УДК: 615.477.2, 004.6

Х.М. Жест, В.З.Карасева

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра ортопедической стоматологии

Больные со злокачественными опухолями составляют 6,6% в общей структуре онкологической заболеваемости. В 60-70% поражается верхняя челюсть [1]. До настоящего времени основным методом лечения злокачественных новообразований верхней челюсти остается оперативное удаление опухоли, что сопровождается тяжелыми нарушениями функций речи, жевания, глотания, а также снижением слуха и зрения.

Ортопедическая помощь больным, перенесшим резекцию верхней челюсти, занимает одно из основных мест в комплексном лечении, как на этапах хирургического лечения, так и в последующие периоды жизни больного.

На протезирование возлагаются такие задачи, как разобщение полости рта от полости носа, восстановление функции жевания, дыхания, речи, устранение послеоперационных нарушений при создании условий для динамического наблюдения за ходом раневого процесса.

Нами было проведено протезирование 60 больным, прооперированным по поводу злокачественных новообразований верхней, из них большую часть составляли мужчины - 37 человек (62%), преимущественно в возрасте 50-70 лет; женщин было 29 человек (38%).

В плане ортопедической реабилитации больных, перенесших резекцию верхней челюсти, принята 3-х этапная методика протезирования. В дооперационном периоде всем больным были изготовлены непосредственные протезы, которые были наложены на операционном столе по окончании операции. Через 2-3 недели уточняли обтурирующую часть протеза все полости рта быстротвердеющей пластмассой. Окончательный протез изготавливали через 2-3 месяца. Большое значение в функциональной ценности протеза-обтуратора имеет способ его фиксации. Мы применяли фиксацию проволочными кламмерами при наличии достаточного количества опорных зубов, при одиночно стоящих зубах на здоровой челюсти применяли для фиксации телескопические коронки. Трудную задачу представляла фиксация протеза-обтуратора при отсутствии зубов на здоровой челюсти и после удаления обеих верхних челюстей. В этих случаях фиксацию протеза осуществляли за счет мягких тканей, окружающих дефект челюсти.

Основными требованиями, предъявляемыми к протезам-обтураторам после резекции верхней челюсти, являются восстановление функции жевания, глотания, речи, эстетических нарушений, хорошая фиксация на челюсти и максимально легкий вес, простота изготовления и хорошая гигиеничность.

В известных методиках изготовления облегченных протезов-обтураторов применяется быстротвердеющая пластмасса, которая из-за пористости водопоглощаемости приводит к бактериальной загрязненности протеза, нарушая его гигиеничность, а в полостях, созданных для уменьшения массы протеза, наблюдается скопление жидкости с неприятным запахом. Кроме того, протезы-обтураторы, изготовленные по известным методикам, трудоемки или требуют специального оборудования. Мы предло-

жили методику изготовления облегченных протезов-обтураторов после резекции верхней челюсти, состоящую из следующих клинико-лабораторных этапов:

1.(Снятие слепка с верхней челюсти альгинатными массами (стомальгин).

2. Отливка гипсовой модели.

3. На модели стенки дефекта челюсти покрываем размягченным базисным воском толщиной 2 мм, оставляя свободным дно дефекта.

4. Жидким гипсом заполняем область дефекта, оставляя свободным край восковой манжетки по границам дефекта. Из выступающей из дефекта горки гипса моделируем альвеолярный отросток и небный скат симметрично здоровой челюсти.

5. По намеченной на модели границе протеза моделируем восковой базис с фиксирующими элементами.

6. Подготовленную таким образом модель, гипсуем в кювету обычным способом и вывариваем воск.

7. Образовавшееся пространство заполняем тестом из бесцветной пластмассы и проводим полимеризацию обычным способом.

8. Готовый пластмассовый базис достают из кюветы, обрабатывают, шлифуют, полируют.

9. Проверка, и наложение облегченного бесцветного пластмассового базиса протеза-обтуратора в полости рта. Проверяется степень обтурации дефекта челюсти.

10. На альвеолярном отростке базиса готовят восковый прикусной валик и определяют центральное соотношение челюстей. Снимают вспомогательный слепок с нижней челюсти.

11. Проводят постановку зубов в окклюдаторе.

12. Проверка постановки зубов в полости рта.

13. Замена воска на пластмассу в кювете обычным способом, протез обрабатывают, шлифуют, полируют.

14. Наложение протеза-обтуатора в полости рта.

Протезы, изготовленные по этой методике, хорошо фиксируются на челюсти даже при отсутствии зубов на здоровой челюсти (двое больных) или при резекции двух челюстей (двое больных). Благодаря созданию полой обтурирующей части без купола (крышки) и отсутствия быстротвердеющей пластмассы, такие протезы обладают хорошей гигиеничностью. Кроме того, базис протеза-обтуратора и его обтурирующая часть готовиться из бесцветной пластмассы, обладающей наибольшей индиферентностью к слизистой оболочке полости рта. По данной методике было изготовлено 10 протезов-обтураторов, наблюдения за которыми показали их высокую функциональную ценность, хорошую гигиеничность, простоту в обращении.

Наш собственный клинический опыт и данные литературы свидетельствуют о рациональности и целесообразности трехэтапного протезирования у больных раком верхней челюсти. План реабилитации обсуждается совместно с ортопедом-стоматологом после определения объема хирургического вмешательства.

Таким образом, устранение с помощью протезов-обтураторов возникших дефектов и функциональных нарушений является неотъемлемой составной частью общего выздоровления больного.

ЛИТЕРАТУРА

1.Справочник по стоматологии под ред. А.И. Рыбакова. М.: Медицина,- 1993.- 576 с.