

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

■ Ю.Л.Писаревский, профессор, д.м.н., И.И.Бородулина, д.м.н., профессор кафедры хирургической стоматологии, Д.О.Юртаев, И.Ю.Писаревский, Н.В.Бородулина, студентка 5 курса стоматологического факультета ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита



Ю.Л.Писаревский



И.И.Бородулина



Д.О.Юртаев



И.Ю.Писаревский



Н.В.Бородулина

Анатомо-функциональные особенности тканей протезного ложа обуславливают качество фиксации и стабилизации полного съемного протеза, а, следовательно, и полноту восстановления утраченных функций жевательного аппарата. Важное значение для обеспечения долговременного положительного прогноза ортопедического лечения данной категории больных имеет специальная подготовка протезного ложа. В процессе подготовительных мероприятий особую сложность представляют костные выступы (экзостозы) и гребни на альвеолярной части челюстей, которые образуются после удаления одного или нескольких зубов.

Обычно врачи-ортопеды, учитывая возраст пациентов и их обще-соматический статус, стараются минимизировать объем хирургических вмешательств. В некоторых случаях, при определенных клинических формах костных выступов, удается получить положительный результат ортопедического лечения без хирургического вмешательства. Во избежание травмы слизистой оболочки используют протезы с мягкой подкладкой на весь базис или на его часть; пластмассовые пелоты; постановку искусственных зубов на приточке. Однако большое число коррекций для устранения болевых ощущений в области костных выступов может приводить к ослаблению фиксации и стабилизации полных съемных протезов.

Вместе с тем, существуют клинические ситуации, когда для получения положительного результата протезирования, невозможно обойтись без хирургических реконструктивных вмешательств. К таким ситуациям относятся, прежде всего, протяженные болезненные костные выступы, покрытые тонкой атрофичной слизистой оболочкой.

Нередко они сочетаются с неравномерной атрофией альвеолярной части на соседних участках челюсти. «Избыток» кости и её «недостаток» у одного и того же пациента требует нестандартного подхода к планированию оперативного вмешательства.

Наиболее эффективным при замещении костных дефектов альвеолярного отростка является использование аутогенной кости. Забор материала производится из внеротовых (гребень подвздошной кости) и внутриротовых (наружная косая линия, подбородок, бугор челюсти) донорских участков. Внутриротовые аутотрансплантаты характеризуются низким процентом отторжения, минимальной резорбцией, близким расположением реципиентного участка. Они восстанавливают альвеолярный отросток и устраняют его дефекты перед установкой дентальных имплантатов. Для чаще проводимой методики «в накладку» используются как монокортикальные блоки, так и костная стружка. Имеются одиночные данные по установке монокортикальных костных блоков из экзостозов при реконструкции альвеолярного гребня.

В качестве альтернативного источника костной ткани для заполнения участков неравномерной атрофии было предложено использование её «избытка» в области костных выступов - лунок недавно удалённых зубов.

Клинический случай 1

В клинику кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО ЧГМА обратилась пациентка Б., 63 лет с жалобами на невозможность приема пищи, неясность речи, нарушение эстетических параметров лица. Из анамнеза выявлено, что зубы удалены по поводу осложненного кариеса в течение ряда лет. На протяжении 6 лет пользовалась частичными съемными пластиночными протезами на обе челюсти. Зубы 3.5, 3.4, 3.3, 3.2., 3.1, 4.1 удалены 5 недель назад по поводу хронического периодонтита в стадии ремиссии (коронки перечисленных зубов были разрушены и их восстановление признано врачом-терапевтом не рациональным). Однако, несмотря на это, пациентка продолжала пользоваться частичным пластиночным протезом на нижней

челюсти до сего времени. Из сопутствующих и перенесенных заболеваний отмечает сахарный диабет, хронический панкреатит, гипертоническую болезнь; 6 месяцев назад перенесла инсульт.

При объективном исследовании выявлена асимметрия лица, уменьшение размеров нижнего отдела лица, затрудненная речь. При осмотре полости рта обнаружена атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти средней степени выраженности, с преобладанием атрофических процессов в боковых отделах. Слизистая оболочка протезного ложа верхней челюсти нормальной плотности, умеренно податлива в задней трети неба, без участков гиперемии и повышенной болезненности.

На нижней челюсти обнаружена неравномерная атрофия альвеолярной части (рис. 1). В области отсутствующих зубов 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 альвеолярная часть полностью отсутствовала и была представлена западением протезного ложа. В области отсутствующих зубов 3.5, 3.4, 3.3, 3.2., 3.1, 4.1 альвеолярная часть представлена протяженным костным возвышением грибовидной формы с узким основанием и нависающей вершиной; по вершине альвеолярного отростка и с вестибулярной его поверхности визуально определялись края лунок удаленных зубов. Слизистая оболочка в области данного костного выступа была натянута, истончена, резко болезненна при пальпации. После изучения гипсовых моделей челюстей было принято решение о хирургическом реконструктивном вмешательстве.

Целью оперативного вмешательства являлось создание благоприятных условий на протезном ложе нижней челюсти для предстоящего ортопедического лечения.

Для этого предстояло удаление острых краёв лунок зубов 3.5, 3.4, 3.3, 3.2., 3.1, 4.1 и увеличение площади альвеолярной части в боковом отделе нижней челюсти справа. Сделан разрез по вершине альвеолярной части в области отсутствующих зубов (рис. 2). Отслоены слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и оральной сторон до уровня переходной складки, частично мобилизованы. Острые края лунок 3.5, 3.4, 3.3, 3.2. 3.1, 4.1 удалены с помощью костных кусачек и заглажены фрезой с помощью фи-



Рис. 1. Исходное состояние протезного ложа нижней челюсти пациентки Б

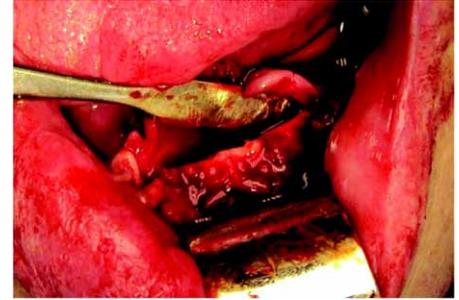


Рис. 2. Обнажение костной основы протяженного экзостоза на нижней челюсти



Рис. 3. Удаление костной основы с помощью хирургических кусачек

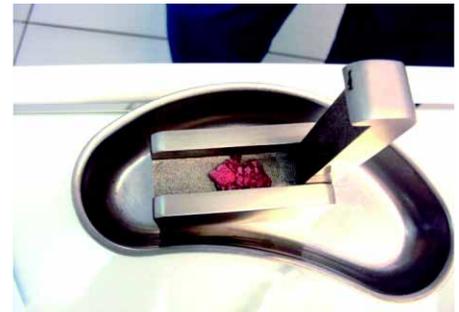


Рис. 4. Подготовка костных фрагментов к измельчению



Рис. 5. Подготовка ложа в боковом отделе для заполнения подготовленной костной крошкой

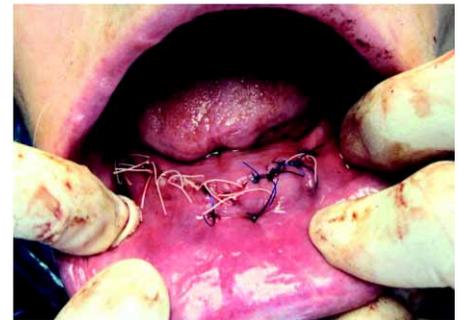


Рис. 6. Внешний вид протезного ложа нижней челюсти после наложения швов

зиодиспенсора (рис. 3). Альвеолярный отросток в этой области выровнен до уровня бокового отдела нижней челюсти слева.

Удалённые фрагменты кости собраны, измельчены в костной мельнице и перемешаны с крошкой из губчатой кости «Остеоматрикс» (рис. 4). По вершине альвеолярного отростка круглым бором просверлены углубления на всю толщу компактного слоя кости на уровне отсутствующих зубов 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, где имелось западение протезного ложа (рис. 5). Имеющийся дефект выполнен приготовленной костной крошкой и прикрыт декальцинированной кортикальной костью (мембраной) «Биоматрикс», предварительно смоченной кровью пациента и стерильным физ.раствором 5 минут. Слизисто-надкостничные



Рис. 7. Внешний вид протезного ложа нижней челюсти через 2 недели после операции

лоскуты, под основание которых продвинуты края мембраны, уложены на место с транспозицией вверх и фиксированы швами (рис. 6).

Оценка клинического состояния протезного ложа (рис. 7), а также сравнение диагностических моделей нижней челюсти до (рис. 8) и

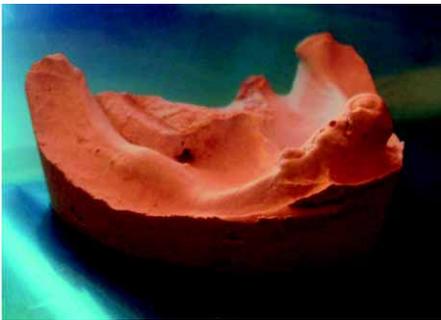


Рис. 8. Гипсовая модель нижней челюсти до хирургической реконструкции



Рис. 9. Гипсовая модель нижней челюсти после хирургической реконструкции

после хирургических реконструктивных вмешательств (рис. 9) позволило выявить существенные положительные изменения клинических условий. После завершения реабилитационного периода проведено ортопедическое лечение больной с помощью полных съемных пластиночных протезов. Стабилизация 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 и фиксация протеза на опорных тканях протезного ложа нижней челюсти соответствовали необходимым требованиям.

Клинический случай 2

В клинику кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО ЧГМА обратилась пациентка Г., 50 лет с жалобами на полное отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненный прием пищи, нарушения эстетического оптимума. Из анамнеза выявлено, что зубы на верхней челюсти удаляла по поводу осложненного кариеса; последние зубы во фронтальном отделе были удалены два месяца назад. Отмечает сохранение болезненности в области удаленных зубов. Из перенесенных заболеваний отмечает операцию по удалению щитовидной железы; в настоящее время проходит заместительную гормональную терапию.

При объективном исследовании выявлена неравномерная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти (рис. 10). Вестибулярный скат верхней челюсти в проекции от отсутствующих зуба 1.4 до зуба 2.4, а так же на уровне зуба 1.6 представлен массивными нависающими костными выступами. Слизистая оболочка в проекции костных выступов натянута, истончена, резко болезненна при пальпации. После изучения гипсовых моделей челюстей было принято решение о хирургическом реконструктивном вмешательстве с целью подготовки протезного ложа к протезированию.

Для этого сделан разрез по вершине альвеолярного отростка верхней челюсти в проекции отсутствующих зубов от 1.6 до 2.4 (рис. 11). Отслоен лоскут с вестибулярной стороны до уровня переходной складки. Острые края лунок удалены костными кусачками, выровнены фрезой (рис. 12). Лоскут уложен на место и фиксирован швами (рис. 13).

Оценка клинического состояния протезного ложа до и после хирургических реконструктивных вмешательств позволила выявить существенные положительные изменения клинических условий (рис. 14). После завершения реабилитационного периода проведено ортопедическое лечение больной с помощью полных съемных пластиночных протезов. Стабилизация и фиксация протеза на опорных тканях протезного ложа верхней челюсти соответствовали необходимым требованиям.

Таким образом, предварительная хирургическая подготовка беззубых челюстей с наличием костных выступов и неравномерной атрофии альвеолярного отростка способствует повышению качества ортопедического лечения и сокращению сроков адаптации больного к полным съемным протезам. Использование внутриротовых аутоаллотрансплантатов из острых лунок удаленных зубов, измельченных до консистенции крошки, для замещения костных дефектов имеет безусловную перспективу.



Рис. 10. Исходное состояние протезного ложа верхней челюсти пациентки Г.



Рис. 11. Отслоение лоскута слизистой оболочки до уровня переходной складки



Рис. 12. Хирургическое формирование костной основы протезного ложа



Рис. 13. Внешний вид операционного поля после наложения швов



Рис. 14. Внешний вид протезного ложа верхней челюсти через 2 недели после операции