

Особенности протезирования больного после резекции угла нижней челюсти

В. В. Карасева

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

Резекция челюстей проводится по поводу различных новообразований, а устранение ее последствий осуществляется в основном путем протезирования. Целью протезирования при такой патологии является восстановление утраченных функций, но нередко это бывает проблематичным из-за сложных клинических условий. Особенности протезирования больных зависят от величины и локализации дефекта, от состояния оставшихся зубов, от степени открывания рта и наличия или отсутствия рубцовых изменений мягких тканей, окружающих дефект. Изучены методы и особенности ортопедического лечения пациентов с резекцией нижней челюсти. На примере клинического случая освоены этапы изготовления резекционного протеза с цельнолитым металлическим базисом, отлитым на дублированной модели, пациенту после левосторонней резекции угла нижней челюсти. Проведена оценка результатов проведенного ортопедического лечения.

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

Резекция челюстей проводится по поводу различных новообразований, а устранение ее последствий осуществляется в основном путем протезирования. Целью протезирования при такой патологии является восстановление утраченных функций, но нередко это бывает проблематичным из-за сложных клинических условий. Особенности протезирования больных зависят от величины и локализации дефекта, от состояния оставшихся зубов, от степени открывания рта и наличия или отсутствия рубцовых изменений мягких тканей, окружающих дефект. Немалое значение для качества протезирования, как в функциональном, так и в эстетическом плане имеет расположение костного трансплантата. Весьма важно, чтобы он занимал место прежней альвеолярной дуги не только в вертикальном, но и сагиттальном и трансверзальном направлениях, поскольку смещение костного трансплантата вперед, назад или в сторону создает трудности в обеспечении правильных взаимоотношений между зубными рядами [1].

При резекции половины нижней челюсти с одномоментной костной пластикой необходимо решать следующие задачи [2]: 1) замещение костного изъяна (недостающий объем костной ткани чаще восполняется остеосинтезом титановой пластинкой.); 2) восстановление внешнего вида, речи, глотания и жевания; 3) сохранение оставшихся зубов;

4) сохранение жизнеспособности костного трансплантата.

Протезирование проводится после эпителизации раневой поверхности. Основной трудностью является фиксация протеза и сохранение оставшихся зубов. Чем больше костный дефект и меньше оставшихся зубов, тем труднее решать эту задачу. Современные технологии протезирования позволяют в значительной мере успешно решать поставленные задачи. Приведенный ниже клинический случай — убедительное тому подтверждение.

В клинику кафедры ортопедической стоматологии из онкологического диспансера г. Екатеринбурга был направлен пациент П., 67 лет на протезирование после резекции угла и половины нижней челюсти слева.

Анамнез: годом раньше пациент П., отдыхая у родственников в другом городе, обратился к стоматологу по поводу протезирования зубов. Там ему восстановили целостность зубного ряда верхней челюсти (изготовили мостовидный металлокерамический протез с опорами на 1.6; 1.5; 1.1; 2.3; 2.5 зубы). В протезировании на нижней — отказали, поскольку обнаружили уплотнение величиной с горошину в области угла челюсти слева и рекомендовали по возвращении домой обратиться к хирургу-стоматологу. После соответствующего обследования пациенту был поставлен диагноз: доброкачественная опухоль — фиброзная дисплазия тела и угла нижней челюсти. При резекции половины нижней челюсти с сохранением ветви возможна одномоментная костная пластика. Больному П. была проведена операция: резекция половины и угла нижней челюсти слева с сохранением небольшого фрагмента ветви, что сделало

В. В. Карасева — к. м. н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

возможным одномоментную костную пластику титановой пластинкой (см. цв. вкладку рис. 1).

На сохранившемся фрагменте челюсти осталось 6 передних зубов (4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3). Для профилактики смещения отломков челюсти, до операции их необходимо фиксировать межчелюстной тягой. В данном случае этого не было сделано, поскольку на нижней челюсти оставшиеся передние зубы и большие концевые дефекты (1 класс по Кеннеди), а также наличие металлокерамического протеза на верхней челюсти — делали эту задачу весьма затруднительной. В результате отмечается смещение центральной рецезовой линии н/ч влево и, как следствие, асимметрия лица. Помимо этого, у пациента отмечалось затрудненное (не в полном объеме) открывание полости рта (см. цв. вкладку рис. 2). Значительно затруднялись манипуляции в полости рта из-за имеющейся двухсторонней деформации зубного ряда верхней челюсти, которая не была устранена ортопедом в ходе недавнего протезирования.

Обычно с целью сохранения зубов от перегрузки, рекомендуется шинирование их коронками. Нами, учитывая топографию и состояние оставшихся зубов (увеличенные клинические коронки из-за обнажения корней, подвижность 1-2 ст.), и состояние пародонта (плохая гигиена, пародонтит) пришлось, наряду с проведением профессиональной гигиены полости рта, предварительно депульпировать зубы. Это было необходимо для последующего укорочения зубов на нижней челюсти, т.е. для приведения в соответствие вне- и внутри альвеолярных частей зубов.

Учитывая все это, шинирование зубов проводилось паяной шиной, поскольку манипуляции в полости рта, особенно снятие оттисков при изготовлении штампованных коронок значительно проще и менее травматично для трансплантата и пациента, чем при изготовлении цельнолитых коронок (см. цв. вкладку рис. 3). Поскольку снятие оттисков стандартными ложками осложнялось затрудненным открыванием рта, были изготовлены индивидуальные ложки для верхней и нижней челюстей, которые значительно облегчили эту задачу.

Затем был изготовлен частичный съемный протез с металлическим базисом из кобальтхромового сплава и цельнолитыми перекидными опорноудерживающими кламмерами, которые дополнительно шинировали зубы. 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 (см. цв. вкладку рис. 4).

Цельнолитые опорноудерживающие кламмера имеют плоскостное расположение по поверхностям зубов и помимо шинирующего эффекта и хорошей фиксации, делают частичный протез полужизнилогическим, по сравнению с нефизиологическим классическим пластиночным (по Румпелю). Наличие окклюзионных накладок, расположенных в межзубных промежутках частично передают жевательное давление через пародонт, т.е. естественным путем, способствуя разгрузке и тем самым сохранению жизнеспособности костного трансплантата (см. цв. вкладку рис. 5).

Кроме того, для предупреждения повреждения слизистой оболочки от повышенного давления протеза по границе остеотомии, в этом месте на модели была сделана изоляция. Искусственные зубы на большой стороне в целях профилактики блокирующих контактов были поставлены с минимальным перекрытием, закругленными буграми и в легком контакте с антагонистами. Пациент после незначительных необходимых коррекций быстро адаптировался к протезу (см. цв. вкладку рис. 6).

В процессе привыкания пациент был обучен рациональному введению протеза в полость рта и даны рекомендации по правильному уходу за полостью рта и протезом.

Улучшение качества жизни онкологических больных после оперативного лечения на нижней челюсти является весьма актуальным, поскольку во время операции производится резекция не менее половины челюсти. При этом наряду с утратой непрерывности зубного ряда нарушаются практически все основные функции зубочелюстной системы: жевание, глотание, речь, внешний вид. 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.

Проведенное ортопедическое лечение данного пациента благодаря использованию современных технологий в значительной степени позволило решить поставленные задачи. Фиксация протезов, несмотря на небольшое количество оставшихся зубов, удовлетворительная. Отмечается отсутствие смещения протеза при значительном открывании полости рта. В результате — улучшился внешний вид пациента, восстановились жевание, речь и, особенно важно, повысилось психо-эмоциональное состояние (см. цв. вкладку рис. 7).

Литература

1. Костур Б. К., Миняева В. А. Челюстно-лицевое протезирование. Л. Медицина, 1985; 49-52.
2. Трезубов В. Н., Щербаков А. С., Мишнев Л. М. Ортопедическая стоматология. Уч. СПб: Фолиант, 2002; 540-541.

Рисунки к статье В. В. Карасевой
«Особенности протезирования больного после резекции угла
нижней челюсти», стр. 101.



Рисунок 1.
Ортопантограмма б-го П. (на момент обращения)

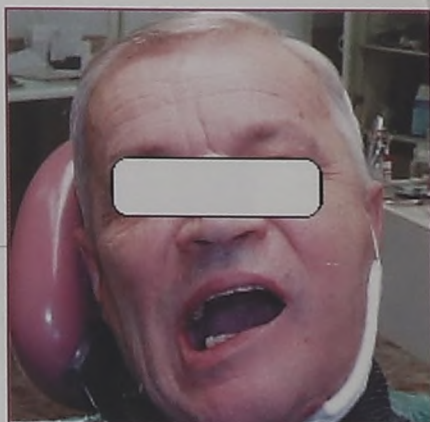


Рисунок 2.
Внешний вид б-го П. (асимметрия лица, затрудненное открывание рта)



Рисунок 3.
Шинирование оставшихся зубов несъемной паяной шиной



Рисунок 6.
Фиксация съемного протеза в полости рта



Рисунок 4.
Цельнолитой каркас съемного протеза на модели



Рисунок 5.
Внешний вид готового протеза



Рисунок 7.
Внешний вид б-го П. после ортопедического лечения