



Ортопедична реабілітація хворих після часткової резекції щелеп

Prosthetic Rehabilitation in Cases Postoperative Defects of Maxilla and Mandible

Резюме Обґрунтовано доцільність встановлення імплантатів в обхід післяопераційного дефекту верхньої щелепи, через дефект альвеолярного відростка нижньої щелепи для естетичної та функціональної реабілітації хворих після видалення пухлини без застосування методик аугментації.

Summary Authors analyzed results experience of using long dental implants at patients with without augmentation. Presented clinical cases were selected in order to show surgical technique, which may be reason of an surgeon-stage implantation.

Ключові слова післяопераційні дефекти щелеп, одноетапні імплантати, Implife®
Key words postoperative defects of jaws, surgeon-stage implantation, Implife®

Вступ

Актуальність реабілітації хворих після видалення пухлин щелеп зумовлена високою частотою виявлення й поширеністю цієї патології (мал. 1, 2). Розширено-комбіновані оперативні втручання, пов'язані з видаленням пухлин, призводять до соціальної дезадаптації хворих, які залишаються непрацездатними, незважаючи на відсутність пухлини. Ефективність сучасних методів

лікування злоякісних пухлин щелеп проявляється в поліпшенні віддалених результатів лікування, результатів виживання, але водночас це призводить до збільшення кількості пацієнтів з великими дефектами щелеп, що негативно впливає на якість їх життя. Серйозні анатомо-функціональні розлади, післяопераційні дефекти, що спотворюють обличчя, важкі порушення функції жувального й мовного апарату заважають цим хворим психологічних

страждань. В Україні не сформовано цілісного підходу до реабілітації таких пацієнтів. Як правило, цим займаються поодинокі спеціалісти з власної ініціативи. Слід зазначити, що ортопедичні методи усунення дефектів щелеп, які утворюються після операції, не набули розвитку в сучасній стоматології. Так, дотепер усунення післярезекційних дефектів верхньої щелепи здійснюється за методикою Оксмана, розробленою ще в роки Другої світової війни. У

Мал. 1. Хвора І., 62 р. Д-з: високодиференційований плоскоклітинний рак нижньої щелепи (веррукозна форма) T4N0Mo. Зовнішній вигляд пухлини перед початком лікування. Комбінований метод лікування – телегамматерапія + видалення пухлини з частковою резекцією нижньої щелепи. Основне лікування закінчено 2004 року



Мал. 2. Хворий П., рак верхньої щелепи справа (огляд перед операцією)



Мал. 3. Рентгенограма хворого П., рак верхньої щелепи

науковій літературі відсутні посилення на застосування дентальних імплантів при подібній патології. Мета роботи – проаналізувати результати застосування дентальних імплантів Implode® при протезуванні хворих після часткових резекцій щелеп.

Матеріали та методи дослідження

Приклад 1. Хворому П., 1925 р.н., який звернувся у клініку щелепно-лицьової хірургії 2000 року, клінічно й морфологічно встановлений діагноз: високодиференційований плоскоклітинний рак верхньої щелепи T4NoMo (мал. 3, 4). Після верифікації пухлини застосовано комплексний метод лікування. На першому етапі проводилася селективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія на фоні регіонарної гіперглікемії й телегамматерапії. Через два місяці після початку лікування констатовано часткову регресію пухлинного процесу. Регіонарних метастазів не виявлено, тобто пацієнт з неоперабельних хворих переведений у групу операбельних. У результаті хірургічного лікування (часткова резекція верхньої щелепи пра-



Мал. 4. Післяопераційний дефект верхньої щелепи

воруч із видаленням пухлинного вогнища) у хворого утворився дефект правої верхньої щелепи, порожнини рота й носа виявилися сполученими (мал. 5). Дефект усунули післярезекційним протезом Оксмана через три місяці після закінчення основного лікування (мал. 6). Динамічне спостереження протягом 11 років не виявило ознак метастазування або рецидиву пухлинного процесу. Однак, на щомісячних контрольних оглядах пацієнт і далі скаржився на недостатню естетичність протеза, неповне відновлення жування, порушення мови, смакової чутливості, травмування країв дефекту. Крім цього, протез доводилося коригувати із частотою раз на 2 – 3 місяці у зв'язку з утворенням пролежнів на слизовій оболонці навколо дефекту щелепи, що власне само собою є преканцерогенним чинником і не повинно залишатися поза увагою лікарів. Варто відзначити, що ця проблема виникала у нашій практиці в усіх випадках післяопераційної ортопедичної реабілітації таких хворих за допомогою знімних протезів.

Приклад 2. Хвора І., 1949 р.н., діагноз: високодиференційований



Мал. 5. Вид пластинкового протеза Оксмана хворого П.

плоскоклітинний рак нижньої щелепи (веррукозна форма) T4NoMo (мал. 7). Застосовано комбінований метод лікування – телегамматерапія + видалення пухлини із частковою резекцією нижньої щелепи. Основне лікування закінчено 2004 року (мал. 8). Через 20 місяців після його завершення виготовлено знімний протез з урахуванням післяопераційного дефекту, користуватися яким пацієнтка не змогла. Хвора скаржилася на неможливість жування через погану фіксацію знімного протеза, хронічну травму слизової оболонки у результаті зсуву протеза у процесі функції. Корекції протеза й вико-



Мал. 6. Ортопантомограма хворої І., післяопераційний дефект нижньої щелепи



Мал. 7. Хронічна травма слизової оболонки під знімним протезом хворої І.



Мал. 8. Ковпачки виконують захисну функцію і формують ясенний край



Мал. 9. Лунки видалених зубів, хворий П.



Мал. 10. Імпланти встановлені в лунки видалених зубів



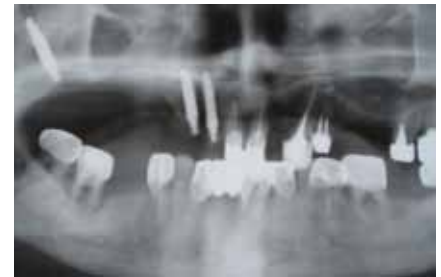
Мал. 11. Імплантат у горбово-крилоподібній ділянці



Мал. 12. Некроз навколо шийки дистального імплантату



Мал. 13а. Відновлення тканин після видалення некросту (15-а доба)



Мал. 13б. Ортопантомограма хворого П. безпосередньо після операції



Мал. 14. Шинування імплантів опорною балкою



Мал. 15. Вигляд протеза зверху



Мал. 16. Вигляд порожнини рота із встановленим протезом

ристання гелів для фіксації знімних протезів не давали позитивних результатів. Крім того, в ділянці хронічної травми утворився пролежень і спостерігалася гіпертрофія слизової оболонки (мал. 9).

■ Результати дослідження та їх обговорення

Приклад 1. На нашу думку, єдиним розв'язанням цієї проблеми є раціональне протезування з використанням дентальних імплантів. Реабілітація пацієнта проводилася кількома етапами.

Об'єктивне обстеження (12.11.2010): хронічне запалення слизової оболонки в ділянці країв дефекту верхньої щелепи (позитивна проба Шиллера-Писарева), патологічна рухомість III ступеня 12, 13 зубів,

перелом 22 і 24 зубів, хронічна механічна ерозія слизової оболонки протезного ложа. Після проведення рентгенологічного обстеження хворому запропонували операцію видалення двох непридатних зубів верхньої щелепи й безпосередньо після видалення встановлення одноетапних дентальних імплантів Implode® вітчизняного виробництва (мал. 10).

Хірургічний етап лікування – видалення зуба 22, рухомих зубів 12 і 13, безпосереднє встановлення одноетапних імплантів Implode® в ділянці зубів 12 і 13 та в горбово-крилоподібній ділянці (мал. 11 – 15). Післяопераційний період пройшов без ускладнень, контрольні огляди проведені на 2-у, 5-у, 14-у добу. Біль і набряк були помірні, не потребували медикаментоз-

ної корекції. Первинна стабільність, досягнута при встановленні імплантів у лунки видалених зубів, зберігається упродовж усього періоду спостереження (10 місяців). Нестабільність у положенні дистального імплантату, встановленого в горбово-крилоподібній ділянці, спостерігалася з 14-го по 60-й день після операції. Це пов'язано з надмірною компресією кістки під час операції, оскільки навколо шийки імплантату утворився некрост, після видалення якого відзначається вторинна стабільність імплантату (мал. 16, 17). Через 2 місяці після операції проведено ортопедичний етап лікування.

Жувальна ефективність часткових пластинкових протезів, різновидом яких є післярезекційний протез Оксмана, становить усього при-



Мал. 17. Ранова поверхня піднебіння на місці клаптя слизової оболонки



Мал. 18. Огляд післяопераційної рани на другу добу



Мал. 19. Через 2 місяці у ділянці дефекту утворилась нерухома сполучна тканина



Мал. 20. Ортопантомограма хворої І. після встановлення імплантатів



Мал. 21. Металеві ковпачки перед зняттям відбитка



Мал. 22. Ортопантомограма хворої І. після фіксації шинуючої балки

близно 30 %. Крім цього, ці протези мають низку інших вад, а саме: порушують сприйняття відчуттів у порожнині рота, фонацію, негативно впливають на слизову оболонку протезного ложа, підсилюють атрофічні процеси в кістковій тканині протезного ложа й, нарешті, за допомогою утримувальних кламерів, розхитують опорні зуби.

Як показали наші дослідження, кісткова тканина після перенесеної променевої терапії здатна витримати оклюзійне навантаження, але не раніше ніж через рік безрецидивного періоду, обов'язковим є також шинування опорних імплантатів незнімною конструкцією.

Післярезекційний протез верхньої щелепи має обтуратор, який повинен бути знімним, щоб уможливити гігієнічну обробку. Тому ортопедичний етап лікування складався з двох частин: 1) виготовлення незімної ортопедичної конструкції: штучні коронки ікла, латерального різця, зуба 8-го, з'єднаних балкою з атакменами; 2) виготовлення бюгельного протеза з обтуратором (мал. 18, 19).

Шинування імплантатів балкою дає змогу раціонально розподілити імплантаційне навантаження на кісткову тканину. Балка проходить прямою лінією по краю дефекту, щоб усуну-

ти перешкоди введенню обтуратора бюгельного протеза.

Встановлення штучних зубів виконано ззовні опорної балки і в такій клінічній ситуації жувальне навантаження може створювати обертальний момент, спричиняючи вивих опорних імплантатів (мал. 18). Для запобігання обертальному моменту в конструкції передбачено сагітальну стабілізацію протеза за допомогою опорної балки на протилежній стороні. Крім цього, на балансуєчій стороні створюються контакти різнойменних горбів відповідно до компенсаційної теорії артикуляції. Якісна фіксація бюгельного протеза забезпечується атакменами. Обтуратор бюгельного протеза виготовляється з м'якої пластмаси. Еластична пластмаса дає змогу уникнути травмування м'яких тканин протезного ложа при мікроекскурсіях протеза. Бюгельний протез є знімним, що дозволяє регулярно проводити гігієнічну обробку обтуратора.

Обстеження через 1, 3, 6 місяців: скарг на порушення естетики нема, жування відновлене, мова не порушена (мал. 14). Запалення слизової оболонки протезного поля не виявлено (негативна проба Шиллера — Писарєва). Під час рентгенологічного дослідження резорбції кістко-

вої тканини в ділянці імплантатів не спостерігається. Але найголовніше у цій роботі — це поліпшення якості життя нашого пацієнта, який на черговому огляді сказав: «Ви собі не уявляєте, що значить стати на 20 років молодшим».

Приклад 2. У зв'язку з відсутністю кератинізованих ясен у ділянці дефекту заплановано й проведено пластику вільним шматком слизової оболонки, узятим із твердого піднебіння (мал. 20). У результаті цього втручання утворився прикріплений край слизової оболонки по «ребеню» дефекту щелепи. Через два місяці встановлено 5 одноетапних гвинтових імплантатів Implode® без відшаровування слизово-окісного клаптя, на які виготовили індивідуальні ковпачки й умовно-знімний протез. Динамічне спостереження за станом слизової оболонки у процесі функціонування протеза й контрольні рентгенограми дають підставу зробити висновок про спроможність кісткової тканини в ділянці дефекту після перенесеної променевої терапії витримувати імплантаційне навантаження. Однак, на нашу думку, протез на ковпачках не є достатньою шинуючою конструкцією. Крім цього, наявність телескопічної фіксації не виключає механічного впливу

Мал. 23. Стан слизової оболонки під протезом задовільний, 2011 р.



знімного протеза на слизову оболонку під протезом.

У результаті, через рік після протезування з'явилися розростання грануляційної тканини й рентгенологічно підтверджені явища періімплантиту. Відновлення кісткової тканини після вилучення імплантату відбулося без аугментації (мал. 21).

На чотири імпланти, що залишилися, виготовили шинуючу балку й незнімний протез, який спирається на неї, а не на ковпачки й слизову оболонку (мал. 22).

Обстеження через 6 місяців: скарг на порушення естетики, акту жування, фонації немає, гіпертрофія

слизової оболонки відсутня, під час рентгенологічного дослідження резорбції кісткової тканини в ділянці імплантатів не спостерігається. Щобільше – відзначається достовірне збільшення висоти альвеолярного відростка навколо імплантатів у ділянці дефекту. Цю ситуацію можна вважати яскравим прикладом закону Вольфа (1892) – «функція визначає форму» у сучасному варіанті.

■ Висновки

1. Показано доцільність і ефективність використання дентальних

імплантатів Implife® для реабілітації хворих після часткових резекцій щелеп.

2. Обов'язковим є жорстке шинування опорних імплантатів суцільнолітою незнімною ортопедичною конструкцією.

3. Уважаємо необхідним створення державної програми реабілітації онкохворих щелепно-лицьової ділянки. Це дасть змогу вдосконалити методи усунення післяопераційних дефектів і, в остаточному підсумку, не тільки продовжити життя цієї категорії пацієнтів, але й підвищити його якість, а також соціально реабілітувати таких хворих.