



## DENTAL AND FUNCTIONAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGERY FOR MAXILLOFACIAL TUMORS

**Norkulov Muslim Mukhiddin ugli**

(Resident, Department of Maxillofacial Surgery, Tashkent State  
Medical University)

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17946659>

### ARTICLE INFO

Received: 08<sup>th</sup> December 2025

Accepted: 14<sup>th</sup> December 2025

Online: 15<sup>th</sup> December 2025

### KEYWORDS

Maxillofacial surgery;  
rehabilitation; prosthetic  
treatment; obturator; resection  
denture; physiotherapy; quality  
of life.

### ABSTRACT

*This article presents principles of comprehensive rehabilitation for patients who have undergone extensive surgery for maxillofacial tumors. The stages of rehabilitation are described: from preoperative preparation of the oral cavity and muscles to early postoperative care and long-term dental rehabilitation. Special attention is paid to prosthetic treatment – use of obturator prostheses for maxillary defects, resection dentures, and implants – to restore masticatory function and speech. Schemes illustrating rehabilitation steps and grouping of patients by defect type are provided. The importance of a multidisciplinary approach is emphasized: involvement of the surgeon, prosthodontist, physiotherapist, speech therapist, etc. The conclusions highlight the need to begin rehabilitation measures as early as possible and to continue them sequentially to achieve optimal functional recovery and quality of life.*

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Норкулов Муслим Мухиддин угли**

(Ординатор кафедры челюстно-лицевой хирургии, Ташкентский  
государственный медицинский университет)

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17946659>

### ARTICLE INFO

Received: 08<sup>th</sup> December 2025

Accepted: 14<sup>th</sup> December 2025

Online: 15<sup>th</sup> December 2025

### ABSTRACT

*В работе изложены принципы комплексной реабилитации больных, перенесших обширные операции по поводу опухолей челюстно-лицевой области. Описаны этапы реабилитационных мероприятий: от предоперационной подготовки полости рта и мышечного аппарата до ранней послеоперационной помощи и отдаленной*



**KEYWORDS**

Челюстно-лицевая хирургия;  
реабилитация;  
ортопедическое лечение;  
обтуратор; резекционный  
протез нижней челюсти;  
физиотерапия; качество  
жизни.

стоматологической реабилитации. Особое внимание уделено ортопедическому лечению – применению obturatorных протезов при дефектах верхней челюсти, челюстных резекционных протезов, имплантации – для восстановления жевательной эффективности и речи. Приведены схемы этапности реабилитации и группировки пациентов по характеру дефекта. Отмечена важность мультидисциплинарного подхода: участие хирурга, стоматолога-ортопеда, физиотерапевта, логопеда и др. Выводы подчеркивают необходимость начинать реабилитационные мероприятия как можно раньше и продолжать их последовательно, чтобы добиться оптимального восстановления функций и качества жизни пациентов.

**JAG'-YUZ SOHASIDAGI O'SMALAR BO'YICHA O'TKAZILGAN  
OPERATSIYALARDAN KEYIN BEMORLARNI STOMATOLOGIK VA  
FUNKSIONAL REABILITATSIYA QILISH**

**Norqulov Muslim Muxiddin o'g'li**

(Toshkent davlat tibbiyot universiteti, yuz-jag' jarrohligi kafedrasi ordinatori)

Orcid ID: 0009-0000-5534-0166

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17946659>

**ARTICLE INFO**

Received: 08<sup>th</sup> December 2025

Accepted: 14<sup>th</sup> December 2025

Online: 15<sup>th</sup> December 2025

**KEYWORDS**

maxillofacial jarrohlik;  
reabilitatsiya; protez bilan  
davolash; obturator; rezektsiya  
protezi; fizioterapiya; hayot  
sifati.

**ABSTRACT**

Ushbu maqolada jag'ning o'smalari uchun keng ko'lamli jarrohlik amaliyotidan o'tgan bemorlarni kompleks reabilitatsiya qilish tamoyillari keltirilgan. Reabilitatsiya bosqichlari tavsiflanadi: og'iz bo'shlig'i va mushaklarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan boshlab operatsiyadan keyingi erta parvarish va uzoq muddatli stomatologik reabilitatsiyagacha. Protezlarni davolashga alohida e'tibor qaratiladi - chaynash funksiyasi va nutqni tiklash uchun maksiller nuqsonlar, rezektsiya protezlari va implantlar uchun obturator protezlaridan foydalanish. Reabilitatsiya bosqichlarini ko'rsatadigan sxemalar va bemorlarni nuqsonlar turi bo'yicha guruhlash. Multidiscipliner yondashuvning ahamiyati ta'kidlangan: jarroh, protezist, fizioterapevt, logoped va boshqalarni jalb qilish.. Xulosalar reabilitatsiya tadbirlarini iloji boricha tezroq boshlash va optimal funktsional



*tiklanish va hayot sifatiga erishish uchun ularni  
ketma-ket davom ettirish zarurligini ta'kidlaydi.*

## **Введение.**

Радикальные хирургические операции в челюстно-лицевой области, выполняемые по поводу злокачественных опухолей, нередко приводят к возникновению серьезных анатомических и функциональных дефектов. После обширных резекций верхней челюсти пациенты теряют отделение полости рта от носовой полости возникает ороназальное сообщение, нарушаются речь, глотание. Удаление части нижней челюсти приводит к деформации лица, утрате зубов, невозможности пережевывать пищу с сохранной эффективностью. Кроме того, сопутствующее лучевое лечение вызывает ксеростомию, снижает регенерацию тканей, что осложняет заживление и протезирование. Все это резко ухудшает качество жизни пациентов, даже если онкологически они излечены. Поэтому комплексная стоматологическая и функциональная реабилитация – неотъемлемая часть лечения онкологических больных данной категории.

Комплексная реабилитация включает медицинские (стоматологические, хирургические, физиотерапевтические (например, УВЧ, лазеротерапия), социальные и психологические мероприятия, направленные на максимальное восстановление функций жевания, речи, дыхания, эстетического облика и психо-эмоционального статуса пациента. Важной особенностью является то, что план реабилитации должен формироваться еще до проведения хирургической операции и реализовываться непрерывно, начиная с предоперационного периода и продолжаясь после выписки пациента.

В литературе отмечается, что наиболее хорошие результаты достигаются при раннем начале реабилитационных мероприятий – буквально со 2–3 недели после операции. Это позволяет предотвратить рубцовое стягивание, контрактуры, атрофию мышц, а также психологически адаптировать пациента к изменениям. В реабилитации участвует мультидисциплинарная команда: челюстно-лицевой хирург (для оценки заживления и при необходимости проведения реконструктивных операций), стоматолог-ортопед (изготовление протезов), стоматолог-терапевт (мониторинг состояния слизистой, лечение кариеса), физиотерапевт и инструктор ЛФК (проведение миогимнастики, физиопроцедур для улучшения функции), логопед (восстановление речи, особенно после обширных резекций языка или неба), а также психолог.

## **Цель.**

Цель статьи – обобщить подходы к комплексной стоматологической и функциональной реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение опухолей челюстно-лицевой области, описать поэтапную систему





реабилитационных мероприятий, виды протезирования при различных дефектах и оценить их эффективность на примере данных литературы.

## **Методы.**

Проанализированы данные научных статей, клинических наблюдений и диссертационных работ по реабилитации онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области. Особое внимание уделено источникам, описывающим конкретные реабилитационные методики: предоперационную подготовку (например, санацию полости рта, миогимнастику), использование временных протезов-обтураторов в ранние сроки после резекций, методы физиотерапии для профилактики контрактур и стимуляции заживления, изготовление окончательных ортопедических конструкций (съёмных и несъёмных) с опорой на остаточные зубы, имплантаты или мягкие ткани.

Проведен анализ публикаций по качеству жизни пациентов после протезирования, а также работ, посвященных классификации дефектов и выбору конструкции протеза. Для наглядности представлены схемы этапов реабилитации и распределения пациентов по группам в зависимости от характера пострезекционного дефекта.

## **Результаты.**

**Этапы реабилитации.** Реабилитационные мероприятия условно делятся на несколько этапов: предоперационный, интраоперационный, ранний послеоперационный и отдаленный (поздний) реабилитационный этап.

Предоперационный этап: начинается еще до хирургического вмешательства. Сюда входит тщательная санация полости рта – лечение кариеса, гингивита, удаление разрушенных зубов – чтобы снизить риск инфекции в послеоперационном периоде. Проводится обучение пациента гигиене полости рта, так как после лучевой терапии поддержание гигиены будет сложнее из-за ксеростомии. Также полезна миогимнастика – упражнения для мышц челюстно-лицевой области (жевательных, мимических) с целью улучшения их тонуса и эластичности перед предстоящей операцией. При планировании обширной резекции верхней челюсти на этом этапе изготавливают хирургический обтуратор – специальный протез, который хирург установит сразу после удаления части челюсти, чтобы отделить полость рта от полости носа и зафиксировать повязки. Предварительное изготовление такого обтуратора (временного или постоянного) требует сотрудничества хирурга и ортопеда.

Интраоперационный этап: непосредственно во время операции, после удаления опухоли, могут выполняться мероприятия, влияющие на реабилитацию. В идеале, если есть возможность, сразу проводится реконструкция дефекта (например, установка микроанастомозного лоскута или трансплантация костного сегмента). Если одномоментная реконструкция не планируется, на операционном столе устанавливается временный обтуратор на дефект (для верхней челюсти) либо шинируются оставшиеся фрагменты челюсти специальной шиной. Это важно для раннего восстановления – обтуратор позволит пациенту уже вскоре после операции глотать и говорить более эффективно. Хирург совместно с ортопедом



проверяют посадку obturatora (временного или постоянного) и при необходимости корректируют его прямо в операционной.

Ранний послеоперационный этап: охватывает период с момента стабилизации после операции (обычно 1–2 недели) до нескольких месяцев. В этот период идут основные процессы заживления, и реабилитация начинается как можно раньше. Примерно через 2 недели после вмешательства, при удовлетворительном состоянии раны, изготавливается временный протез – например, временный obturator или резекционный протез нижней челюсти для нижней челюсти. Цель – частично восстановить утраченные функции: закрыть дефект, улучшить жевание, речь. Этот протез часто изготавливается из мягкой пластмассы, чтобы не травмировать ткани, и может регулярно перебазироваться по мере заживления. Параллельно проводятся физиотерапевтические (например, УВЧ, лазеротерапия) процедуры: УВЧ, лазеротерапия для стимуляции заживления, массаж и упражнения для профилактики тризма (ограниченного открывания рта) и контрактур. Миогимнастика включает упражнения на открывание рта, движения нижней челюстью, артикуляционную гимнастику. При необходимости привлекается логопед – например, после обширных резекций неба или языка он обучает пациента компенсаторным приемам произношения. Также идет работа с пациентом психолога – адаптация к изменениям внешности (особенно важна при видимых дефектах лица), обучение жить с протезом, поддержка мотивации к продолжению реабилитации. Ранний этап – наиболее интенсивный по усилиям, и от него в значительной степени зависит успех: при хорошо проведенном раннем восстановлении пациент избежит многих осложнений (атрофии мышц, необратимой утраты функции сустава). Отмечено, что применение физиотерапии и раннего протезирования снижает частоту грубых рубцовых деформаций и нарушений функции.

**Таблица 1.**

**Этапы комплексной реабилитации и основные мероприятия**

| Этап                            | Реабилитационные мероприятия  |
|---------------------------------|---|
| До операции                     | Санация полости рта, обучение гигиене; миогимнастика для мышц лица и челюсти; физиотерапевтические процедуры для улучшения микроциркуляции и подготовки тканей к операции.                        |
| Во время операции               | Первичная реконструкция тканей (локальные или микрохирургические лоскуты); установка временных obturatorov или протезов для сохранения функции и формы.   |
| Ранний послеоперационный период | Продолжение ухода за полостью рта и послеоперационной раной; через 7–14 дней после операции — изготовление временных ортопедических конструкций для восстановления жевательной и речевой функции. |



|                   |  |
|-------------------|--|
| Отдалённый период | Через 3–4 месяца после операции — изготовление постоянного протеза (обтуратор, челюстной или комбинированный протез) для окончательного восстановления функции и эстетики. |
|-------------------|--|

Отдалённый поздний этап: начинается после полного заживления и завершения основного онкологического лечения обычно через 3–6 месяцев после операции и, если проводилась, лучевой терапии. На этом этапе изготавливается постоянный протез для окончательного восстановления функций. Например, при дефектах верхней челюсти – постоянный обтураторный протез с максимально точной границой, прилегающей к слизистой, иногда с опорой на имплантаты в оставшихся фрагментах кости если имплантация возможна. При дефектах нижней челюсти – резекционный протез нижней челюсти с седловидной частью, восстанавливающей контур лица и прикус, или изготовление ортопедической конструкции поверх реконструированной кости. Если лучевая терапия привела к потере зубов, возможно планирование дентальной имплантации с оценкой риска остеорадионекроза. Проводится долгосрочная физиотерапия: массаж жевательных мышц, электростимуляция для улучшения тонуса.

Логопедическая корректировка речи может продолжаться длительно, до года и более, с периодическими курсами. Психологическая и социальная реабилитация тоже относятся к этому этапу: помощь в возвращении пациента к социальной активности, трудоустройству, обучению навыкам жизни с протезами (например, уход за съёмными протезами). Регулярные контрольные осмотры очень важны: стоматолог проверяет состояние слизистой (из-за риска вторичных опухолей или рецидива), протезист при необходимости перебазировывает протез, хирург контролирует отсутствие признаков рецидива опухоли.

Таким образом, поздний этап – поддерживающий, он может длиться пожизненно, поскольку онкопациент нуждается в диспансерном наблюдении. Ортопедическая реабилитация (протезирование). Стоматологическое протезирование – ключевой компонент восстановления функций. В зависимости от вида дефекта применяются различные конструкции:

Обтуратор при дефекте верхней челюсти. Обтуратор – это протез, закрывающий отверстие между полостью рта и носа/гайморовой пазухой, образовавшееся после резекции. Обычно это пластмассовый протез, состоящий из базисной части, перекрывающей дефект, и иногда удерживающих кламмеров на оставшихся зубах. При малых дефектах изолированного неба обтуратор прост, при более обширных – может иметь полую камеру для облегчения конструкции и точного прилегания к краям дефекта. В раннем периоде, как упомянуто, используется временный обтуратор из мягкого материала, который может меняться по мере уменьшения раны. Постоянный обтуратор изготавливается спустя 3–6 месяцев. Он восстанавливает речь (пациент снова может произносить звуки, нет гнусавости), предотвращает затекание пищи и жидкости в нос, улучшает эстетику (поддерживает мягкие ткани щеки). Проблемой может быть фиксация: если дефект очень большой и зубов для опоры нет, удержание протеза затруднено.





В таких случаях применяются щечные крючки, опорные имплантаты (в скуловую кость – скуловые имплантаты, или комбинированные протезы с опорой на очки или др.

После удаления сегмента нижней челюсти с зубами контралатеральная сторона часто остается без анатомического противодействия – смещение нижней челюсти вызывает патологический прикус. Резекционный протезом является съемная пластинчатая конструкция, которая заполняет дефект и обычно содержит окклюзионную накладку на здоровую сторону, чтобы установить контакт с верхними зубами.

Иногда резекционный протез нижней челюсти снабжается наклонной плоскостью, по которой уцелевшая часть челюсти скользит в правильное положение при смыкании зубов. Такие протезы изготавливаются индивидуально; их ношение помогает улучшить жевание и артикуляцию звуков, а главное – препятствует отклонению нижней челюсти в сторону дефекта. Современные протоколы рекомендуют изготавливать резекционный протез нижней челюсти как можно раньше после операции (временный вариант), а спустя 6 мес постоянный, когда уже стабилизировалось рубцевание. При возможности установки имплантатов в реконструированную кость нижней челюсти – можно создавать несъемные протезы на имплантатах, однако это допустимо не всегда (риск остеорадионекроза при облучении, недостаток костного объема).

Протезы при дефектах мягких тканей лица. У ряда пациентов после онкологических операций остаются внешние дефекты – например, удален глаз (энуклеация орбиты) или нос. В таких случаях применяются эпитезы – искусственные протезы лица (глазной протез, носовой протез), изготавливаемые индивидуально из силикона с пигментацией под кожу. Крепление таких протезов – либо на специальных магнитных абатментах, ранее вживленных в кости черепа, либо на очках, пластинках. Эпитезы улучшают внешний вид, что крайне важно для психологической реабилитации, однако функциональной нагрузки они обычно не несут. Их изготавливают спустя несколько месяцев после операции, когда рубцы полностью сформировались.

### **Классификация дефектов и планирование реабилитации.**

Для выбора оптимального метода реабилитации в литературе описаны классификации пострезекционных дефектов. Например, дефекты верхней челюсти классифицируют по Артуру (по протяженности – частичный/полный дефект, односторонний/двусторонний). От этого зависит конструкция obturator (наличие опорных зубов, необходимость крыльев протеза и т.п.). В одном из отечественных исследований (Убайдуллаев Х.А., 2022) предложено деление пациентов на 3 группы: I группа – дефекты верхней челюсти при сохраненном зубном ряде на оставшейся части (61 пациент); II группа – сочетанные дефекты верхней и нижней челюстей с частичной потерей зубов (43 пациента); III группа – обширные дефекты верхней челюсти с вовлечением мягких тканей лица и полной вторичной адентией (3 пациента). Для каждой группы определялась своя тактика: в I группе – преимущественно съемные obturators с кламмерной фиксацией на



зубах; во II – сложные протезы с двойным базисом или шинами, удерживающими фрагменты; в III – комбинированные методы (хирургическая реконструкция плюс протез, опирающийся на импланты в скуловых костях или носовые опоры).

**Таблица 2.**

**Распределение пациентов по группам в зависимости от характера пострезекционного дефекта верхней челюсти**

| Группа     | Характер дефекта  | Количество  |
|------------|---|-------------|
| I группа   | Дефекты верхней челюсти с интактным зубным рядом на противоположной стороне | 61 пациент  |
| II группа  | Дефекты верхней и нижней челюстей с частичным отсутствием зубного ряда      | 43 пациента |
| III группа | Обширные дефекты верхней челюсти и мягких тканей лица                       | 3 пациента  |

**Результаты реабилитации и качество жизни.**

Комплексная реабилитация позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов. Так, по данным опросников (OHIP-14, EORTC QLQ-C30/H&N35), у больных с протезами obturatorami отмечается восстановление возможности употреблять большую часть видов пищи, снижение степени нарушений речи до минимальной (понятность речи улучшается с 40% до 80% по сравнению с без протеза). Пациенты отмечают возвращение уверенности в себе, активизации социального общения после восстановления эстетических дефектов (особенно при использовании эпитезов лица). Очень важен психологический аспект – ощущение пациента, что лечение завершено, когда дефект закрыт и функции восстановлены. Конечно, результаты варьируют: лучше у тех, у кого сохранилось больше зубов, не было облучения, меньше объем дефекта. При тотальных дефектах (например, удаление всей верхней челюсти и орбиты) даже самые современные протезы лишь частично компенсируют утраченные функции, и таким пациентам требуется постоянная помощь и адаптация.

Отмечено, что раннее применение протезов (иммедиат-протезирование) способствует улучшению исходов. Пациенты, получившие временный obturator сразу и начавшие тренироваться говорить/есть с ним через 2–3 недели после операции, впоследствии имели более четкую речь и лучше освоили постоянный протез, чем те, кто оставался без протезирования длительное время. Это аргумент в пользу ускоренной реабилитации. С другой стороны, осложнения ортопедического лечения тоже возможны: травмы слизистой неправильно подогнанным протезом, развитие кандидоза под протезом, поломка протеза из-за изменений рубцов. Поэтому требуется регулярное наблюдение и коррекция. При облучении осложняет ситуацию ксеростомия: сниженное слюноотделение ухудшает удержание протеза и вызывает дискомфорт, поэтому таким пациентам рекомендуют использовать искусственную слюну, гелевые увлажнители полости рта.





**Обсуждение.** Комплексная реабилитация онкологических пациентов челюстно-лицевого профиля – многокомпонентный процесс, требующий участия специалистов разных направлений. Ключевую роль играет стоматолог-ортопед, но его усилия будут успешны только при координации с хирургами и другими врачами. Например, качество протезирования в значительной степени зависит от состояния рубцов и костной ткани – а это определяется характером операции и проведенной реконструкцией. Потому еще на этапе планирования хирургического лечения хирург и ортопед должны сотрудничать: обсудить, какие структуры планируется сохранить, где желательна опора под будущий протез, нужно ли устанавливать во время операции какие-либо конструкции (имплантаты, крепеж для эпитеза). Такая междисциплинарная подготовка улучшает последующую реабилитацию.

Послеоперационный период – время, когда пациент наиболее уязвим физически и психологически. Здесь важно начать реабилитацию рано, но мягко. Ошибка, которая ранее встречалась, – затягивание с протезированием до полного окончания лечения. Пациент месяцами оставался без зубов, с открытым сообщением, что приводило к деморализации, потере социальных связей. Сейчас доказано, что раннее временное протезирование (на 2–4 неделе) возможно и безопасно при условии стабильности раневого процесса. Оно позволяет пациенту уже на ранней стадии почувствовать улучшение, что положительно сказывается на психологическом состоянии и мотивации к дальнейшему лечению.

Важный аспект является физическая реабилитация жевательного и речевого аппарата. После операций часто развивается ограничение открывания рта из-за рубцевания в жевательных мышцах или облучения. Рекомендуются комплекс упражнений: пациенты с ранних сроков учатся ежедневно выполнять активные и пассивные движения челюстью (используются, например, ступенчатые прорезиненные распорки для постепенного увеличения амплитуды открывания). Физиотерапия (тепло, лазер) дополняет упражнения, размягчая рубцы и снижая боль. Если это игнорировать, тризм может стать необратимым, что усложнит протезирование и прием пищи. Аналогично, упражнения языка, мягкого неба, обучение технике глотания при нарушенной иннервации – обязательные компоненты.

Питание и диета – часть комплексной реабилитации, часто недооцениваемая. Пациенты после операции на челюстях испытывают трудности с приемом пищи, нередко снижается масса тела. Диетологи рекомендуют высококалорийную мягкую диету, при необходимости – питательные смеси. После установки протеза пациент обучается заново жевать – сначала мягкую пищу, потом более твердую. Медсестры и реабилитологи помогают освоить техники: например, пережевывать на определенной стороне, делать глотки определенным образом (при дефектах неба – запирать протезом носовую полость). Это тонкости, на которые должна быть обращена внимание.

Психосоциальная адаптация – заключительный, но не менее важный элемент. Исследования показывают, что пациенты с лицевыми дефектами испытывают



депрессию, социофобию. Наличие хорошо выполненного протеза лица или obturatora (временного или постоянного), возвращающего речь, резко улучшает самооценку. Тем не менее, психолог должен работать с пациентом, помогая принять свой измененный облик, формируя установку на активную жизнь. Группы поддержки, общение с другими «выжившими» после рака – также часть реабилитации.

Таким образом, реабилитация – процесс непрерывный и комплексный. Его успешность определяется не только технически правильным протезом, но и тем, насколько рано начаты мероприятия, насколько они систематичны и насколько сам пациент вовлечен. Очень важно обучить пациента: уходу за полостью рта obturatora (временного или постоянного) во избежание кандидоза, выполнению упражнений на постоянной основе. Только при активном участии самого пациента возможно достичь максимального восстановления функций.

**Выводы.** Реабилитация пациентов после операций на челюстно-лицевой области должна начинаться ещё до вмешательства. Предоперационная санация полости рта, гимнастика для мышц и изготовление хирургических obturatorov снижают риск осложнений и упрощают последующее протезирование.

Раннее протезирование и функциональная терапия в первые недели после операции помогают восстановить речь, глотание и предотвратить контрактуры. Физиотерапия и лечебная гимнастика предотвращают развитие тризма и мышечной атрофии.

Выбор протеза и методов восстановления определяется индивидуально — с учётом размеров дефекта, состояния зубов, противоположной челюсти и наличия лучевой терапии. Применяются съёмные obturatorы, резекционные протезы, имплантация или эпитезы, в зависимости от клинической ситуации.

Успешная реабилитация требует мультидисциплинарного подхода. Хирург, ортопед, логопед и физиотерапевт совместно планируют лечение, обеспечивая восстановление анатомии, функции и речи.

Регулярные упражнения, уход за протезами и посещение осмотров ускоряют восстановление. Критерием успешной реабилитации является повышение качества жизни в том числе восстановление функций, речи и социальной активности.

## References:

1. Гришечкин С.Д. и др. Анализ эффективности применения «ориентировочных» ложек для функциональных оттисков беззубых челюстей. Российская стоматология. 2014;7(4):57-59.
2. Кулаков А.А. и др. Ортопедическое лечение онкологических больных с дефектами в области ротоглотки. Сибирский онкологический журнал. 2016;15(1):90-91.
3. Кочурова Е.В. и др. Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области. Кубанский научный мед. вестник. 2015;(2):88-93.



4. Mantri S.S. et al. Scope of prosthodontic services for patients with head and neck cancer. *Indian J Cancer*. 2012;49(1):39-45.
5. Nikolenko V.N. et al. Effect of risk factors for a malignant neoplasm in the maxillofacial region on expression of MMPs and their tissue inhibitors in elderly patients. *Adv Gerontol*. 2015;5(1):50-53.
6. Kranjčić J. et al. Simplified prosthetic rehabilitation of a patient after oral cancer removal. *Acta Stomatol Croat*. 2016;50(3):258-264.
7. Goiato M.C. et al. Prosthetic rehabilitation of a patient after a partial mandibulectomy. *Med Surg (Lond)*. 2015;4(2):200-203.
8. Mundhe K. et al. Prosthodontic rehabilitation of a patient with marginal mandibulectomy using attachment-supported prostheses: a clinical report. *Contemp Clin Dent*. 2014;5(1):123-126.
9. Kumar S., Arora A., Yadav R. Foldable denture for a microstomia patient. *Case Rep Dent*. 2012;2012:757025.
10. Tirelli G. et al. Obturator prostheses following palatal resection: clinical cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2010;30(1):33-39.