

Особенности протезирования после хирургического лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны

Нуриева Н.С., к.м.н., кафедра стоматологии Челябинской государственной медицинской академии, отделение опухолей головы и шеи Челябинского окружного клинического онкологического диспансера, г. Челябинск

Features of prosthetics after surgical treatment zlokachest-vennyh tumours oro-faringealnoj zones

Nurieva N.S.

Резюме

Описываются основные особенности, затрудняющие ортопедическую реабилитацию пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу злокачественных опухолей челюстных костей.

Ключевые слова: дефекты челюсти, костная пластика, комплексная реабилитация, ортопедическое лечение

Summary

The basic features complicating orthopedic rehabilitation of patients, transferred surgical treatment in occasion of malignant tumours of maxillary bones are described.

Keywords: defects of a jaw, bone plastic, complex rehabilitation, orthopedic treatment

В лечении опухолей верхней и нижней челюсти, исторический приоритет по праву принадлежит хирургии. Хирургическое лечение рака данной локализации имеет древнюю историю, которая подробно изложена в работах А.А. Эпштейна (1935), Е.Г. Вишняковой (1950), В.Г. Ходжаева (1966). Впервые, частичную резекцию верхней челюсти произвел Saliseto в 1279 году. Полное удаление верхней челюсти произведено Gensoul в 1827 году в Лионе. В России, резекция верхней челюсти сделана И.В. Буяльским в 1843 году. В 1910 году, Черин впервые сделал электрорезекцию верхней челюсти. К сожалению, низкий процент излеченных (10-15%), свидетельствовал о малой эффективности хирургического лечения. В настоящее время в большинстве случаев при раке челюстных костей выбор варианта лечения первичной опухоли лежит между лучевой терапией, операцией или их комбинацией [1]. Операция остается основным методом лечения у больных с рецидивом опухоли. При проведении хирургического лечения, хирург должен точно оценить распространенность опухоли, что особенно важно при планировании последующей стоматологической реабилитации, так как даже после излечения ракового процесса эти больные испытывают психическую и физическую неполноценность. Они самоизолируются, замыкаются в себе [2]. При лечении таких больных необходимо соблюдать 2 принципа: вылечить больного и восстановить функции резецированного орга-

на [3]. Эффективность проведенного лечения у данной категории больных определяется как длительностью, так и качеством их жизни. Несомненные успехи современной реконструктивной пластической челюстно-лицевой хирургии в течение последних десятилетий приводят к неуклонному совершенствованию методов костнопластического восстановления дефектов челюстей, возникших в результате проведения вышеописанных операций [4]. Костная пластика является одним из важнейших моментов, который закладывает основу для восстановления функции резецированного органа. И, тем не менее, даже после успешно выполненных реконструктивных операций, у большинства пациентов в большей или меньшей степени сохраняются нарушения жизненно важных функций - дыхания, глотания, жевания, артикуляции и внешнего вида, что в первую очередь связано с отсутствием в восстановленном участке зубов [5]. Для завершения успешной реабилитации пациентов, необходимо адекватное восстановление функций жевания, речи и эстетического оптимума, что возможно осуществить силами комплексного челюстного протезирования [6]. Традиционные методы ортопедической реабилитации больных после костно-пластических операций, включают в себя: протезирование пациентов съёмными пластинчатыми протезами; изготовление бюгельных протезов (с различными вариантами фиксации) [7]. Однако, следует обратить внимание, что зачастую у большинства таких пациентов наблюдается недостаточное для достижения прочной фиксации количество естественных опорных зубов или неблагоприятное их расположение. К примеру, при операциях на нижней челюсти, как правило, возникает концевой дефект зубного ряда, большой протяженности, и зачастую изменяется ось наклона

Ответственный за ведение переписки -
Наталья Сергеевна Нуриева
г. Челябинск. Ул. Свободы 145а-134 (454091)
e-mail: natakira@mail.ru



Рис. 1. ОПТГ пациента К. после восстановления непрерывности нижней челюсти титановыми мини-пластинами, и установкой мини-дентальных имплантатов.

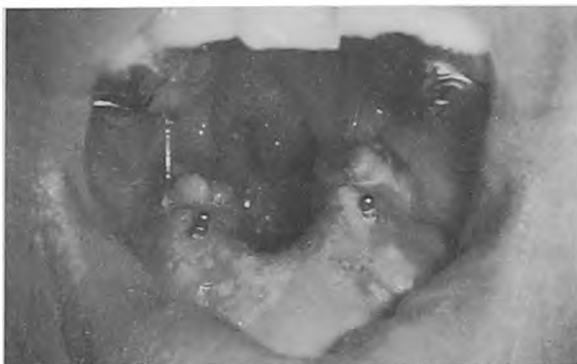


Рис. 2. Установка мини-имплантатов в «сформированную» нижнюю челюсть, для улучшения стабилизации съемного протеза



Рис. 3. Перебазировка частичного съемного пластиночного протеза, непосредственно в полости рта, после установки мини-дентальных имплантатов.

оставшихся опорных зубов. Поэтому у многих пациентов бывает практически невозможным добиться хорошей фиксации и стабилизации протеза [8]. Проводимая костная пластика восстанавливая непрерывность нижней челюсти, однако, абсолютно не решает вопроса формирования протезного ложа. Удачная ортопедическая реабилитация классическими вариантами ортопедических конструкций не всегда возможна. Достижения современной медицины предлагают решить данную проблему, благодаря использованию мини-дентальных имплантатов для комплексной реабилитации больных после костно-реконструктивных операций на челюстных костях. Мини-дентальные им-

плантаты, в этом случае, рассматриваются, как биомеханический способ фиксации съемных протезов на верхней или нижней челюсти. Они расширяют возможности протезирования в сложных клинических ситуациях при челюстно-лицевом протезировании [3]. Однако костная пластика челюстей в обязательном порядке требует применения надежных средств остеосинтеза, таких как система прочных титановых мини-пластин, которые могут привести к искажению контуров тела челюсти, снижению эстетики и неправильному положению имплантатов, осложнить в итоге протезирование [рисунки 1,2,3]

Таким образом, после костной пластики возникают определенные особенности, осложняющие сам процесс протезирования. В зависимости от протяженности и локализации дефекта, особенностей оперативного вмешательства у больных может наблюдаться: неудовлетворительное состояние протезного ложа - заниженная высота прикрепления слизистой оболочки, либо, при сочетании с пластикой мягкими тканями, её замещение кожей, на вершине гребня альвеолярного отростка часто располагаются подвижные складки и рубцы, которые не могут служить полноценной опорой для базиса съемного протеза, т.к. последним легко ущемляются и вызывают хроническую травму. Еще одной особенностью является рубцовое подтягивание языка к телу челюсти. Вследствие этого язык может закрывать собой протезное ложе, не оставляя места для протеза. Область трансплантата, часто имеет меньшую, чем нормальная челюсть, ширину и высоту. Недостаточная высота использованного трансплантата обуславливает необходимость восстановления протезом по высоте как зубов, так и альвеолярного отростка, что несомненно приводит к снижению эстетического оптимума, тем более, что у отдельных больных от челюстно-лицевого протеза требуется и восстановление нарушенных контуров нижней трети лица, а расширение границ протеза в вестибулярном направлении увеличивает

ет вывихивающий момент протеза. Ортопедическое лечение пациентов с опухолями челюстных костей проводится после завершения хирургического лечения в соответствии с конкретной клинической ситуацией (топография дефекта, наличие или отсутствие зубов, состояние окружающих мягких тканей, эстетические аспекты). Временной интервал между первичной операцией с пластикой челюстей, должен быть достаточно продолжительным, что приводит к функциональным изменениям в жевательных мышцах и нервном аппарате их. У большинства пациентов, особенно после лучевой терапии, наблюдается ограниченное открывание рта из-за рубцовых контрактур. Исключение из функции части жевательных мышц может привести к развитию устойчивого латерального или сагит-тального смещения челюсти, что создаст дополнительные трудности. Обязательным условием реконструктивного протезирования следует считать необходимость исключения в конструкции челюстно-лицевого протеза участков, которые могут стать источником хронической травмы окружающих тканей, что особенно важно при изготовлении пострезекционных протезов. Кроме системы мини дентальных имплантатов, для фиксации съемных протезов могут применяться сферические аттачменты, балочная система, телескопическая система, магнитное крепление. ■

Литература:

1. Битюцкий, П. Г. Новые способы хирургической реабилитации при раке слизистой полости рта; П.Г.Битюцкий, Е.И.Трофимов. Актуальные вопросы онкологии: материалы междунар. симпозиума. - СПб., 1996. - С.152-154.
2. Казаков, С.В. Ортопедическое лечение больных с дефектами челюстей. Экспериментально-клинические исследования: Дис. ...канд.мед. наук; С.В.Казаков. - Пермь, 2004. - 159с.
3. Кислых, Ф.И. Лечение больных с дефектами челюстных костей; Ф.И. Кислых, Г.И. Рогожников, М.Д.Кацнельсон, Н.Б. Асташина, В.В. Ком-лев.- Н.Новгород, 2007.-194с.
4. Фех, А.Р. Современные технологии диагностики, планирования и прогнозирования реконструктивно-пластических операций в челюстно-лицевой области; А.Р.Фех. Рос. стоматологический журн. - 2003. - № 4. -С.43-46.
5. Чиссов, В.И. Непосредственные результаты комбинированных реконструктивно-пластических операций при лечении местнораспространенных злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны; В.И. Чиссов И.В.Решетов, С.А.Кравцов и др. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2001. - №1. - С.10.
6. Glass-fibre-reinforced-composite fixed partial dentures on dental implants. M. Behr, M. Rosentritt, R. Lang, C. Chazot & G. Handel Journal of Oral Rehabilitation Volume 28 Issue 10 Page 895 - October 2001
7. Oral rehabilitation with implant-retained prostheses following ablative surgery and reconstruction with free flaps; Chan M.F, Hayter J.P, Cawood J.I, Howell R.A. Int J Oral Maxillofac Implants 1997 Nov-Dec;12(6):820-7
8. Reconstruction of the mandible with osseous free flaps: a 10-year experience with 150 consecutive patients; Cordeiro P.G, Disa J.J, Hidalgo D.A, Hu Q.Y. Plast Reconstr Surg 1999 ;Vol:104 Issue 5 Page 1314-October 1999