

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Резекция челюстей проводится по поводу различных новообразований, а устранение ее последствий осуществляется в основном путем протезирования. При этом, наряду с утратой непрерывности зубного ряда, нарушаются практически все основные функции зубочелюстной системы: жевание, глотание, речь, внешний вид. Целью протезирования при такой патологии является восстановление утраченных функций, но нередко это бывает проблематичным из-за сложных клинических условий.

Протезирование после экономной резекции нижней челюсти или после костной пластики проводится через 7–8 месяцев после операции, когда происходит полное приживание трансплантата. Особенности протезирования связаны с необычной формой протезного ложа и наличием рубцов на слизистой оболочке. Протезное ложе на стороне резекции, как правило, представляет собой узкий гребень. Между здоровой стороной и трансплантатом имеется ступенька, а оставшиеся зубы расположены высоко от поверхности протезного ложа. Слизистая оболочка дна полости рта над трансплантатом соединена с переходной складкой преддверия, которая при движениях языка и губ легко перемещается и натягивается над искусственным гребнем. Базис съемного протеза в этих случаях имеет большой объем, а трансплантат не приспособлен к восприятию жевательного давления [1].

Основной трудностью является фиксация протеза и сохранение оставшихся зубов. Чем больше костный дефект и меньше оставшихся зубов, тем труднее решить эту задачу. Съемный протез, лишенный опоры, с одной стороны превращается в рычаг первого типа с точкой вращения в области края кости, что дает излишнее напряжение в месте костных швов. Нередко манипуляции затрудняются из-за ограничения движений в височно-нижнечелюстных суставах.

При резекции половины нижней челюсти с одномоментной костной пластикой необходимо решать следующие задачи: 1) замещение костного изъяна (недостающий объем костной ткани чаще



Карасева В.В.

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург, ortoped_stom@mail.ru

Резюме

Улучшение качества жизни онкологических больных после оперативного лечения является весьма актуальным, поскольку во время операции производится резекция не менее половины нижней челюсти. Ортопедическая реабилитация и повышение ее эффективности таких пациентов остается одной из наиболее важных проблем современной стоматологии.

На примере клинических случаев описаны некоторые пути решения данной проблемы.

Ключевые слова: челюстно-лицевое протезирование, резекция нижней челюсти, пострезекционный протез.

REHABILITATION OF CANCER PATIENTS AFTER HALF RESECTION OF THE MANDIBLE WITH USING DENTAL PROSTHETICS

Karaseva V.V.

The summary

Improving quality of life of cancer patients after surgery is very relevant, because during the operation is performed resection of at least half of the lower jaw, orthopedic rehabilitation and improvement of its effectiveness in such patients remains one of the most important problems of modern dentistry.

On the example of clinical cases are described some ways to solve this problem.

Keywords: maxillofacial prosthetics, resection of the mandible, post-resection prosthesis.

восполняется остеосинтезом титановой пластинкой); 2) восстановление утраченных функций: внешнего вида, речи, глотания, жевания; 3) сохранение оставшихся зубов; 4) сохранение жизнеспособности костного трансплантата [2].

Современные технологии протезирования позволяют в значительной мере успешно решать поставленные задачи, но поиск новых методов ортопедической реабилитации онкологических больных после резекции челюстей по сей день продолжается. Большие надежды в решении данной проблемы связаны со специальной хирургической подготовкой полости рта, способной улучшить условия для фиксации протезов.

Приведенные ниже клинические случаи – убедительное тому подтверждение. И хотя пациенты совершенно разные люди (19-летний юноша, зрелая женщина 52 лет и 31-летний молодой мужчина), объединил их один диагноз – фиброзная дисплазия тела нижней челюсти.

Случай 1. Пациент Б., 19 лет: резекция половины нижней челюсти справа. Была проведена операция с одновременным остеосинтезом титановой пластинкой. На сохранившемся фрагменте челюсти без смещения осталось 4 зуба: 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 (рис. 1). Беззубый альвеолярный отросток представляет собой низкий узкий гребень, покрытый тонкой слизистой оболочкой без признаков воспаления (рис. 2).

Обычно с целью сохранения зубов от перегрузки рекомендуется шинирование их блоком искусственных коронок. Нами, учитывая молодой возраст пациента (широкая пульповая камера и, как следствие, необходимость предварительного депульпирования зубов), был изготовлен частичный съемный протез с металлическим базисом и цельнолитыми опорноудерживающими кламперами, которые шинировали зубы (рис. 3). Отливка каркаса проводилась на дублированной модели. По сравнению с пластмассовым базисом, данная технология дает идеальное (без зазоров) прилегание металлического базиса к зубам с оральной стороны, уменьшает объем протеза за счет меньшей толщины, а также снижает риск поломки базиса вследствие повышенной прочности металла. Цельнолитые опорноудерживающие кламперы, помимо шинирующего эффекта, предотвращают некроз эмали, который часто возможен при использовании гнутых проволочных кламмеров на интактных зубах (особенно в молодом возрасте), поскольку имеют плоскостное расположение по поверхностям зубов. Но наиболее актуальным является наличие окклюзионных накладок, распо-

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

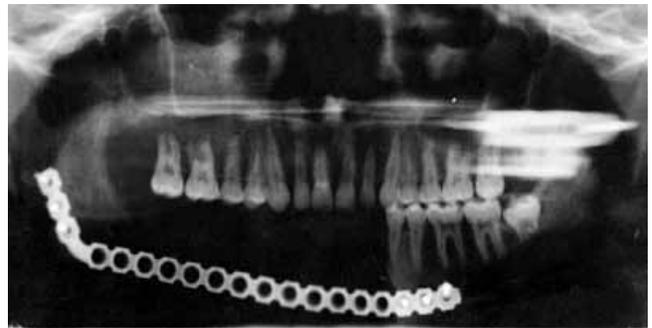


Рис. 1. Ортопантограмма больного Б. на момент обращения



Рис. 2. Клиническая картина в полости рта больного Б. (после эпителизации послеоперационной раны)



Рис. 2. Общий вид готового протеза



Рис. 4. Клиническая картина больного Б. (протез фиксирован в полости рта)

ложенных в фиссурах зубов. Эти накладки делают такую конструкцию полуфизиологической, против нефизиологического классического пластиночного протеза с опорой на гнутые проволочные клампера (по Румпелю), поскольку частично передают жевательное давление через пародонт, т.е. естественным путем, способствуя разгрузке и тем самым сохранению жизнеспособности костного трансплантата (рис. 4).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

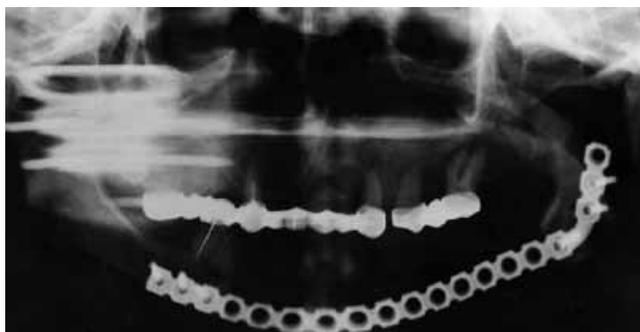


Рис. 5. Ортопантограмма больной Х. на момент обращения



Рис. 6. Клиническая картина больной Х. на момент обращения



Рис. 7. Клиническая картина больной Х. с литой культевой штифтовой вкладкой и аттачменом на 4.3 зубе



а



б

Рис. 8. Вид готового протеза на н/ч (а – изнутри, б – снаружи)



Рис. 9. Клиническая картина больной Х. (протез фиксирован в полости рта – при широком открывании протез не смещается)

Кроме того, для предупреждения повреждения слизистой оболочки от повышенного давления протеза, в области границы остеотомии на модели была сделана изоляция (по типу изоляции торуза). Искусственные зубы на больной стороне в целях профилактики блокирующих контактов сделаны с символ-буграми и поставлены с минимальным перекрытием в легком контакте с антагонистами.

Пациент после незначительных необходимых коррекций быстро адаптировался к изготовленным протезным конструкциям.

Случай 2. Пациентка Х., 52 года: резекция половины нижней челюсти слева. Проведена операция с одновременным остеосинтезом титановой пластинкой (рис. 5). Клиническая картина усугубляется тем, что из-за невозможности перед операцией предварительной профилактики смещения здорового фрагмента челюсти за счет межчелюстной фиксации зубов он сместился кнутри и значительно наклонился в язычную сторону. Единственный зуб 4.3 при этом занял практически горизонтальное положение (рис. 6). В процессе протезирования предстояло решить те же задачи, что и в предыдущем случае, но прогноз на хорошую фиксацию протеза представлялся весьма проблематичным.

На оставшийся зуб 4.3 изготовили литую штифтовую вкладку с шаровидным (кнопочным) аттачменом. При этом на этапе установления головки возможна переориентация его оси относительно оси корня до 30° (рис. 7). Затем был изготовлен перекрывающий полный съемный протез (рис. 8). Такая конструкция имеет ряд преимуществ:

во-первых, укорочение внешней части зуба изменяет соотношение вне- и внутриальвеолярной частей в пользу последней, что способствует устойчивости зуба, т.к. исключается внешнее воздействие на него;

во-вторых, «кнопочная» фиксация дает ощутимый эффект хорошей фиксации протеза;

в-третьих, такая конструкция позволяет изготовить полный съемный покрывной протез, исключая наличие искусственных коронок, что делает работу более эстетичной;

в-четвертых, а в нашей ситуации это, пожалуй, основное, стало возможным беспрепятственное наложение протеза в полости рта.

Использование литой штифтовой вкладки с аттачменом на зуб 4.3 для фиксации полного съемного протеза в значительной мере оправдало наши надежды. Пациентка осталась довольна полученным результатом (рис. 9).

Случай 3. Пациент Я., 32 года: резекция половины нижней челюсти справа. Вначале была проведена операция с одновременным остеосинтезом титановой пластиной, а спустя год в г. Москве проведена уникальная операция – пластика тела нижней челюсти с помощью аутотрансплантата (рис. 10). С этой целью использовали костно-мышечно-кожный фрагмент голени с сохранением магистральных питающих сосудов (рис. 11). Для восстановления утраченных функций (жевания, эстетики и т.д.) на данном этапе необходимо временное протезирование. В дальнейшем ортопедическое лечение планируется после проведения имплантации зубов.

При осмотре полости рта на нижней челюсти справа обнаруживается обширное мягкое подвижное образование белесого цвета, которое первоначально даже было принято за марлевый тампон. С момента операции прошло несколько месяцев, и признаков воспаления не выявлено (рис. 12).

Пациент уже адаптировался к наличию инородного тела в полости рта, хотя существенным недостатком отмечает необходимость удалять отрастающие на коже во рту волосы. Со временем рост волос на трансплантате прекратится из-за неподходящей для этого среды (ротовая жидкость с кислотностью около 7,0; температура около 37°C и воздействие пищевыми массами с определенной дисперсностью и т.д.). Межчелюстная фиксация перед операцией была проведена, поскольку на сохранившемся фрагменте челюсти остались 4 зуба: 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 без смещения.

Клиническая картина у данного пациента существенно отличается от состояния послеоперационных беззубых отростков предыдущих пациентов (см. рис. 2, 6, 7), но задачи протезирования остаются прежними.

Сложности изготовления начались с этапа получения оттисков. Потребовалось изготовление индивидуальной ложки на нижнюю челюсть. Для предотвращения смещения и оказания минимального давления на трансплантат в его области индивидуальную ложку перфорировали перед введением с оттискной массой (рис. 13).

Был изготовлен съемный пластиночный протез с пластмассовым базисом и с цельнолитыми опорно-удерживающими кламмерами (рис. 14). Такие кламмеры выполняют ту же функцию, что и в первом клиническом случае, описанном выше: опираются на зубы, амортизируют давление на костный шов и трансплантат, способствуют хорошей фиксации протеза (рис. 15). Перекрывающий трансплантат пластмассовый базис значительно увеличивает объем протеза, что значительно

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3



Рис. 10. Ортопантомограмма больного Я. на момент обращения



Рис. 11. Место взятия на ноге аутотрансплантата



Рис. 12. Клиническая картина больного Я. на момент обращения (костно-мышечно-кожный аутотрансплантат на нижней челюсти справа)

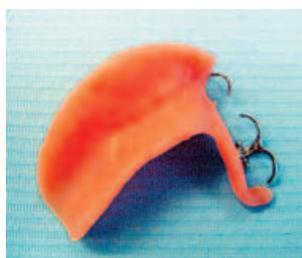


а



б

Рис. 13. Перфорированная индивидуальная ложка (а) и функциональный оттиск нижней челюсти (б)



а



б

Рис. 14. Вид готового протеза на нижнюю челюсть (а – изнутри, б – снаружи)

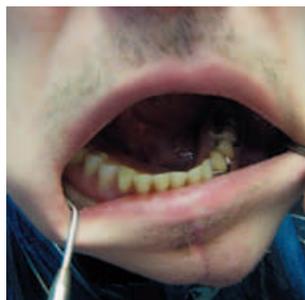


Рис. 15.
Клиническая картина
больного Я. – протез
фиксирован в полости рта
(при широком открывании
протез не смещается)

затрудняет введение протеза в полость рта. Но после неоднократно повторяемых попыток определения правильного пути введения протеза пациент справился с этой проблемой.

Внезапное осознание себя больным («страшный» диагноз ставится, как правило, неожиданно), перечисленные выше значительные нарушения функций, а также выпадение из общего ритма жизни вследствие длительного радикального лечения не могут не сказаться и на эмоциональном статусе пациентов. Опосредованно страдает и психика.

Заключение

Проведенное ортопедическое лечение данных пациентов благодаря использованию современных технологий в значительной степени позволило решить поставленные задачи. Фиксация протезов, несмотря на небольшое количество оставшихся зубов во всех случаях, удовлетворительная. Отмечается отсутствие смещения протезов при значительном открывании полости рта (рис. 4, 9, 15). В результате – улучшился внешний вид пациентов, восстановились жевание, речь и особенно повысилось психо-эмоциональное состояние. Молодой человек планирует продолжить обучение в колледже, пациентка – выйти на прежнее место работы, мужчине же предстоит более долгий путь реабилитации. Через несколько лет ему будет продолжена московскими специалистами хирургическая подготовка к протезированию и созданы условия для изготовления нового протеза с фиксацией на имплантаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жулев Е.Н., Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология. Пособие для врачей: М. МИА, 2008. – 156 с.
2. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. – Уч. СПб: Фолиант, 2002.



DIRECTA
Design by Dentists



ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ



 Отличные инструменты с высокопрочной рабочей частью позволяют удалять зубы и корни без риска повреждения или отлома кончика инструмента

 Применение Люксаторов предпочтительно при удалении зубов для минимизации травмы

 Удобные эргономичные ручки



Закрытое акционерное общество «СС ВАЙТ»
ТЕЛЕФОН: (495) 730-51-23, 952-23-51, 952-57-04, 952-01-47
ФАКС: (495) 952-04-80

E-mail: info@sswhite.ru
WWW.SSWHITE.RU