.] // *Стоматология*. – 2007. – № 86. – С. 27-30.
2. Гахва С.И. Качество жизни пациентов с заболеваниями полости рта (обзор литературы) / С.И. Гахва, Р.С. Гулуев, Ю.В. Гахва // *Соврем. пробл. науки и образования*. – 2012. – № 4. – С. 2.
3. Дмитрієва Е.О. Експериментальне обґрунтування застосування матеріалу Easy-graft та динаміка якості життя після його використання у хворих на генералізований пародонтит II ступеня / Е.О. Дмитрієва // *Morphologia*. – 2014. – № 1. – С. 40-45.
4. Новик А.А. Руководство по использованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский дом Нева, 2002. – 320 с.
5. Alzarea B. K. Assessment and Evaluation of Quality of Life (OHRQoL) of Patients with Dental Implants Using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) – A Clinical Study / Alzarea // *J. Clin. Diagn. Res.* – 2016. – № 10. – P. 57-60.
6. Deepti C. Changes in quality of life after surgical removal of impacted mandibular third molar teeth / C. Deepti, H. S. Rehan, P. Mehra // *J. Maxillofac. Oral Surg.* – 2009. – № 8. – P. 257-60.
7. Dholam K.P. Impact of oral rehabilitation on patients with head and neck cancer: A study using the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire and the Oral Health Impact Profile-14 / K.P. Dholam, J.A. Dugad, K.M. Sadashiva // *J. Prosthet. Dent.* – 2016.
8. Functional and Esthetic Comparison of Metal-Ceramic and All-Ceramic Posterior Three-Unit Fixed Dental Prostheses / M. H.Nicolaisen, G. Bahrami, L. Schropp [et al.] // *Int. J. Prosthodont.* – 2016. – № 29. – P. 473-81.
9. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures / D.Beaton, C. Bombardier, F. Guillemin [et al.] // *Spine*. – 2000. – № 25. – P. 3186-3191.
10. Guillemin F. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines / F. Guillemin, C. Bombardier, D. Beaton // *J. Clin. Epidemiol.* – 1993. – № 46. – С. 1417-1432.
11. Hemant B. Evaluation of different treatment modalities for closure of oro-antral communications and formulation of a rational approach / B. Hemant, J. Govind, K. Supreet // *J. Maxillofac. Oral Surg.* – 2010. – № 9. – С. 13-18.
12. Herdman M. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires / M. Herdman, J. Fox-Rushby, X. Badia // *Qual. Life Res.* – 1997. – № 6. – P. 237-247.
13. Ibikunle A. A. Oral health-related quality of life following third molar surgery with either oral administration or submucosal injection of prednisolone / A.A. Ibikunle, W.L. Adeyemo, A.L. Ladeinde // *Oral. Maxillofac. Surg.* – 2016. – № 20. – P. 343-352.
14. Lindeboom J.A. A comparison of two implant techniques on patient-based outcome measures: a report of flapless vs. conventional flapped implant placement / J.A. Lindeboom, A.J. van Wijk // *Clin. Oral. Implants. Res.* – 2010. – № 21. – P. 366-370.
15. Locker D. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life / D. Locker, A. Jokovic, M. Clarke // *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. – 2004. – № 32. – P. 10.
16. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework / Locker // *Community Dent. Health.* – 1988. – № 5. – P. 3-18.
17. McGrath C. A review of the influences of oral health on the quality of life / C. McGrath, R. Bedi // *Int. J. of Health.* – 1999. – № 37. – P. 116-119.
18. McGrath C. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life – OHQoLUK© / C. McGrath, R. Bedi // *Community Dent. Health.* – 2001. – № 18. – P. 138-143.
19. Oral health-related quality of life following non-surgical (routine) tooth extraction: A pilot study / W.L. Adeyemo, O.A. Taiwo, O.H. Oderinu [et al.] // *Contemp. Clin. Dent.* – 2012. – № 3. – P. 427-32.
20. Quality of life in patients undergoing orthognathic surgery – A two-centered Swedish study / I. Silva, C. Cardemil, H. Kashani [et al.] // *J. Craniomaxillofac. Surg.* – 2016. – № 44. – P. 973-978.
21. Radial free forearm flap versus pectoralis major pedicled flap for reconstruction in patients with tongue cancer: Assessment of quality of life / W. Li, P. Zhang, R. Li [et al.] // *Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal.* – 2016. – № 21. – P. 737-742.
22. Slade G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile / G.D. Slade // *Community Dent. Oral. Epidemiol.* – 1997. – № 25. – P. 284-290.
23. Slade G.D. Development and evaluation of the oralhealth impact profile / G.D. Slade, A.J. Spencer // *Community Dent. Health.* – 1994. – № 11. – P. 3-11.
24. Slade G.D. Measuring Oral Health and Quality of Life / G.D. Slade. – Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. – 172 p.
25. Thermographic monitoring of wound healing and oral health-related quality of life in patients treated with laser (aPDT) after impacted mandibular third molar removal / G. Batinjan, Z. Zore, A. Čelebić [et al.] // *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2014. – № 43. – P. 1503-1508.

26. Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults / V. Papagiannopoulos, C.J. Oulis, W. Papaioannou [et al.] // Health Qual Life Outcomes. – 2012. – № 10. – P. 7.
27. Visscher S.H. Closure of oroantral communications: a review of the literature/S.H.Visscher, B.vanMinnen, R.R.Bos // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2010. – Vol. 68, № 6. – P. 1384-1391.
28. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976 / Geneva: World Health Organization, 1980. – 205 p.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ОСТРЫХ ПОСЛЕЭКСТРАКЦИОННЫХ ОРОАНТРАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ ТРАПЕЦИЕВИДНЫМ ЛОСКУТОМ

И.С. Сорокивский, И.М. Готь

Резюме. В статье описаны результаты исследования изменений качества жизни пациентов после операции пластики острых ороантральных сообщений. Полученные результаты свидетельствуют о статистически значимом ухудшении как общего показателя качества жизни, так и отдельных его составляющих в первые сутки после хирургического вмешательства с постепенным его восстановлением в дальнейшем послеоперационном периоде. Возвращение показателей качества жизни до уровня дооперационных происходило на 5 - 7-е сутки после вмешательства. Проведенное исследование показывает, что операционная травма сравнительно небольшого объема в челюстно-лицевой области сопровождается выраженным влиянием на субъективное восприятие своего состояния пациентами.

Ключевые слова: ороантральное сообщение, пластика трапециевидным лоскутом, качество жизни.

EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS AFTER PLASTIC SURGERY OF ACUTE POSTEXTRACTION OROANTRAL COMMUNICATIONS USING A TRAPEZOIDAL FLAP

I.S. Sorokivskyi, I.M. Got'

Abstract. This article describes the results of the study of changes in quality of life of patients following surgical plastic of acute oroantral communications. The results testify a statistically significant deterioration of both general index of quality of life, and its individual components on the first day after the surgery with its gradual recovery in subsequent postoperative period. Returning to the level of indicators of quality of life observed in preoperative period took place on the 5 - 7th day after the surgery. The study shows that surgical trauma of a relatively small volume in the maxillofacial area is accompanied by a pronounced influence on subjective self-perception of patients.

Key words: oroantral communication, trapezoidal plastic surgery, quality of life.

Danylo Halytsky National Medical University (Lviv)

Рецензент – доц. Н.Б. Кузник

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 1. – P. 89-93

Надійшла до редакції 27.02.2017 року