

Ортопедична реабілітація пацієнтки при серединному дефекті твердого піднебіння після рецидиву хондроми верхньої щелепи

Набуті дефекти з'являються в процесі життя людини, тому в більшості своїй спостерігаються в дорослих, коли вже закінчилося формування щелепно-лицьового скелета. Резекція щелеп проводиться з приводу різних новоутворень, а усунення її наслідків здійснюється в основному шляхом протезування.

Метою протезування при такій патології є відновлення втрачених функцій, але нерідко це буває проблематичним через складні клінічні умови. Особливості протезування хворих залежать від величини і локалізації дефекту, від стану зубів, що залишилися, від ступеню відкривання рота і наявності чи відсутності рубцевих змін м'яких тканин, що оточують дефект.

Дефекти твердого і м'якого піднебіння бувають вродженими і набутими. Перші відносяться до вад розвитку щелепно-лицьової ділянки. Набуті дефекти виникають внаслідок травми (вогнепальної, механічної), можуть бути наслідком запальних процесів (остеомієліт) або специфічних захворювань (сифіліс, туберкульозний вовчак) і виникати після видалення пухлин.

Дефекти піднебіння при сифілісі нині зустрічаються украй рідко. Найчастіше дефекти піднебіння виникають внаслідок оперативних втручань з приводу доброякісних або злоякісних пухлин. Набуті дефекти мають різну локалізацію і форму. Дефекти можуть розташовуватися в ділянці твердого чи м'якого піднебіння або в тому і другому місці одночасно. Розрізняють передні, бічні і серединні дефекти твердого піднебіння.

Клінічний випадок

На кафедрі ортопедичної стоматології з онкологічного диспансеру була відправлена на консультацію пацієнтка Г., 64 років, з приводу рецидиву хондроми верхньої щелепи (мал.1). Анамнез: 4 роки тому була проведена перша операція з приводу хондроми верхньої щелепи, місяць тому був поставлений діагноз: рецидив хондроми верхньої щелепи. У порожнині рота в передній третині твердого піднебіння відзначається безболісний вузол з нерівною поверхнею розміром 8x15 мм і наскрізний дефект, що сполучається з гайморовою пазухою розміром 7x10 мм (мал. 2).



*Мал. 1.
Хондрома
верхньої
щелепи*



*Мал. 2.
Клінічна
картина
верхньої
щелепи (до
операції)*

Весь цей час пацієнтка користується частковим пластинковим протезом-обтуратором з дротяними гнутими кламерами (мал. 3).



Мал. 3. Вид старого протеза

Хондрома – доброякісна неодонтогенна (незапальна) пухлина, що характеризується утворенням зрілого хряща, спаяного з кісткою. Локалізується переважно в передньому відділі верхньої щелепи у вигляді ізольованого солітарного (поодинокого) вузла з гладкою чи часточковою і горбистою поверхнею. Пухлина безболісна, можливе проростання в носову порожнину, верхньощелепну пазуху чи орбіту. Росте повільно. Відноситься до рідкісних новоутворень щелепних кісток (1,3 % усіх первинних пухлин щелепних кісток), зустрічається переважно в жінок. Лікування – радикальне видалення методом економної резекції щелепи в межах здорових тканин.

Незалежно від причини утворення набутого дефекту піднебіння за наявності сполучення порожнини рота з порожниною носа виникають типові функціональні порушення: погіршується вимова (відкрита гугнявість), змінюється дихання, порушується ковтання – їжа потрапляє в ніс і викликає в ньому хронічне запалення слизової оболонки.

Протезування дефектів піднебіння проводиться лише при протипоказаннях до пластики чи при відмові хворого від операції. Метою протезування є відокремлення порожнини рота і порожнини носа і відновлення втрачених функцій. Протезуванням ці завдання часто вирішуються дуже успішно.

Апарати для відокремлення порожнини носа і порожнини рота називаються obturаторами («obturuвати» – закупорювати). Коли не потрібно заміщення відсутніх зубів, готують просто obturатори, у випадках якщо одночасно з відокремленням порожнин носа і рота заміщають відсутні зуби, виготовляють протези-obturатори. Залежно від величини і локалізації дефекту, а також умов порожнини рота розрізняють прості і складні obturатори. Обмежені дефекти твердого піднебіння, коли є стійкі зуби по обидві сторони дефекту щелепи, збережена нормальна функція суглоба, а рубцеві зміни тканин протезного поля і приротової ділянки незначні, відносяться до простого протезування.

Після повторної операції пацієнтці показано ортопедичне лікування. У кожного хворого воно має свої особливості: важливо враховувати локалізацію дефекту (тверде піднебіння, м'яке піднебіння, тверде і м'яке піднебіння), величину дефек-

ту (збереження зубів на щелепі) і стан тканин краю дефекту. Локалізація дефекту обумовлює форму базису протеза, наявність або відсутність зубів – стійкість протеза на щелепі. Хворі з невеликими дефектами твердого піднебіння, розташованими в його середній частині, за наявності достатньої кількості зубів для кламерної фіксації протезуються дуговими (бюгельними) протезами. Дуга протеза несе на собі obturувальну частину. Коли умови для фіксації дугового протеза відсутні або є великий дефект твердого піднебіння, рекомендується його закривати звичайним знімним протезом, який досить повно роз'єднує порожнину рота і порожнину носа.

Оскільки в пацієнтки Г. після повторної операції утворився великий серединний ізольований дефект твердого піднебіння 36x23 мм за наявності опорних зубів на обох половинах щелепи, нами була вибрана конструкція часткового знімного протеза з металевим базисом і опорно-утримуючими кламерами, відлитими на дубльованій вогнетривкій моделі.

Важливо отримати точний відбиток країв дефекту, обернених в порожнину рота, інакше важко розраховувати на хороше відокремлення порожнини рота і порожнини носа. Відбиток з верхньої щелепи знімають еластичними відбитковими матеріалами з попередньою тампонадою дефекту марлевими серветками (мал. 4).



*Мал. 4.
Клінічна
картина після
операції
(тампонада
дефекту перед
зняттям
відбитку)*

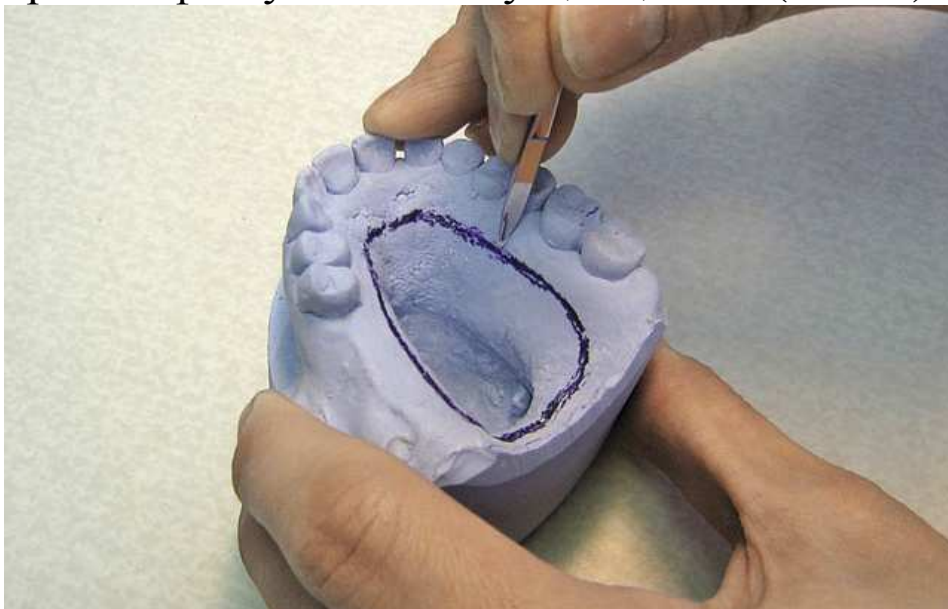
Завдяки тому, що альгінатна маса має пружність – деформується під час виведення з дефекту, а потім відновлює свою форму, її застосування в таких випадках прийнятніше за силіконові, оскільки при виведенні відбитку вірогідність травму-

вання тканин, що оточують дефект, альгінатними масами менше (мал. 5).



*Мал. 5.
Альгінатний
відбиток
верхньої
щелепи*

За відбитком відливають модель. Найбільш щільне закриття дефекту піднебіння отримують шляхом утворення на піднебінній стороні базисної пластинки валика заввишки 0,5-1,0 мм, розташованого навколо дефекту на відстані 2-3 мм. Для цього гравіюють модель, відступивши на декілька мм від краю дефекту на глибину 1,0-1,5 мм. (мал. 6).



*Мал. 6.
Гравіювання
закриваючого
валика*

Створюваний на роз'єднувальній пластинці валик вдавлюється в слизову оболонку, утворюючи в ній борозну і створюючи замикаючий клапан по периферії дефекту. Проте при тонкій неподатливій слизовій оболонці чи наявності рубців по краю дефекту валик пошкоджуватиме протезне ложе. У таких випадках можна використовувати підкладку з еластичної пластмаси.

Оскільки дефекти піднебіння з часом поступово зменшуються, у базисній пластинці не слід робити якихось виступів в ділянку дефекту і тим більше вводити їх у порожнину носа. Тампонування дефекту твердою, виступаючою частиною базису призводить до атрофії краю кістки і збільшення дефекту. Крім того, зіткнення obturувальної частини із слизовою порожниною носа призводить до її хронічного подразнення.

Основним завданням при протезуванні таких дефектів є найбільш точно відтворення піднебінної сторони протеза за формою неушкодженої частини піднебіння. Ми вважаємо, що останнє завдання з успіхом можна вирішити за допомогою металевого базису, відлитого з кобальтохромового сплаву, без зняття з моделі.

Традиційно вважалось, що кламери не повинні перешкоджати осіданню протеза, що збільшує щільність прилягання протеза до піднебіння і тим самим герметичність закриття дефекту. Тому кламери з оклюзійними накладками застосовувати в таких випадках не рекомендувалось. Частково це виправдано, але, з іншого боку, має місце підвищений (нефізіологічний) тиск пластинкового протеза на тканини протезного ложа. На мал. 2 на піднебінні виразно видна проекція дистальної межі протеза з явними змінами слизової оболонки порожнини рота в цій ділянці. Тому ми визнали доцільним застосування суцільнолитих опорно-утримуючих кламерів системи Нея. Враховуючи, що в процесі користування протезом можлива зміна розмірів дефекту і буває потрібне уточнююче перебазування базису, піднебіння виготовлене у вигляді сітки, яка знаходиться



усередині пластмаси (мал. 7, 8).

*Мал. 7.
Суцільнолитий
каркас знімного
протеза на
моделі*



*Мал. 8.
Готовий знім-
ний протез-
обтуратор*

Оскільки відливання каркаса проводилося на моделі, ця технологія в порівнянні з пластмасовим базисом дає ідеальне (без проміжків) прилягання металевого базису до зубів з орального боку, зменшує об'єм протеза завдяки меншій товщині, а також знижує ризик поломок базису внаслідок підвищеної міцності металу. Суцільнолітні опорно-утримуючі кламери мають площинне розташування по поверхнях зубів і дають хорошу фіксацію. Оклюзійні накладки, розташовані в міжзубних проміжках, частково передають жувальний тиск через пародонт, тобто природним чином, сприяючи розвантаженню. Проведене ортопедичне лікування цієї пацієнтки завдяки використанню сучасних технологій значною мірою дозволило вирішити поставлені завдання. Фіксація протеза задовільна. Відзначається відсутність зміщення протеза при значному відкриванні порожнини рота (мал. 9).



Мал. 9. Тест на фіксацію (при широкому відкриванні рота протез не зміщується)

При проведенні проб на герметизацію дефекту було відмічено, що завдяки повному щільному приляганню базису протеза їжа, рідина і повітря з порожнини рота не проникають у порожнину носа.

Порушення вище перелічених функцій при виникненні дефектів піднебіння гнітюче діє на хворих. Вони стають замкнутими і уникають суспільства. Тому з боку лікаря має бути особливо чуйне, уважне ставлення до них. Внаслідок проведеного лікування в пацієнтки відновилися дихання, жування, мова і покращився психоемоційний стан.

Автор: В. В. Карасьова, к. м. н., доцент кафедри ортопедичної стоматології