УДК 616.716-018.7-089.28-089.844-036.8
DOI https://doi.org/10.35220/2523-420X/2026.3.2

М.Л. Мунтян,
асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії стоматологічного факультету,
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, індекс 21018,
Masjatina22@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-8742-1868

О.П. Вєсова,
доктор медичних наук, професор,
професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Навчально-наукового інституту професійної досконалості,
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, індекс 04112, elen.vesova@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-7018-0487

Г.Ю. Будко,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри патологічної анатомії Навчально-наукового медичного інституту,
Сумський державний університет,
вул. Харківська, 116, м. Суми, Україна, індекс 40007,
budkoay@ukr.net
https://orcid.org/0000-0002-3567-2996

ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ ТА ХІРУРГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ДЕФЕКТІВ: ОГЛЯД ІНСТРУМЕНТІВ PROMS

Мета дослідження. *Узагальнення даних про валідовані інструменти оцінювання результатів, повідомлених пацієнтами (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs), у пацієнтів із набутими та вродженими дефектами щелепно-лицевої ділянки після комплексної хірургічної й ортопедичної реабілітації та визначення меж їх застосування в цій популяції.* ***Матеріали та методи дослідження.*** *Виконано наративний огляд публікацій, виявлених у PubMed/MEDLINE, на платформах Wiley, Elsevier, Springer Nature, MDPI, Frontiers і BMC та шляхом перехресної перевірки цитувань у Google Scholar. Пошук завершено 27.07.2026. Основний часовий інтервал становив 2020–2026 роки; шість раніших джерел 2000, 2010, 2016, 2017 і 2019 років залучено через їх класифікаційне, порівняльне або методологічне значення. Відбір охоплював послідовний перегляд назв і анотацій, а потім повних текстів за наперед визначеними критеріями. Безпосереднього структурованого пошуку в Scopus, Web of Science Core Collection і Cochrane Library не виконано. Формального оцінювання кожного джерела за AMSTAR-2, RoB 2 або ROBINS-I не проводили; оцінки змістової валідності за COSMIN запозичено із систематичного огляду С. Азгера (S. Azher) та співавторів.* ***Наукова новизна.*** *В одному аналітичному полі зіставлено дані для набутих і вроджених дефектів, клінічні результати реконструктивних методів, психометричні характеристики PROMs та клінічні, функціональні, психологічні й соціальні чинники якості життя. Відмежовано результати первинних порівняльних досліджень від висновків оглядів і консенсусних документів, що дало змогу конкретизувати обмеження доказової бази.* ***Висновки.*** *Наявні дані не підтверджують безумовної переваги окремого методу реабілітації або опитувальника. Дослідження дентальної імплантації мають високий ризик систематичної похибки, а EORTC QLQ-H&N35 лише відносно краще відповідає критеріям COSMIN, ніж UW-QOL та OHIP-14. Після реабілітації якість життя визначається сукупністю функціонального відновлення, сприйняття зовнішності, психологічної адаптації та соціальної підтримки.*

Ключові слова: *вільний клапоть, змістова валідність, медичне право, обтуратор, ортопедична реабілітація, PROMs, судова стоматологія, судова травматологія, щелепно-лицевий дефект.*

M.L. Muntian,
Assistant at the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry,
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University,
56 Pyrohova street, Vinnytsia, Ukraine, postal code 21018,
Masjatina22@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-8742-1868

O.P. Vesova,
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Professor at the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Educational and Scientific Institute of Professional Excellence,
Shupyk National Healthcare University of Ukraine,
4A Profesora Pidvysotskoho street, Kyiv, Ukraine, postal code 01103, elen.vesova@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-7018-0487

H.Y. Budko,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Pathology, Academic and Research Medical Institute,
Sumy State University,
116 Kharkivska street, Sumy, Ukraine, postal code 40007,
budkoay@ukr.net
https://orcid.org/0000-0002-3567-2996

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AFTER PROSTHODONTIC AND SURGICAL REHABILITATION OF MAXILLOFACIAL DEFECTS: A REVIEW OF PROM INSTRUMENTS

Purpose of the study. *Synthesis of evidence on validated Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) applied to patients with acquired and congenital maxillofacial defects*

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

© М.Л. Мунтян, О.П. Вєсова, Г.Ю. Будко, 2026

after complex surgical and prosthetic rehabilitation, and determination of the limits of their applicability in this population. ***Materials and methods.*** *A narrative review was conducted using publications identified in PubMed/MEDLINE, on the Wiley, Elsevier, Springer Nature, MDPI, Frontiers, and BMC platforms, and through cross-checking citations in Google Scholar. The search was completed on 27 July 2026. The main publication period was 2020–2026; six earlier sources from 2000, 2010, 2016, 2017, and 2019 were included because of their classificatory, comparative, or methodological importance. Selection involved sequential screening of titles and abstracts, followed by full-text assessment against predefined criteria. No structured search was performed directly in Scopus, Web of Science Core Collection, or the Cochrane Library. The methodological quality of every source was not formally assessed with AMSTAR-2, RoB 2, or ROBINS-I; COSMIN-based judgments of content validity were taken from the systematic review by S. Azher et al.* ***Scientific novelty.*** *Evidence for acquired and congenital defects was integrated within one analytical framework that links clinical outcomes of reconstructive methods, psychometric properties of PROMs, and clinical, functional, psychological, and social determinants of quality of life. Findings from primary comparative studies were distinguished from conclusions of reviews and consensus documents, which allowed the limitations of the evidence base to be specified.* ***Conclusions.*** *Current evidence does not confirm the unconditional superiority of any rehabilitation method or questionnaire. Studies of dental implant rehabilitation have a high risk of bias, while EORTC QLQ-H&N35 only performs relatively better against COSMIN criteria than UW-QOL and OHIP-14. After rehabilitation, quality of life is shaped by the combined effects of functional recovery, perception of appearance, psychological adaptation, and social support.*

Key words: *free flap, content validity, medical law, obturator, prosthodontic rehabilitation, patient-reported outcome measures (PROMs), forensic dentistry, forensic traumatology, maxillofacial defect.*

Постановка проблеми. Дефекти щелепно-лицевої ділянки мають набуту або вроджену природу та істотно впливають на функціональний, естетичний і психосоціальний стан пацієнта. Набуті дефекти виникають переважно після онкологічних резекцій, травм або остеорадіонекрозу, тому їх відновлення від самого початку поєднує хірургічний і ортопедичний складники. Рак голови та шиї залишається поширеною онкологічною патологією [1, с. 229]. Результати наративного огляду А. Маніачі та співавторів (A. Maniaci et al.) засвідчують, що дорожньо-транспортні пригоди залишаються основною причиною виникнення щелепно-лицевих травм. З огляду на це, економічні наслідки кожного окремого випадку є істотними та охоплюють прямі витрати на лікування, втрату працездатності в середньому на 11,8 робочого дня, а також фінансові видатки на реабілітацію, які становлять від 3800 до 18 000 доларів США [2, с. 3].

Вроджені дефекти представлені насамперед розщілинами губи та піднебіння, які порушують естетику, мовлення, жування, ковтання та психосоціальне благополуччя [3, с. 3–5; 4, с. 1]. Окрему групу становить остеорадіонекроз, що розвивається після променевої терапії та додатково ускладнює реабілітацію. У ретроспективній когорті А. Фарлі (A. Farley) та співавторів його кумулятивна частота зростала за локалізації первинної пухлини на дні порожнини рота [5, с. 4], тоді як десятирічний ірландський огляд К. Т. Фіцджеральд (K. T. Fitzgerald) та співавторів засвідчив значну залежність частоти ускладнення від популяції, дизайну дослідження й діагностичних критеріїв [6, с. 3]. З огляду на це оцінювання результату не може обмежуватися анатомічним закриттям дефекту та потребує валідованих пацієнтоцентрованих показників.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Класифікаційну основу набутих дефектів верхньої щелепи формують системи П. Г. Кордейро (P. G. Cordeiro) та Е. Сантамарії (E. Santamaria) [7, с. 2331–2334], а також модифікована класифікація Дж. С. Брауна (J. S. Brown) та співавторів [8, с. 17–20]. Обидва підходи пов'язують обсяг резекції з реконструктивною тактикою, проте безпосередньо не визначають очікуваної якості життя, через що потребують доповнення пацієнтоцентрованими показниками.

Найпослідовніше обмеження доказів щодо імплантаційної реабілітації показано в систематичному огляді С. Азгера (S. Azher) та співавторів: із 2735 проскринованих записів до синтезу включено лише три дослідження, кожне з високим ризиком похибки через конфаундинг [9, с. 119–123]. Порівняльні клінічні результати також неоднорідні. У проспективній когорті Ф. Вана (F. Wang) та співавторів імплантат-підтримуваний обтуратор і незнімна конструкція на вільному клапті забезпечували зіставну оральну функцію, однак у групі обтуратора показники психічного здоров'я були гіршими [10, с. 140–142]. У рандомізованому дослідженні О. К. С. Аладаші (O. Q. S. Aladashi) та співавторів, яке охопило 60 пацієнтів, підпідборідний клапоть забезпечив кращі показники жування, ковтання, мовлення, смаку, настрою й тривожності, тоді як обтуратор був кращим за оцінкою зовнішності та жувальної функції після протезування [11, с. 1158–1159]. У ретроспективній когорті М. А. Морено (M. A. Moreno) та співавторів (n = 113) перевага

вільного клаптя виявлялася насамперед за значних дефектів [12, с. 863–865]. Отже, результати залежать від обсягу дефекту, обраного результату та клінічного контексту.

Консенсус EAO, ITI та Osteology Foundation містить 14 рекомендацій щодо реабілітації беззубої верхньої щелепи, вісім із яких досягли сильного консенсусу [13, с. S85–S90], а AAOMS ParCare визначає реконструктивну й ортопедичну реабілітацію після абляційних втручань як окремий клінічний напрям [14, с. 1]. Огляд Д. Д'Альпаоса (D. D'Alpaos) та співавторів узагальнив 10 досліджень за участю 24 пацієнтів і підтвердив точність CAD/CAM-планування, водночас зафіксувавши високу вартість і технологічну залежність [15, с. 4–6]. Психометрична база охоплює валідацію OHIP-14 [16, с. e741–e743], багатомовну перевірку EORTC QLQ-H&N35 [17, с. 6102–6105] та розроблення FACE-Q Head and Neck Cancer Module на основі даних 219 пацієнтів [18, с. 866–869]. У дослідженні Д. Маciac (D. Macias) та співавторів (n = 250) значущий дистрес, пов'язаний зі зовнішністю, визначено за порогом IMAGE-HN ≥ 22; його мали 28 % учасників [19, с. 5–6]. Натомість проспективне дослідження Е. Пасхір (E. Passchier) та співавторів (n = 52) показало, що семимісячна мультидисциплінарна програма поліпшила загальну якість життя ($p < 0,001$) і знизила дистрес до 3,0 бала [20, с. 1580–1582]. Сукупність цих результатів підтверджує потребу оцінювати не один показник, а взаємопов'язані клінічні, функціональні та психосоціальні результати.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Аналіз наукового опрацювання окресленої проблематики засвідчує відсутність переконливих доказів щодо універсальної переваги будь-якого з наявних клінічних підходів – застосування обтураторів, клаптевої реконструкції чи ортопедичних конструкцій із опорою на імплантати. Зважаючи на це, особливої актуальності набуває об'єктивізація оцінки якості життя пацієнтів, однак змістову валідність найпоширеніших інструментів оцінки результатів з точки зору пацієнта (PROMs), розроблених для щелепно-лицевих хворих, підтверджено лише частково. Зокрема, опитувальник EORTC QLQ-H&N35 виявляє лише відносно вищий рівень відповідності стандартизованим критеріям COSMIN порівняно з інструментами UW-QOL та OHIP-14 [9, с. 120–125]. У цьому контексті до додаткових методичних обмежень належать відсутність уніфікованого протоколу часових точок вимірювання, відсутність спеціалізованого опитувальника для дорослих пацієнтів із реконструйованими вродженими розщілинами, а також переважання поперечних (одномоментних) дизайнів досліджень, що унеможливлює верифікацію каузального (причинно-наслідкового) характеру виявлених соціальних асоціацій [3, с. 4–6]. Потреба в усуненні зазначених наукових і методичних прогалин зумовила вибір предмета цього огляду.

Мета статті. Узагальнення даних про валідовані інструменти оцінювання якості життя пацієнтів із набутими та вродженими дефектами щелепно-лицевої ділянки та визначення меж їх застосування після комплексної хірургічної й ортопедичної реабілітації з урахуванням методологічних обмежень доказової бази.

Матеріали та методи дослідження. Наративний пошук завершено 27.07.2026 у PubMed/MEDLINE та на платформах Wiley, Elsevier, Springer Nature (BMC), MDPI і Frontiers; Google Scholar використано для перехресної перевірки цитувань і пошуку доступних повних текстів. Для PubMed/MEDLINE застосовано запит: ((«Maxillofacial Abnormalities»[MeSH Terms] OR «Cleft Lip»[MeSH Terms] OR «Cleft Palate»[MeSH Terms] OR «maxillofacial defect*»[Title/Abstract] OR maxillectom*[Title/Abstract]) AND («Quality of Life»[MeSH Terms] OR «Patient Reported Outcome Measures»[MeSH Terms] OR PROM*[Title/Abstract] OR «oral health-related quality of life»[Title/Abstract] OR OHIP-14[Title/Abstract] OR UW-QOL[Title/Abstract] OR EORTC QLQ-H&N35[Title/Abstract] OR FACE-Q[Title/Abstract]) AND («Rehabilitation»[MeSH Terms] OR «Obturator Prostheses»[MeSH Terms] OR «Dental Implants»[MeSH Terms] OR «Surgical Flaps»[MeSH Terms] OR obturator*[Title/Abstract] OR «free flap*»[Title/Abstract] OR CAD/CAM[Title/Abstract] OR «3D print*»[Title/Abstract])).

Після вилучення повторів послідовно переглядали назви й анотації, а потім повні тексти потенційно релевантних публікацій. Включали англомовні дослідження про якість життя або клінічну реабілітацію пацієнтів із набутими чи вродженими дефектами, валідовані PROMs, систематичні огляди, метааналізи, порівняльні клінічні дослідження та чинні консенсусні документи. Виключали роботи поза реабілітаційним контекстом, публікації без доступного повного тексту для змістової перевірки та повідомлення про невалідовані шкали. Основний часовий інтервал становив 2020–2026 роки. Поза ним включено класифікаційні праці 2000 року [7, с. 2331–2334;

8, с. 17–20], порівняльні дослідження 2010 і 2017 років [10, с. 140–142; 12, с. 863–865], розроблення FACE-Q 2019 року [18, с. 866–869] та дослідження мультидисциплінарної програми 2016 року [20, с. 1580–1582].

Безпосереднього структурованого пошуку в інтерфейсах Scopus, Web of Science Core Collection і Cochrane Library не проводили. Формального незалежного оцінювання кожної роботи за AMSTAR-2, RoB 2 або ROBINS-I також не виконували. Оцінки змістової валідності за COSMIN відтворено за систематичним оглядом С. Азгера (S. Azher) та співавторів [9, с. 120–125]. Синтез проведено наративно за клінічними, функціональними, психологічними й соціальними групами результатів; кількісні показники наведено лише в межах первинних джерел.

Результати та їх обговорення. Класифікації П. Г. Кордейро (P. G. Cordeiro) та Е. Сантамарії (E. Santamaria), а також Дж. С. Брауна (J. S. Brown) та співавторів диференціюють обмежені, субтотальні й тотальні дефекти верхньої щелепи з урахуванням залучення орбіти та піднебіння [7, с. 2331–2334; 8, с. 17–20]. Для вроджених розщілин у включених джерелах не виявлено класифікації, яка безпосередньо прогнозувала б функціональний результат; їх описують переважно за анатомічною поширеністю [3, с. 4]. Через це вибір реабілітаційної тактики за вроджених дефектів більшою мірою спирається на клінічну оцінку функції, ніж на класифікаційний критерій.

Для значних набутих дефектів застосовують вільні васкуляризовані клапті, тоді як обмежені дефекти верхньої щелепи часто відновлюють за допомогою обтуратора. У когорті М. А. Морено (M. A. Moreno) та співавторів вільний клапоть забезпечував кращі функціональні результати за великих дефектів, але універсальної переваги для всіх пацієнтів не встановлено [12, с. 863–865]. Водночас рандомізоване дослідження О. К. С. Аладаші (O. Q. S. Aladashi) та співавторів використовувало University of Washington Quality of Life Questionnaire. Через шість місяців у групі підпідборідного клаптя були статистично кращими домени жування, ковтання, мовлення, смаку, настрою та тривожності, а в групі обтуратора – зовнішній вигляд і жувальна функція після протезування [11, с. 1158–1159]. Це зіставлення підтверджує, що клінічне рішення має враховувати конфігурацію дефекту та пріоритетні для пацієнта результати.

Комплексна реабілітація охоплює діагностику й класифікацію дефекту, хірургічне лікування або реконструкцію за показаннями, ортопедичне відновлення та функціональний супровід. Для порівнянності результатів доцільно визначати вихідну точку T0 і повторні часові точки T1 та T2; послідовність етапів і відповідних їм точок оцінювання подано на рисунку 1.

Цифровий CAD/CAM-процес підвищує точність віртуального планування та виготовлення пацієнт-специфічних конструкцій, однак наявні

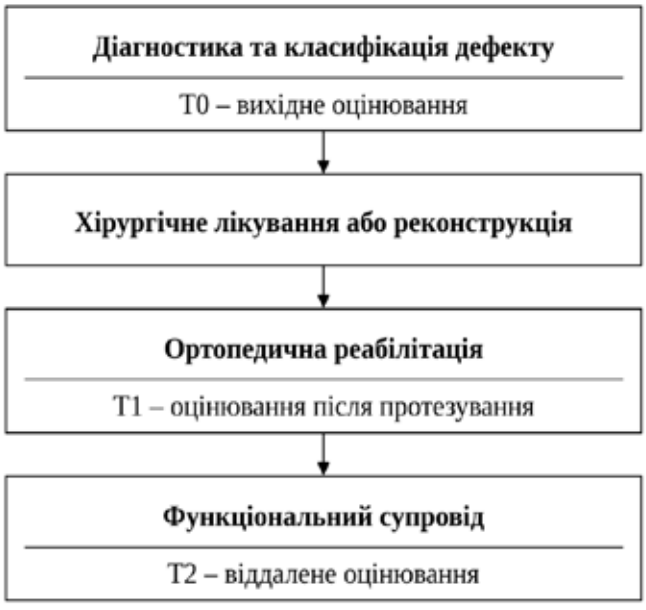


Рис. 1. Алгоритм комплексної реабілітації пацієнтів із дефектами щелепно-лицевої ділянки з послідовними точками пацієнтоцентрованого оцінювання T0, T1 і T2

Джерело: авторська розробка

дані походять переважно з малих серій: огляд Д. Д'Альпаоса (D. D'Alpaos) та співавторів охопив 10 досліджень і 24 пацієнти [15, с. 4–6]. Тому технологічну точність не можна автоматично ототожнювати з доведеним поліпшенням якості життя.

Вибір PROM залежить від мети вимірювання. OHIP-14 відображає загальний вплив стану ротової порожнини, UW-QOL і EORTC QLQ-H&N35 орієнтовані на пацієнтів із пухлинами голови та шиї, а модуль FACE-Q дає змогу окремо оцінювати зовнішність, функції й психосоціальний стан [16, с. e741–e743; 17, с. 6102–6105; 18, с. 866–869]. За критеріями COSMIN жоден із трьох інструментів, безпосередньо порівняних у систематичному огляді, не досяг достатньої змістової валідності для реконструктивної щелепно-лицевої популяції; EORTC QLQ-H&N35 задовольнив більше критеріїв, ніж UW-QOL та OHIP-14 [9, с. 120–125]. FACE-Q до цього окремого COSMIN-аналізу не входив. Порівняльну характеристику структури, сфери застосування та обмежень цих інструментів наведено в таблиці 1.

Психометричні характеристики інструмента визначають достовірність вимірювання, проте самі по собі не пояснюють відмінностей між методами відновлення. З огляду на це зіставлення PROMs потребує доповнення аналізом клінічних результатів обтуратора, вільного клаптя та імплантат-підтримуваної конструкції з окремим урахуванням ризику систематичної похибки в первинних дослідженнях. Підтверджені результати й обмеження доказової бази для кожного з методів узагальнено в таблиці 2.

Інтегральний результат формують чотири взаємопов'язані групи чинників. Клінічну групу становлять розмір і локалізація дефекту, тип реконструкції та променева терапія. Функціональна

Таблиця 1

Порівняльна характеристика валідованих інструментів оцінювання якості життя

Інструмент	Структура та сфера застосування	Обмеження для дефектів ЩЛД
OHIP-14	14 пунктів; загальна стоматологічна OHRQoL [16, с. e741–e743]	Найнижча релевантність серед трьох інструментів, порівняних за COSMIN [9, с. 122]
UW-QOL	12 доменів фізичного й соціально-емоційного стану; пухлини голови та шиї [11, с. 1158]	Недостатня релевантність; поступається EORTC QLQ-H&N35 за COSMIN [9, с. 122]
EORTC QLQ-H&N35	35 симптомоорієнтованих пунктів; онкологія голови та шиї [17, с. 6102–6105]	Повної змістової валідності не підтверджено, хоча виконано більше критеріїв COSMIN [9, с. 123]
FACE-Q Head and Neck Cancer Module	Модульні шкали зовнішності, функцій і психосоціального стану [18, с. 866–869]	Окремого COSMIN-аналізу для реконструктивної щелепно-лицевої популяції не проводили

Джерела: [9, с. 120–125; 11, с. 1158; 16, с. e741–e743; 17, с. 6102–6105; 18, с. 866–869].

Таблиця 2

Переваги та обмеження сучасних методів реконструктивної й ортопедичної реабілітації

Метод	Підтверджені результати	Обмеження доказів
Обтуратор	У РКД (n = 60) вищі оцінки зовнішності та жувальної функції після протезування [11, с. 1158–1159]	Нижчі оцінки жування, ковтання, мовлення, смаку, настрою й тривожності порівняно з підпідборідним клаптем [11, с. 1158–1159]
Вільний клапоть	Кращі функціональні результати за значних дефектів у ретроспективній когорті (n = 113) [12, с. 863–865]	Перевагу не встановлено для всіх конфігурацій дефекту; результат залежить від обсягу резекції [12, с. 863–865]
Імплантат-підтримувана конструкція	Зіставна оральна функція для імплантат-підтримуваного обтуратора та незнімної конструкції на вільному клапті [10, с. 140–142]	Гірші показники психічного здоров'я в групі обтуратора; три включені порівняльні дослідження мали високий ризик похибки [9, с. 119–123; 10, с. 140–142]

Джерела: [9, с. 119–123; 10, с. 140–142; 11, с. 1158–1159; 12, с. 863–865].

група охоплює жування, ковтання й мовлення. Психологічна група включає сприйняття зовнішності та пов'язаний із ним дистрес: у дослідженні IMAGE-HN поріг ≥ 22 відповідав клінічно значущому дистресу в 28 % учасників і поєднувався з нижчими фізичними та соціально-емоційними показниками UW-QOL [19, с. 5–6]. Соціальна група охоплює підтримку, дохід та адаптацію; за переважно поперечних дизайнів ці характеристики відображають асоціації, а не доведені причинні зв'язки [3, с. 5–6]. Складники кожної групи та їх інтерпретацію узагальнено в таблиці 3.

Наведені групи не діють ізольовано: клінічні характеристики дефекту визначають обсяг функціонального відновлення, а воно в поєднанні зі сприйняттям зовнішності та рівнем соціальної підтримки формує підсумкову оцінку пацієнта. Узагальнену структуру цих зв'язків показано на рисунку 2.

Хірургічне лікування створює анатомічну основу, ортопедична реабілітація відновлює оклюзію та заміщує дефект, а функціональний супровід визначає, наскільки ці зміни переходять у повсякденне жування, ковтання й мовлення. Через це зв'язок між втручанням і якістю життя є опосередкованим, а не прямим; послідовність відповідних ланок подано на рисунку 3. Саме опосередкованість цього зв'язку пояснює, чому технічно успішна реконструкція не завжди супроводжується однаковим психосоціальним

Таблиця 3

Групи чинників, пов'язаних із якістю життя після комплексної реабілітації

Група	Компоненти	Інтерпретація
Клінічні	Розмір і локалізація дефекту; тип реконструкції; променева терапія	Вибір методу потребує індивідуалізації за конфігурацією дефекту [5, с. 4; 7, с. 2331–2334; 12, с. 863–865]
Функціональні	Жування; ковтання; мовлення	Саме відновлення функцій найбільше диференціює результати обтуратора та клаптя [10, с. 140–142; 11, с. 1158–1159]
Психологічні	Сприйняття зовнішності; тривожність; IMAGE-HN ≥ 22	Поріг ≥ 22 відповідав значущому дистресу у 28 % вибірки [19, с. 5–6]
Соціальні	Соціальна підтримка; дохід; адаптація; соціальна участь	Виявлені зв'язки мають асоціативний характер через переважно поперечні дизайни [3, с. 5–6]

Джерела: [3, с. 5–6; 5, с. 4; 7, с. 2331–2334; 10, с. 140–142; 11, с. 1158–1159; 12, с. 863–865; 19, с. 5–6].

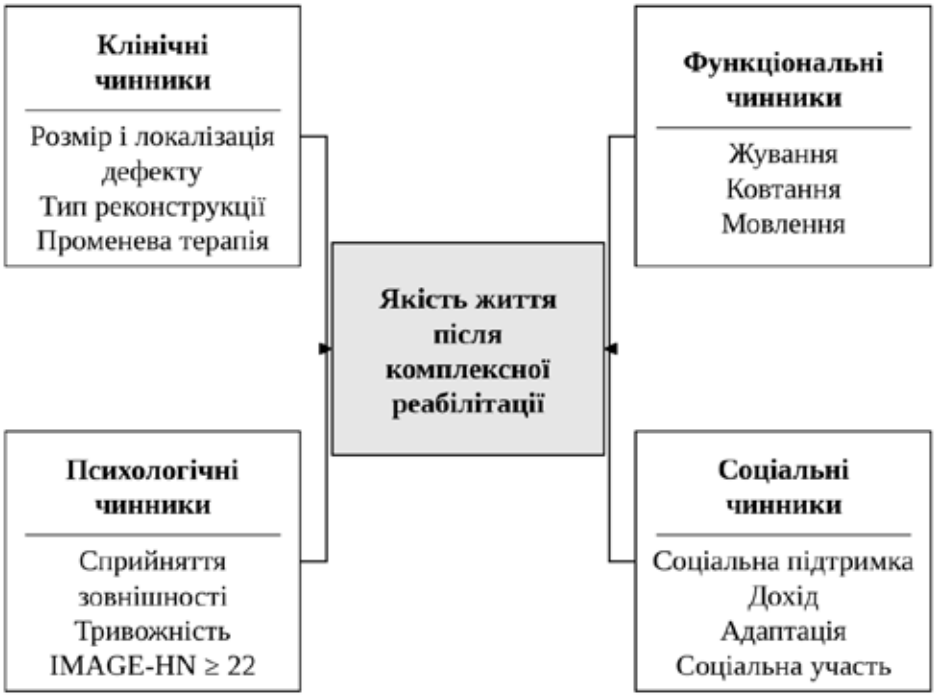


Рис. 2. Концептуальна схема клінічних, функціональних, психологічних і соціальних чинників якості життя пацієнтів після комплексної реабілітації [3, с. 5–6; 19, с. 5–6]



Рис. 3. Послідовність зв'язків між хірургічним лікуванням, ортопедичною реабілітацією, функціональним відновленням і якістю життя [10, с. 140–142; 11, с. 1158–1159; 20, с. 1580–1582]

результатом [10, с. 140–142; 11, с. 1158–1159; 20, с. 1580–1582].

У проаналізованих джерелах не виявлено даних про психометричну валідацію всіх чотирьох інструментів саме для україномовної реконструктивної щелепно-лицевої популяції. Отже, дослівний переклад без процедури культурної адаптації не можна вважати еквівалентним валідованому інструменту. Для клінічної практики потрібні ліцензоване перекладення, зворотний переклад, когнітивне інтерв'ювання та психометрична перевірка.

Висновки. Наявні порівняльні дослідження не підтверджують універсальної переваги обтуратора, вільного клаптя або імплантат-підтримуваної конструкції; результат залежить від обсягу дефекту, обраного домену та ризику систематичної похибки [9, с. 119–123]. Жоден із безпосередньо зіставлених PROMs не має достатньої змістової валідності для всієї реконструктивної щелепно-лицевої популяції, хоча EORTC QLQ-H&N35 відносно краще відповідає критеріям COSMIN [9, с. 120–125]. Для пацієнтів із розщілинами сумарна оральна якість життя була нижчою, ніж у здорових учасників (SMD = –0,92; 95 % ДІ від –1,55 до –0,28; I^2 = 95 %), причому функціональні й соціальні домени впливали на результат сильніше за емоційний [4, с. 4–5]. З огляду на наведене комплексне оцінювання має охоплювати клінічні, функціональні, психологічні та соціальні чинники в однакові часові точки. Подальші дослідження мають передбачати багатоцентрові порівняльні дизайни, стратифікацію за типом дефекту та психометричну валідацію україномовних версій PROMs.

References:

1. Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74*(3), 229–263. https://doi.org/10.3322/caac.21834

2. Maniaci, A., Lentini, M., Vaira, L., Lavalle, S., Ronsivalle, S., Rubulotta, F. M., … La Via, L. (2025). The global burden of maxillofacial trauma in critical care: A narrative review of epidemiology, prevention, economics, and outcomes. *Medicina, 61*(5), 915. https://doi.org/10.3390/medicina61050915

3. Hashemi, S., Derakhshandeh, F., Dashti, M., & Abdali, H. (2026). Oral health-related quality of life in adults with cleft lip and/or palate: A systematic review. *Dental Research Journal, 23*(1), 3. https://doi.org/10.4103/drj.drj_273_25

4. de Oliveira Júnior, A. G., Montagna, E., Zaia, V., Barbosa, C. P., & Bianco, B. (2023). Oral health-related quality of life in patients aged 8 to 19 years with cleft lip and palate: A systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health, 23*, 670. https://doi.org/10.1186/s12903-023-03382-4

5. Farley, A., Sackett, J., Kharofa, J., & Takiar, V. (2026). Osteoradionecrosis after modern radiotherapy for oral cavity cancer: Incidence and risk factors. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology, 11*(3), e70431. https://doi.org/10.1002/lio2.70431

6. Fitzgerald, K. T., Lyons, C., England, A., McEntee, M. F., Devine, A., O'Donovan, T., & O'Sullivan, E. (2024). Risk factors associated with the development of osteoradionecrosis (ORN) in head and neck cancer patients in Ireland: A 10-year retrospective review. *Radiotherapy and Oncology, 196*, 110286. https://doi.org/10.1016/j.radonc.2024.110286

7. Cordeiro, P. G., & Santamaria, E. (2000). A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. *Plastic and Reconstructive Surgery, 105*(7), 2331–2348. https://doi.org/10.1097/00006534-200006000-00004

8. Brown, J. S., Rogers, S. N., McNally, D. N., & Boyle, M. (2000). A modified classification for the maxillectomy defect. *Head & Neck, 22*(1), 17–26. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0347(200001)22:1%3C17::AID-HED4%3E3.0.CO;2-2

9. Azher, S., McGrath, R., Kamalabadi, Y. M., Tsakos, G., Sim, F., & Singh, A. (2025). Impact of rehabilitation with dental implants on the quality of life of patients undergoing maxillofacial reconstruction: A systematic review. *Quality of Life Research, 34*(1), 113–130. https://doi.org/10.1007/s11136-024-03795-w

10. Wang, F., Huang, W., Zhang, C., Sun, J., Qu, X., & Wu, Y. (2017). Functional outcome and quality of life after a maxillectomy: A comparison between an implant supported obturator and implant supported fixed prostheses in a free vascularized flap. *Clinical Oral Implants Research, 28*(2), 137–143. https://doi.org/10.1111/clr.12771

11. Aladashi, O. Q. S., Shindy, M. I., Noaman, S. A., Alqutaibi, A. Y., & Refahee, S. M. (2021). Effect of submental flap reconstruction versus obturator rehabilitation after maxillectomy on quality of life: A randomized clinical trial. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 50*(9), 1156–1160. https://doi.org/10.1016/j.ijom.2020.12.008

12. Moreno, M. A., Skoracki, R. J., Hanna, E. Y., & Hanasono, M. M. (2010). Microvascular free flap reconstruction versus palatal obturation for maxillectomy defects. *Head & Neck, 32*(7), 860–868. https://doi.org/10.1002/hed.21264

13. Stilwell, C., Jung, R. E., Beuer, F., Brunello, G., Cha, J., Chua Keng Ling, J., … Zitzmann, N. U. (2026). Consensus report of Group 4 of the 1st Global Consensus for Clinical Guidelines for the Rehabilitation of the Edentulous Maxilla: Conventional dentures, implant overdentures and implant-supported fixed dental prostheses. *Clinical Oral Implants Research, 37*(Suppl. 30), S81–S107. https://doi.org/10.1111/clr.70069

14. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. (2023). *Parameters of care: AAOMS clinical practice guidelines for oral and maxillofacial surgery* (7th ed.). https://members.aaoms.org/personifyebusiness/AAOMSStore/Product-Details/productId/77216029

15. D'Alpaos, D., Badiali, G., Ceccariglia, F., Nosrati, A., & Tarsitano, A. (2026). Use of CAD/CAM workflow and patient-specific implants for maxillary reconstruction: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 15*(2), 647. https://doi.org/10.3390/jcm15020647

16. Tesic, M., Cankovic, M., Jevtic, M., & Stevanovic, D. (2020). Validation of the oral health impact profile-14 in patients with head and neck cancer. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 25*(6), e739–e744. https://doi.org/10.4317/medoral.23682

17. Parkar, S., & Sharma, A. (2022). Validation of European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and Neck Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-H&N35) across languages: A systematic review. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 74*(Suppl. 3), 6100–6107. https://doi.org/10.1007/s12070-021-02766-z

18. Cracchiolo, J. R., Klassen, A. F., Young-Afat, D. A., Albornoz, C. R., Cano, S. J., Patel, S. G., Matros, E. (2019). Leveraging patient-reported outcomes data to inform oncology clinical decision making: Introducing the FACE-Q Head and Neck Cancer Module. *Cancer, 125*(6), 863–872. https://doi.org/10.1002/cncr.31900

19. Macias, D., Hand, B. N., Pipkorn, P., Williams, A. M., Chang, S. S., Zenga, J., … Graboyes, E. M. (2021). Association of Inventory to Measure and Assess imaGe Disturbance – Head and Neck (IMAGE-HN) scores with clinically meaningful body image-related distress among head and neck cancer survivors. *Frontiers in Psychology, 12*, 794038. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.794038

20. Passchier, E., Stuiver, M. M., van der Molen, L., Kerkhof, S. I. C., van den Brekel, M. W. M., & Hilgers, F. J. M. (2016). Feasibility and impact of a dedicated multidisciplinary rehabilitation program on health-related quality of life in advanced head and neck cancer patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 273*, 1577–1587. https://doi.org/10.1007/s00405-015-3648-3

Дата першого надходження рукопису до видання: 25.08.2026
Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 22.09.2026
Дата публікації: 11.11.2026