

Лікування дефектів верхньої щелепи з використанням дентальних міні-імплантатів

Лікування післяопераційних дефектів верхньої щелепи є одним із складних завдань ортопедичної стоматології. Надійна фіксація резекційних і формуючих протезів – запорука успіху наступного постійного протезування. Крім того, це важливий етап ранньої, післяопераційної реабілітації пацієнтів.

При резекції верхньої щелепи сполучення порожнини рота з порожниною носа, що виникає після операції, сприяє важким функціональним розладам: порушенню актів жування, ковтання, дихання, мовлення і слиновиділення. Рубцювання операційної зони призводить до різкої деформації обличчя хворого. Особливо виражена косметична вада при комбінованій резекції щелепних кісток у поєднанні з м'якими тканинами обличчя, кістковими структурами очної ямки, виличною кісткою.

Заміщення великих дефектів верхньої щелепи хірургічними методами являє значні труднощі через ряд причин: закриття доступу для візуального огляду операційної зони, складні анатомо-топографічні умови реципієнтної зони. Крім того, у разі невдалого заміщення дефекту, як правило, виникають незадовільні умови для наступного протезування. Тому нині основним способом, що використовується для заміщення субтотальних і тотальних верхньощелепних вад, є ортопедичний. Ортопедичне лікування пацієнтів, що перенесли резекцію верхньої щелепи, проводиться знімними конструкціями.

Проте їх використання на верхній щелепі за наявності односторонньої опори характеризується несприятливою консольною дією обтуруючої частини протеза і реакцією опорних тканин на патологічний тиск, який у короткий термін може призводити до зміни конфігурації протезного ложа і просторового положення конструкції, істотно знижуючи функціональну ефективність протезування. За наявності дентальної опори тиск, що сприймається щелепним протезом концентрується на опорних зубах, нерідко сприяючи передчасному їх видаленню.

Сучасні способи усунення надмірного навантаження на опорні тканини в резекційних конструкціях не дозволяють повно-

цінно перерозподіляти жувальний тиск у лікувальній системі, що призводить до концентрації локальної напруги в окремих ділянках протезного ложа. Особливо несприятливі умови створюються після великих резекцій верхньої щелепи, що захоплюють серединний піднебінний шов. У цьому випадку опорна частина протеза стає менше консольної і така конструкція не задовольняє елементарні вимоги біомеханіки.

Проблеми, що виникають при використанні ортопедичних конструкцій для заміщення великих дефектів верхньої щелепи, є настільки серйозними, що багато авторів рекомендують відновлювати такі вади тільки хірургічними методами. У щелепно-лицьовій ортопедії також залишається невирішеною проблема заміщення великих щелепних вад при повній відсутності зубів. Позаротові методи фіксації резекційних конструкцій психологічно дуже важко переносяться хворими.

Створення замикального клапана під протезом не отримало клінічного підтвердження. Найбільш перспективним напрямом у вирішенні цієї проблеми вважається використання внутрішньокісткових імплантатів як опори протезних конструкцій. Проте цей спосіб кріплення, як правило, застосовується на етапі постійного, заміщувального протезування, тоді як резекційні і формувальні протези або взагалі не виготовляються, або мають незадовільну фіксацію.

Матеріали і методи

Ми вирішуємо цю проблему завдяки використанню дентальних міні-імплантатів з кулястою голівкою 3M ESPE MDI для комплексної реабілітації хворих після операцій на щелепних кістках. Дентальні міні-імплантати в цьому випадку розглядаються як біомеханічний спосіб фіксації знімних протезів. Цей метод дозволяє розширити можливості протезування в складних клінічних ситуаціях при щелепно-лицьовому протезуванні.

Міні-імплантати забезпечують додаткові пункти фіксації знімних протезів у тих ділянках беззубого альвеолярного відростка, де це необхідно, або стають опорами незнімних конструкцій зубних протезів. Дентальна міні-імплантація може проводитися і у відстроченому варіанті, після інтеграції і перебудови трансплантатів.

Доведено, що одномоментне введення імплантатів забезпечує скорочення загального терміну лікування. Клінічна ефективність безпосередньої дентальної імплантації доволі висока (88-90 %). Проте дентальний імплантат, що частково знаходиться в порожнині рота, може стати джерелом інфікування, запалення і згодом відторгнення не лише його самого, але і трансплантата, що інтегрувався. У хворих з відстрошеною дентальною імплантацією імплантати вводяться після закінчення перебудови трансплантата. При цьому виключається втрата імплантатів внаслідок його відторгнення.

До недоліків у таких випадках відносять необхідність додаткового оперативного втручання, подовження термінів лікування і дещо менший через резорбцію об'єм доступної для імплантації кісткової тканини. При завершенні процесу остеоінтеграції в системі імплантат-кістка проводиться ортопедичне лікування. Відповідно до конкретної клінічної ситуації (об'єм трансплантату, топографія дефекту, кількість опорних імплантатів, наявність або відсутність зубів, стан навколишніх м'яких тканин, естетичні аспекти) стоматолог-ортопед виготовляє протез оптимальної конструкції.

Клінічний приклад

Пацієнтка П., 57 років. Діагноз: новоутворення правої верхньощелепної кістки. Запланована її резекція. Повна відсутність верхнього зубного ряду. Користується повним знімним протезом впродовж 5 років (мал. 1).



Мал. 1. Діагностична ОПГ

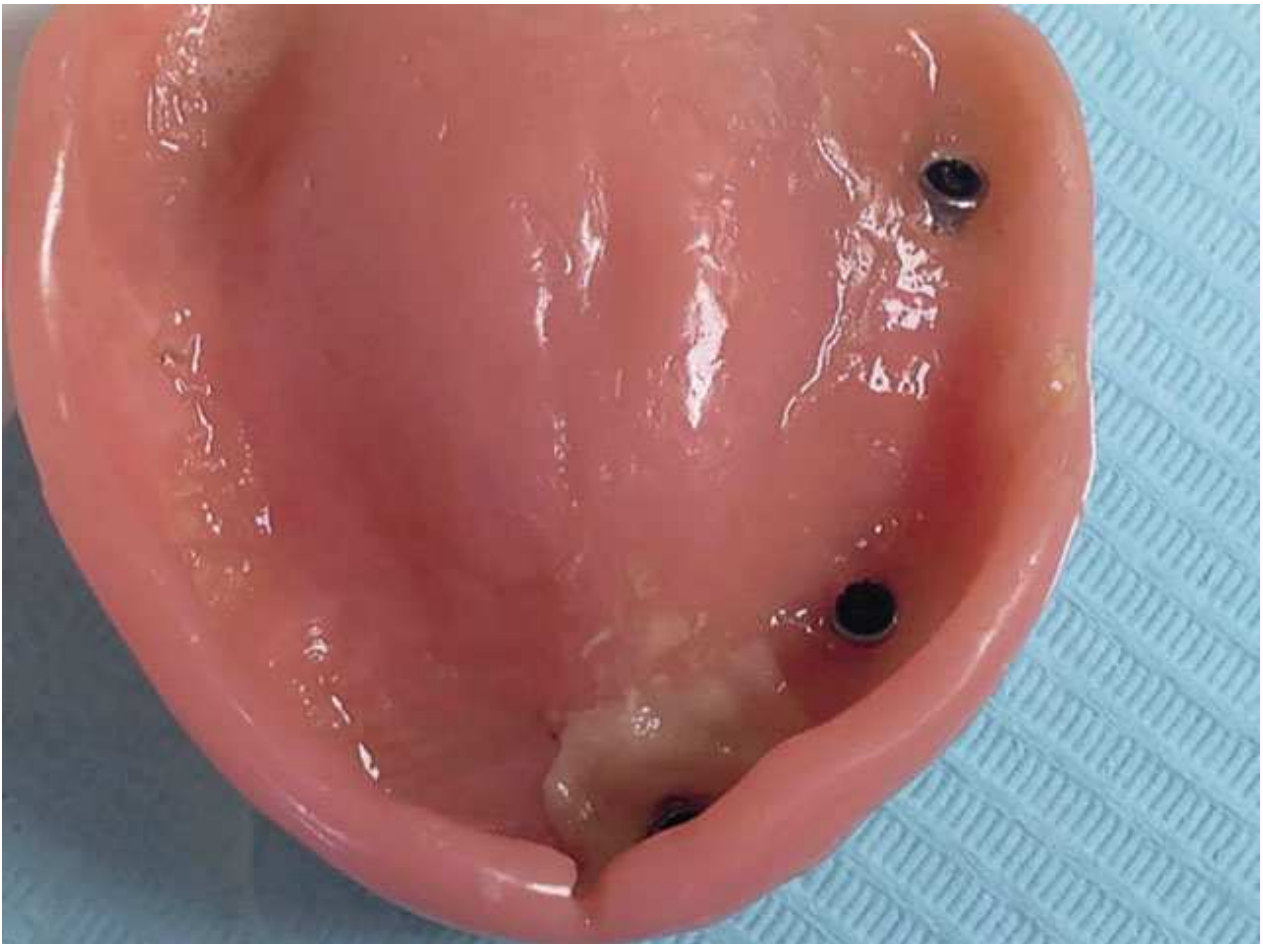
До оперативного лікування встановлено 3 дентальні міні-імпланти 3М ESPE MDI і проведене клінічне перебазування існуючого знімного протеза. Повний знімний протез гратиме роль резекційного протеза і фіксуватиметься безпосередньо в момент операції. Нами була отримана хороша фіксація цього повного знімного протеза (мал. 2, 3).



Мал. 2. Контрольна ОПГ



Мал. 3а. Перебазування ПЗП на верхній щелелі після установки дентальних міні-імплантатів



Мал. 3б. Перебазування ПЗП на верхній щелепі після установки дентальних міні-імплантатів

На наступному етапі, через 14 днів після оперативного лікування, до резекційного протеза була додана формувальна частина (мал. 4 а, б).



Мал. 4а. Виготовлена формувальна частини протеза



Мал. 4б. Виготовлена формувальна частини протеза

Цим формувальним протезом пацієнтка користуватиметься впродовж 6 місяців, до моменту остаточного формування післяопераційного дефекту. Після чого планується виготовлення повноцінного заміщуючого протеза.

Обговорення

Клінічний приклад наочно ілюструє можливості дентальних міні-імплантатів 3М ESPE MDI для фіксації і стабілізації не лише повних знімних протезів, але і резекційних і формувальних протезів, що використовуються при оперативних втручаннях на верхній щелепі. Малоінвазивний хірургічний протокол, що використовується при установці дентальних міні-імплантатів, і висока первинна стабілізація дозволяють навантажувати їх знімним протезом безпосередньо після установки, що є критичним моментом при скорочених термінах доопераційної підготовки таких пацієнтів. У даному клінічному випадку тільки установка дентальних міні-імплантатів дозволила використовувати повний знімний протез пацієнтки як резекційний. Крім того, саме дентальні міні-імплантати в даному випадку забезпечили надійну фіксацію як резекційного, так і формувального протезів.

Автор: Ю. С. Кіпарісов, лікар-стоматолог