

Хірургічна підготовка беззубих щелеп до ортопедичного лікування

Анатомо-функціональні особливості тканин протезного ложа обумовлюють якість фіксації і стабілізації повного знімного протеза, а отже, і якість відновлення втрачених функцій жуваального апарату.

Важливе значення для забезпечення успішного ортопедичного лікування цієї категорії хворих має спеціальна підготовка протезного ложа. В процесі підготовчих заходів особливу складність являють кісткові виступи (екзостози) і гребені на альвеолярній частині щелеп, які утворюються після видалення одного або кількох зубів.

Зазвичай лікарі-ортопеди, враховуючи вік пацієнтів і їх загальний стан здоров'я, намагаються мінімізувати об'єм хірургічних втручань. В деяких випадках, при певних клінічних формах кісткових виступів, вдається отримати позитивний результат ортопедичного лікування без хірургічного втручання.

Щоб уникнути травми слизової оболонки використовують протези з м'якою підкладкою на весь базис або на його частину; пластмасові пелоти; постановку штучних зубів на приточуванні. Проте чисельні корекції для усунення больових відчуттів у ділянці кісткових виступів можуть призводити до послаблення фіксації і стабілізації повних знімних протезів.

В той же час існують клінічні ситуації, коли для отримання позитивного результату протезування неможливо обійтися без хірургічних реконструктивних втручань. До таких ситуацій відносяться, передусім, протяжні больові кісткові виступи, вкриті тонкою атрофованою слизовою оболонкою.

Нерідко вони поєднуються з нерівномірною атрофією альвеолярної частини на сусідніх ділянках щелепи. «Надлишок» кістки і її «брак» в одного і того ж пацієнта вимагають нестандартного підходу до планування оперативного втручання.

Найефективніше при заміщенні кісткових дефектів альвеолярного відростка використання аутогенної кістки. Взяття матеріалу проводиться з позаротових і внутрішньоротових (зовнішня коса лінія, підборіддя, горб щелепи) донорських ділянок. Внутрішньоротові аутотрансплантати характеризуються

низьким відсотком відторгнення, мінімальною резорбцією, близьким розташуванням реципієнтної ділянки.

Клінічний випадок № 1

У клініку кафедри ортопедичної стоматології звернулася пацієнтка Б, 63 роки, із скаргами на неможливість прийому їжі, неясність вимови, порушення естетичних параметрів обличчя. З анамнезу виявлено, що зуби видалені з приводу ускладненого карієсу впродовж ряду років.

Упродовж 6 років користувалася частковими знімними пластинковими протезами на обидві щелепи. Зуби 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1 видалені 5 тижнів тому з приводу хронічного періодонтиту в стадії ремісії. Проте, незважаючи на це, пацієнтка продовжувала користуватися частковим пластинковим протезом на нижній щелепі донині.

При об'єктивному огляді виявлені асиметрія обличчя, зменшення розмірів нижнього відділу обличчя, ускладнене мовлення. При огляді ротової порожнини виявлена атрофія альвеолярного відростка верхньої щелепи середнього ступеню з переважанням атрофічних процесів у бічних відділах.

На нижній щелепі виявлена нерівномірна атрофія альвеолярної частини (мал. 1).



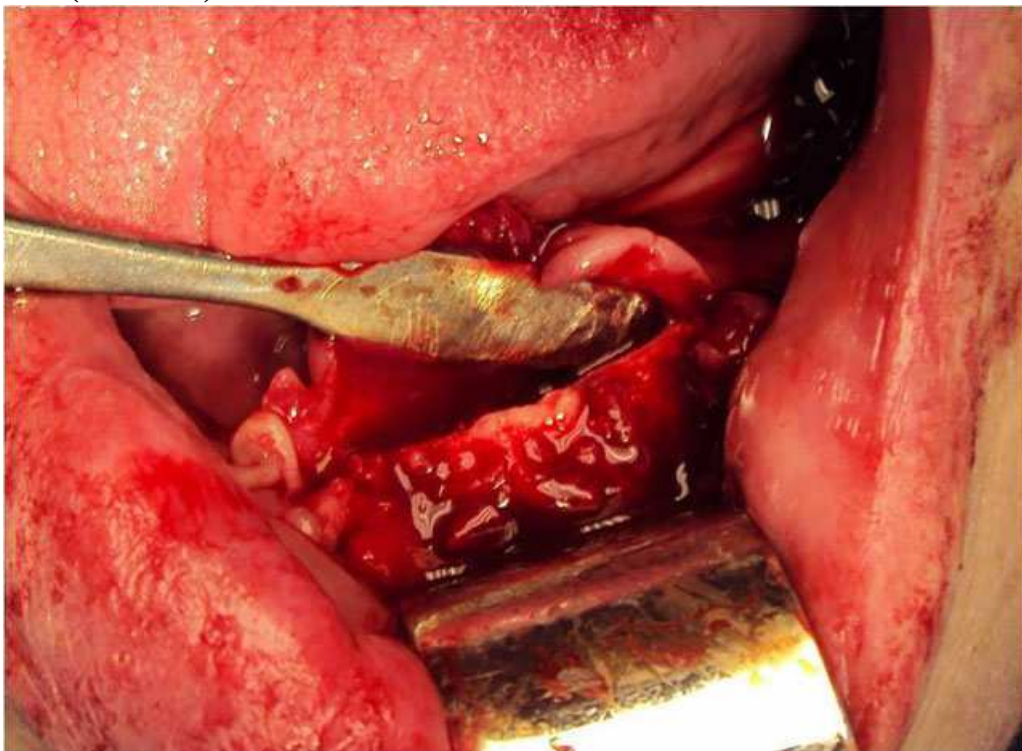
Мал. 1. Початковий стан протезного ложа нижньої щелепи
В ділянці відсутніх зубів 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 альвеолярна частина повністю була відсутня і була представлена западанням протезного ложа. В ділянці відсутніх зубів 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1,

4.1 альвеолярна частина представлена протяжним кістковим підвищенням грибоподібної форми з вузькою основою і нависаючою вершиною; по вершині альвеолярного відростка і з його вестибулярної поверхні візуально визначалися краї лунок видалених зубів.

Слизова оболонка в ділянці цього кісткового виступу була натягнута, стоншена, різко болюча при пальпації. Після вивчення гіпсових моделей щелеп було прийняте рішення про хірургічне реконструктивне втручання.

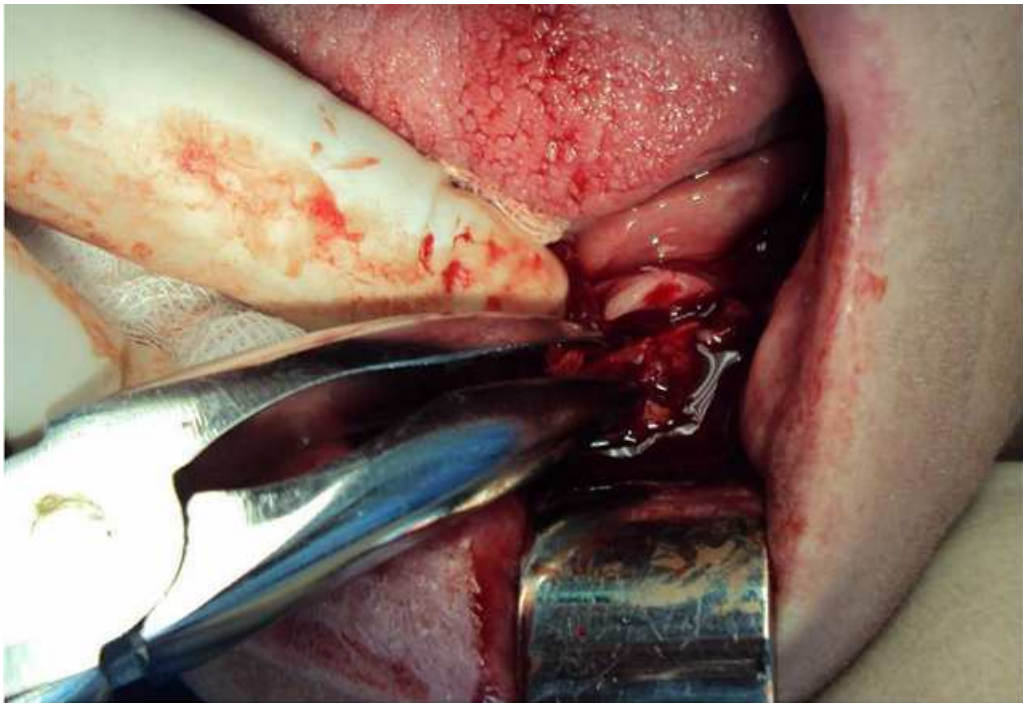
Метою оперативного втручання було створення сприятливих умов на протезному ложі нижньої щелепи для майбутнього ортопедичного лікування.

Для цього слід було провести видалення гострих країв лунок зубів 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1 і збільшення площі альвеолярної частини в бічному відділі нижньої щелепи праворуч. Зроблений розріз по вершині альвеолярної частини в ділянці відсутніх зубів (мал. 2).



Мал. 2. Оголення кісткової основи протяжного екзостозу на нижній щелепі

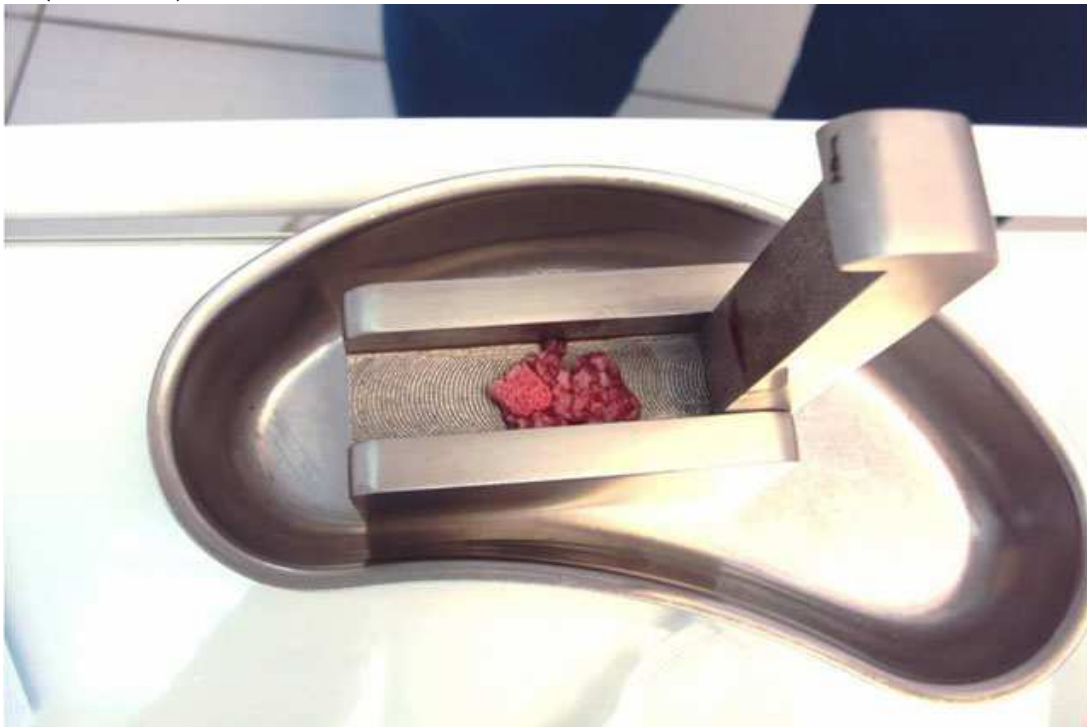
Відшаровані слизово-окісні клапті з вестибулярної і оральної сторін до рівня перехідної складки частково мобілізовані. Гострі краї лунок 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1 видалені за допомогою кісткових щипців і загладжені фрезой (мал. 3).



Мал. 3. Видалення кісткової основи за допомогою хірургічних щипців

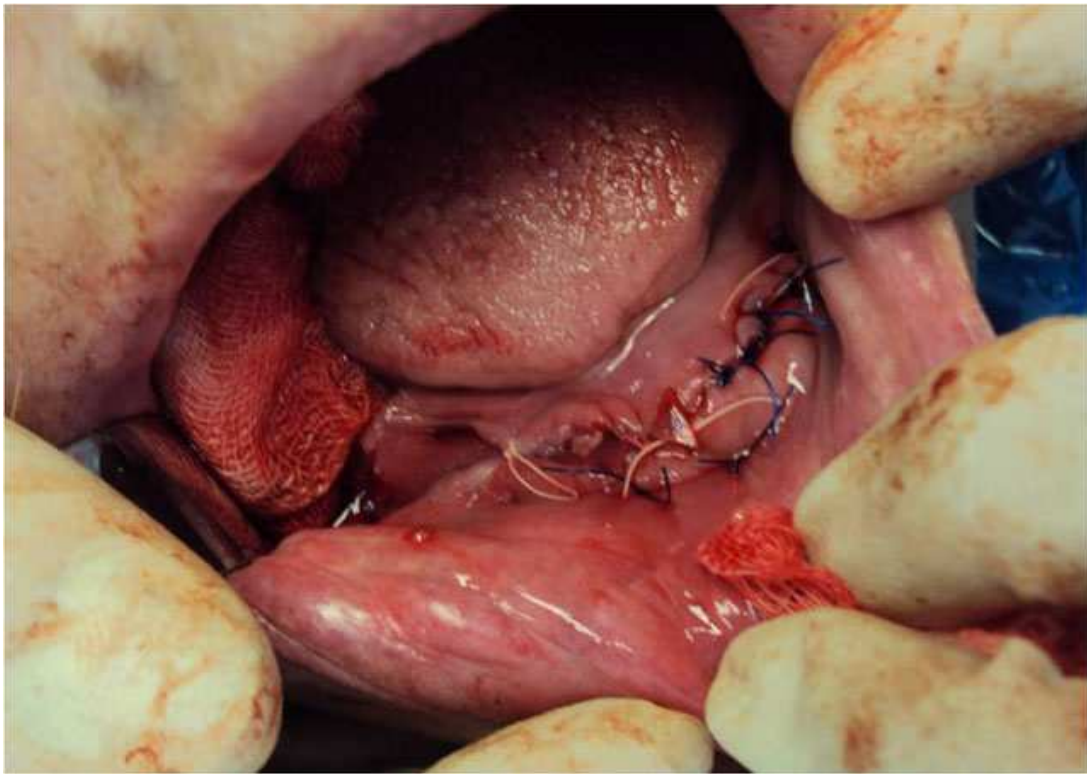
Альвеолярний відросток у цій ділянці вирівняний до рівня бічного відділу нижньої щелепи ліворуч.

Видалені фрагменти кістки зібрані, подрібнені в кістковому млині і перемішані з крихтою з губчастої кістки «Остеоматрикс» (мал. 4).



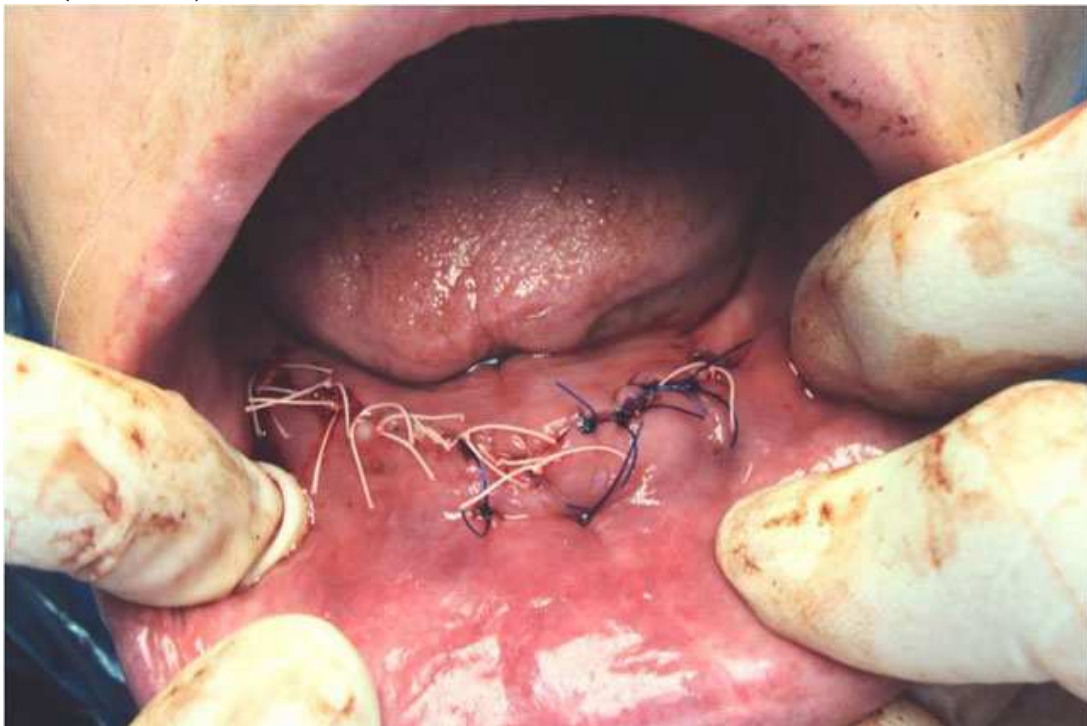
Мал. 4. Підготовка кісткових фрагментів до подрібнення

По вершині альвеолярного відростка круглим бором просвердлені поглиблення на всю товщину компактного шару кістки на рівні відсутніх зубів 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, де було западання протезного ложа (мал. 5).



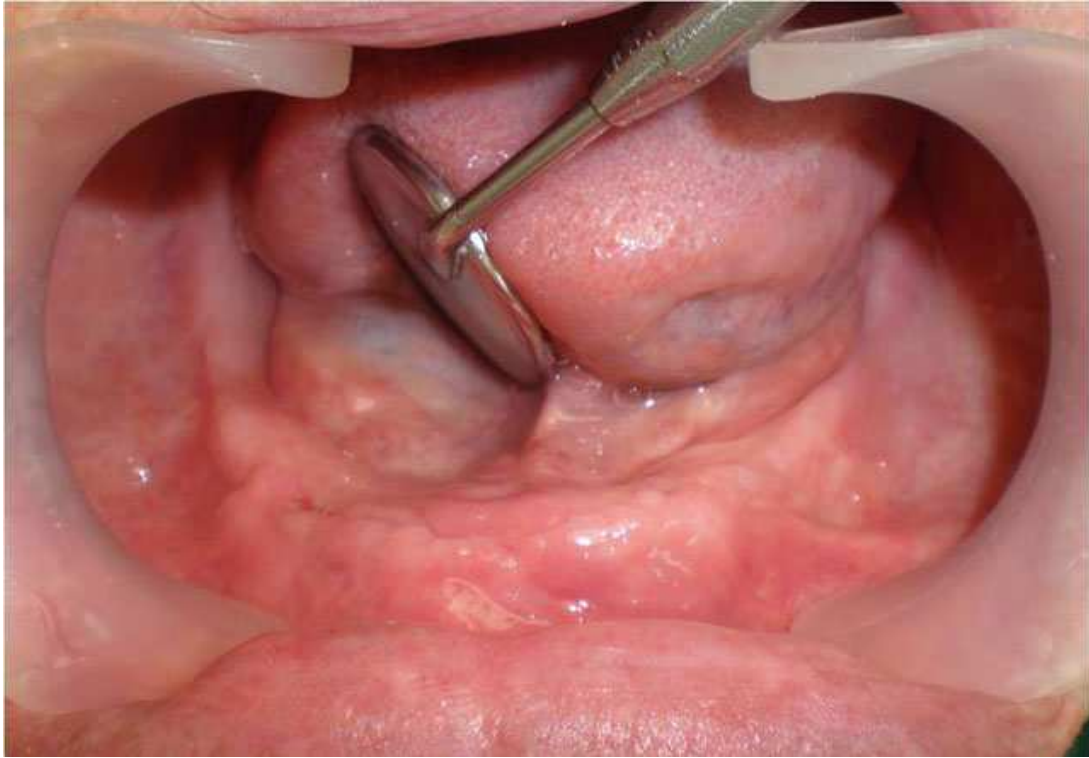
Мал. 5. Підготовка ложа в бічному відділі для заповнення підготовленою кістковою крихтою

Наявний дефект заповнений приготованою кістковою крихтою і прикритий декальцінованою кортикальною кісткою (мембраною) «Біоматрикс», заздалегідь змоченою кров'ю пацієнта і стерильним фізіологічним розчином впродовж 5 хвилин. Слизово-окісні клапті, під основу яких просунуті краї мембрани, укладені на місце з розташуванням вгору і фіксовані швами (мал. 6).

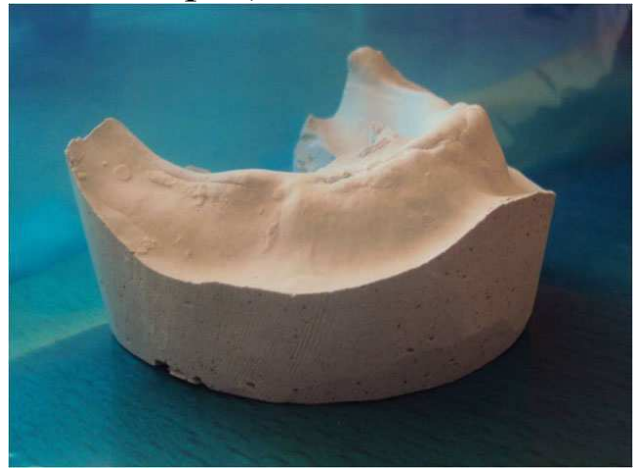


Мал. 6. Зовнішній вигляд протезного ложа нижньої щелепи після накладення швів

Оцінка клінічного стану протезного ложа (мал. 7), а також порівняння діагностичних моделей нижньої щелепи до і після хірургічних реконструктивних втручань (мал. 9) дозволили виявити суттєві позитивні зміни клінічних умов.



Мал. 7. Зовнішній вигляд протезного ложа нижньої щелепи через 2 тижні після операції



Мал. 8,9. Гіпсова модель нижньої щелепи до і після хірургічної реконструкції

Після завершення реабілітаційного періоду проведене ортопедичне лікування хворої за допомогою повних знімних пластинкових протезів. Стабілізація і фіксація протеза на опорних тканинах протезного ложа нижньої щелепи відповідали необхідним вимогам.

Клінічний випадок № 2

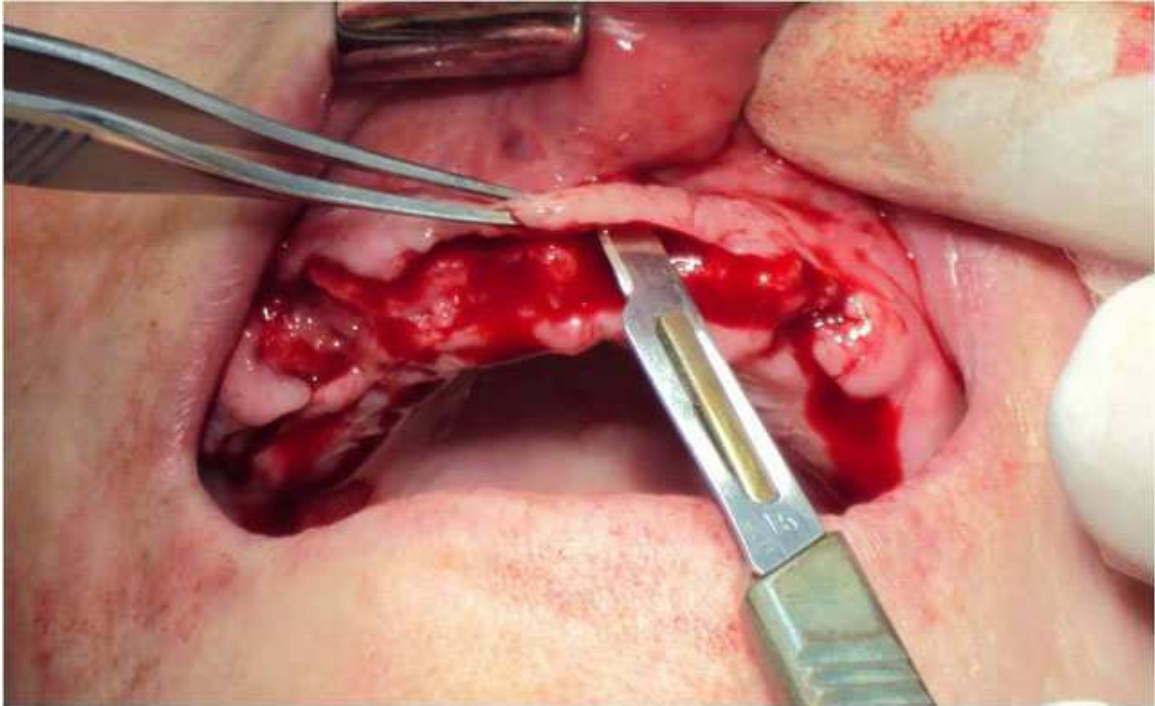
У клініку кафедри ортопедичної стоматології звернулася пацієнтка Г., 50 років, із скаргами на повну відсутність зубів верхньої щелепи, ускладнений прийом їжі, порушення естетичного оптимуму. З анамнезу виявлено, що зуби на верхній щелепі пацієнтки видаляла з приводу ускладненого карієсу; останні зуби у фронтальному відділі були видалені два місяці тому.

Відмічає збереження болючості в ділянці видалених зубів. З перенесених захворювань вказує операцію з видалення щитовидної залози; нині проходить замісну гормональну терапію. При об'єктивному огляді виявлена нерівномірна атрофія альвеолярного відростка верхньої щелепи (мал. 10).



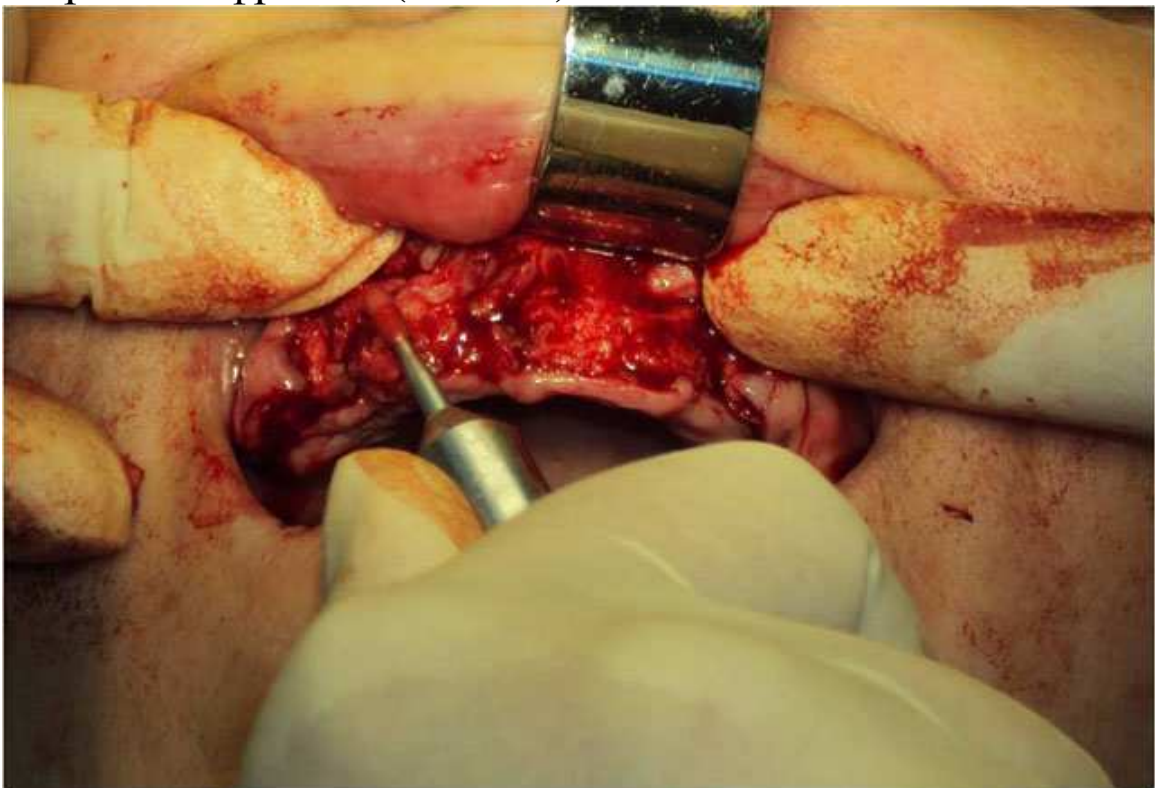
Мал. 10. Початковий стан протезного ложа верхньої щелепи
Вестибулярний скат верхньої щелепи в проекції відсутніх зубів 1.4 до зуба 2.4, а також на рівні зуба 1.6 представлений масивними нависаючими кістковими виступами. Слизова оболонка в проекції кісткових виступів натягнута, стоншена, різко болюча при пальпації. Після вивчення гіпсових моделей щелеп було прийняте рішення про хірургічне реконструктивне втручання з метою підготовки протезного ложа до протезування.

Для цього зроблений розріз по вершині альвеолярного відростка верхньої щелепи в проекції відсутніх зубів від 1.6 до 2.4 (мал. 11).



Мал. 11. Відшаровування клаптя слизової оболонки до рівня перехідної складки

Відшарований клапоть з вестибулярного боку до рівня перехідної складки. Гострі краї лунок видалені кістковими щипцями, вирівняні фрезою (мал. 12).



Мал. 12. Хірургічне формування кісткової основи протезного ложа

Клапоть укладений на місце і фіксований швами (мал. 13).



*Мал. 13.
Зовнішній
вигляд опе-
раційного
поля після
накладання
швів*

Оцінка клінічного стану протезного ложа до і після хірургічних реконструктивних втручань дозволила виявити істотні позитивні зміни (мал. 14).



*Мал. 14.
Зовнішній
вигляд про-
тезного ло-
жа верхньої
щелепи
через 2
тижні після
операції*

Після завершення реабілітаційного періоду проведене ортопедичне лікування хворої за допомогою повних знімних пластинкових протезів. Стабілізація і фіксація протеза на опорних тканинах протезного ложа верхньої щелепи відповідали необхідним вимогам. Таким чином, попередня хірургічна підготовка беззубих щелеп з наявністю кісткових виступів і нерівномірної атрофії альвеолярного відростка сприяє підвищенню якості ортопедичного лікування і скороченню термінів адаптації хворого до повних знімних протезів.

За матеріалами сайту <https://dentalmagazine.ru>