

НЕЗНІМНЕ ПРОТЕЗАВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЧАСТКОВИХ РЕЗЕКЦІЙ ЩЕЛЕП З ВИКОРИСТАННЯМ ІМПЛАНТАТІВ

В.І.Лунгу, В.П.Мазур

**Одеський національний медичний університет,
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону
Одеса, Україна**

Обґрунтована доцільність установки імплантатів для естетичної і функціональної реабілітації онкологічних хворих після часткових резекцій щелеп без застосування методик кісткової пластики в обхід післяопераційного дефекту верхньої щелепи, через дефект альвеолярного відростка нижньої щелепи.

***Ключові слова:** онкологічні хворі, післяопераційні дефекти щелеп, одноетапові дентальні імплантати.*

Вступ

Ефективність сучасних методів лікування злоякісних пухлин щелеп проявляється в поліпшенні віддалених результатів лікування, результатів виживання, разом з тим це призводить до росту числа пацієнтів з великими дефектами щелеп, що негативно відбивається на якості життя таких хворих. В Україні не сформовано цілісного підходу до реабілітації таких пацієнтів. Слід зазначити, що ортопедичні методи відновлення дефектів щелеп не отримали розвитку в сучасній стоматології. Дотепер відновлення післярезекційних дефектів верхньої щелепи здійснюється за методикою Оксмана, розробленої ще в роки другої світової війни.

Метою роботи було проаналізувати результати застосування дентальних імплантатів при протезуванні онкохворих після променевої терапії та часткових резекцій щелеп.

Матеріали та методи дослідження

Після верифікації ракової пухлини щелепи всім хворим було застосовано комплексний метод лікування. На першому етапі проводилася селективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія на фоні регіонарної гіперглікемії й телегамматерапії. Через два місяці після початку лікування, якщо констатовано часткову регресію пухлинного процесу, проводилося хірургічне втручання.

Приклад 1. Хворий П., 86 років. У результаті проведеного хірургічного лікування (часткова резекція верхньої щелепи з видаленням пухлинного вогнища) у хворого утворився дефект правої верхньої щелепи, порожнина рота й порожнина носа виявилися сполученими. Усунення дефекту було виконано післярезекційним протезом Оксмана через три місяці після закінчення основного лікування. Однак на контрольних оглядах щомісяця пацієнт продовжував скаржитись на недостатню естетичність протеза, неповне відновлення жування, порушення мови, смакової чутливості, травмування країв дефекту. Крім цього, протез доводилося коректувати із частотою раз на 2-3 місяці у зв'язку з утворенням пролежнів на слизовій оболонці навколо дефекту щелепи, що само по собі є преанцерогенним чинником і не повинно залишатися без уваги лікарів. Хірургічний етап лікування — видалення 22 зуба, руюхих 12 и 13 зубів, безпосередня установка одноетапових імплантатів в ділянці 12 и 13 зубів та в горбово-крилоподібній ділянці. Через 2 місяця після операції проведений ортопедичний етап лікування.

Приклад 2. Через 20 місяців після закінчення основного лікування хворий І., 67 років, був виготовлений знімний протез з урахуванням післяопераційного дефекту, користуватися яким вона не змогла. Хвора пред'являла скарги на неможливість жування через погану фіксацію знімного протеза, хронічну травму слизової оболонки в області дефекту кісткової тканини в результаті зсуву протеза в процесі функції. Корекції протеза й використання гелів для фіксації знімних протезів не давали позитивних результатів.

Результати дослідження та їх обговорення

Жувальна ефективність часткових пластинкових протезів, різновидом яких є післярезекційний протез Оксмана, становить усього приблизно 30%. Крім того, ці протези мають ряд інших недоліків, а саме: порушують сприйняття відчуттів у порожнині рота, дикцію, негативно впливають на слизову оболонку протезного ложа, підсилюють атрофічні процеси в кістковій тканині протезного ложа й, нарешті, за допомогою утримуючих кламмерів 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, й необхідне шинування опорних імплантатів незнімною конструкцією.

У такій клінічній ситуації жувальне навантаження може створювати обертальний момент і вивихувати опорні імплантати. Для запобігання обертального моменту в конструкції передбачена сагітальна стабілізація протеза за допомогою опорної балки на протилежній стороні. На балансуєчій стороні створюються контакти різнойменних горбів відповідно до компенсаційної тсорії артикуляції. Якісна фіксація бюгельного протеза забезпечується аттачменами. Обтюратор бюгельного протеза виготовляється з м'якої пластмаси. Еластична пластмаса дозволяє виключити травмування м'яких тканин протезного ложа при мікроекскursions протеза. Бюгельний протез є знімним, що дозволяє регулярно проводити гігієнічну обробку обтюратора.

Обстеження через 1, 3, 6, 12 місяців: скарг на порушення естетики немає, жування відновлене, мова не порушена. Запалення слизової оболонки протезного поля не виявлене (негативна проба Шиллера — Писарева). При рентгенологічному дослідженні резорбції кісткової тканини в області імплантатів не спостерігається. Але ключовий момент цієї роботи — це поліпшення якості життя нашого пацієнта.

Приклад 2. Через два місяці було встановлено 5 одноетапових гвинтових імплантатів без відшаровування слизово-окістного клаптя, на які виготовили індивідуальні ковпачки й умовно-знімний протез. Динамічне спостереження за станом слизової оболонки в процесі експлуатації протеза й контрольні рентгенограми дозволяють 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 того, наявність телескопічної фіксації не виключає механічного впливу знімного протеза на слизову під протезом. У результаті через рік після протезування з'явилися розростання грануляційної тканини й рентгенологічно підтверджені явища періімплантата. Після вилучення імплантати відбулося відновлення кісткової тканини без додаткової аугментації. На чотири імплантати, що залишилися, була виготовлена шинуюча балка й незнімний протез, що спирається на неї, а не на ковпачки й слизову оболонку.

Обстеження через 6, 12 місяців: скарг на порушення естетики, акту жування, дикції немає, гіпертрофії слизової оболонки не спос-

терігається, при рентгенологічному дослідженні резорбції кісткової тканини в області імплантатів не спостерігається. Більш того — відзначається достовірне збільшення висоти альвеолярного відростка навколо імплантатів у ділянці дефекту. Цю ситуацію можна вважати яскравим прикладом закону Вольфа (1892 р.) — «функція визначає форму» у сучасній демонстрації.

Висновки

1. Показана доцільність й ефективність використання дентальних імплантатів для реабілітації онкологічних хворих після проведення променевої терапії та часткових резекцій щелеп.

2. Обов'язково жорстко шинувати опорні імплантати суцільнолитотою незнімною ортопедичною конструкцією.

4. Необхідно створення державної програми реабілітації онкологічних хворих після часткових резекцій щелеп. Це дозволить удосконалити методи відновлення післяопераційних дефектів і, в остаточному підсумку, не тільки продовжити життя цієї категорії пацієнтів, але й підвищити її якість, соціально їх реабілітувати.

В.И.Лунгу, В.П.Мазур. Несъемное протезирование онкологических больных преклонных лет после лучевой терапии и частичных резекций челюстей с использованием имплантатов. Одесса, Украина.

Ключевые слова: онкологические больные, послеоперационные дефекты челюстей, одноэтапные дентальные имплантаты.

Обоснована целесообразность установки имплантатов для эстетической и функциональной реабилитации онкобольных после частичных резекций челюстей без применения методик костной пластики в обход послеоперационного дефекта верхней челюсти, через дефект альвеолярного отростка нижней челюсти.

V.I.Lungu, V.P.Mazur. Unremovable prosthetic appliance of oncologic patients is years old after radial therapy and partial resections of jaws with the use of implants. Odessa, Ukraine.

Key words: oncologic patients, postoperative defects of jaws, dental implants.

Reasonable expediency options of implants for the aesthetic and functional rehabilitation of oncologic patients after the partial resections of jaws without application of methodologies of the bone plastic arts in the round of postoperative defect of supramaxilla, through the defect of alveolar sprout of lower jaw.