

УДК 616.314-089.29-073.79

РЕНТГЕНОЛОГІЧНИЙ КОНТРОЛЬ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ ІМПЛАНТАЦІЇ*(огляд літератури)**Король Д.М., Самойленко Н.М., Нечипаєва Н.С.*

Метою роботи був аналіз літературних джерел, що стосувався рентгенологічного контролю ефективності результатів стоматологічної імплантації. Дослідниками і фірмами запропоновані сучасні рентгенологічні апарати, методики дослідження і визначені стандарти для вивчення змін у кістковій тканині при різних захворюваннях. Отже, апаратурні методи дослідження тканин пародонта - необхідний

елемент комплексу діагностичних заходів у процесі постановки діагнозу, проведення лікування і прогнозування його результатів. Однак, у практичній роботі, лікарі не повинні обмежуватися проведенням рентгенологічного дослідження, недооцінюючи при цьому інші можливі методи.

Ключові слова: імплантація, рентгенологічний контроль, пародонт.

UDC 616.314-089.29-073.79

X-REY CONTROL OF EFFICIENCY OF RESULTS OF THE IMPLANTATION*(review of the literature)**Korol D.M., Samoilenko N.M., Nechipaeva N.S.*

The purpose of our work was the analysis of the references, which are devoted X-rey control of efficiency of results of stomatological implantation. Examinators and firms are offered modern X-rey apparatuses, the techniques of research and are determined the standards for study of changes in osseous tissue at various diseases. So, apparatuses methods of research of parodontal tissues - nec-

essary element of a complex of diagnostic measures during statement of the diagnosis, realization of treatment and forecasting of its results. However, in practical work, the doctors should not be limited to realization of X-rey research, underestimating thus other possible methods.

Key words: implantation, the X-rey control, parodont.

УДК 616.716.- 006- 089: 616.314-089.23/28

**ОСОБЛИВОСТІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЩЕЛЕПАХ***Беліков О.Б.*

Після оперативних втручань з приводу видалення пухлин залишаються дефекти які значніші ніж пухлина, тому що видалення проводиться в межах здорових тканин [1,8]. Внаслідок оперативних втручань утворюються сполучення порожнини рота з порожниною носа, додатковими пазухами, носа й очницею настає різке порушення формування харчо-

вої грудки, ковтання, жування, подиху, слиновиділення мови [2,3,4,7]. Тому хворі після оперативних втручань на щелепах та дефектах піднебіння потребують виготовлення протезів з урахуванням не тільки анатомо-топографічних умов порожнини рота, але й таких, які відновлюють артикуляцію, дихання через ніс, повноцінне ковтання і жування [5, 6, 9].

Метою роботи стало дослідження ефективності відновлення функцій після протезування та характеру процесів адаптації у онкологічних хворих після оперативних втручань на щелепах.

Об'єкт і методи дослідження. Протезуванню підлягало 25 осіб з післяопераційними дефектами верхньої щелепи. Для визначення втрачених функцій та слідкування за процесом їх відновлення нами використані метод спірометрії, діагностичних моделей, визначення піддатливості слизової оболонки меж дефекту, електроміографія. Всі хворі оглядалися в клініці ортопедичної стоматології. Особливе значення при протезуванні онкологічних хворих після оперативних втручань на щелепах мали рубці навколо дефекту, а також цілісність жувальних і м'язів, місця їх прикріплення. Після обстеження післяопераційного дефекту визначали наявність сполучення з порожниною носа, що має велике значення для поновлення мови (відкритої гугнявості). Дослідження щелепних кісток проводилося при одночасному вивченні їх у порожнині рота та на моделях. При відсут-

ності паралельності опорних зубів моделі вивчалися в паралелометрі. При обстеженні хворих звертали увагу на ступінь відкриття порожнини рота. Різке його обмеження може бути спричинене післяопераційними рубцями, тризмом та фіброзними змінами у жувальних м'язах після проведеної променевої терапії. Це враховувалося при одержанні відбитків, а також при виборі конструкції протезу, особливо його обтуруючої частини. Для рівномірного розподілу жувального тиску нами вивчалася піддатливість слизової оболонки. Для цього протезне ложе (рис. 1.) було поділено на зони вестибулярний схил (1, 2, 3, 4), верхівка альвеолярного відростку (5, 6, 7, 8 внутрішній схил 9, 10, 11). Крім того, майбутнє протезне ложе було поділено на такі сектори: рубець (12, 13, 14), фронтальних зубів (1, 2), премолярів і молярів (3), бугра верхньої щелепи (4), меж дефекту піднебіння (9, 10), межа переходу твердого піднебіння у м'яке (11). Всього було здійснено 13 вимірювань у різних точках.

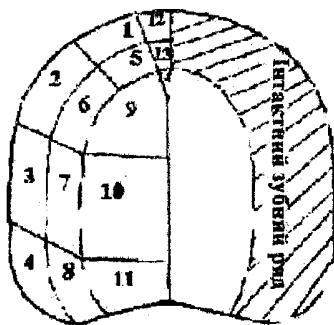


Рис 1. Карта піддатливості слизової оболонки протезного ложа на боці резекції.

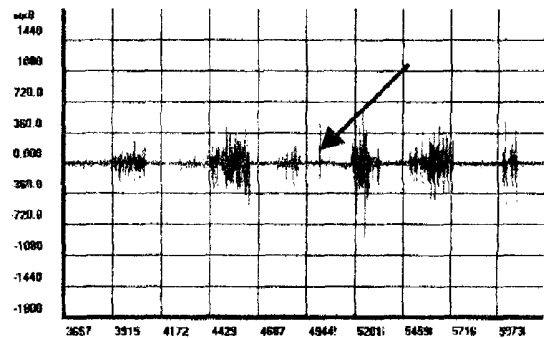


Рис 2. Електроміограма довільного жування пацієнта Б. на боці резекції. (→) - додатковий спалах активності.

з урахуванням зон піддатливості індивідуальною ложкою із світлотвердіючого матеріалу Profibase фірми VOCO одержувалися диференційовані функціональні відбитки і визнача-

лася центральна оклюзія в одне клінічне відвідування. Особливість методики, при односторонній резекції верхньої щелепи, на відміну від традиційної, полягала в постановці штучних зу-

бів у щільному контакті з антагоністами. Для поліпшення мовлення хворих використовується виготовлення порожнистих резекційних протезів. Моделювання резекційної частини протезу здійснювалося не з базисного, а бюгельного воску. Проводилося логопедичне фонетичне тренування за спеціальною картою локалізації дефектів верхньої щелепи. Враховуючи піддатливість слизової оболонки меж дефекту, вивчення моделей в паралелометрі дозволяє в якості фіксуючих елементів протезу використовувати звичайні, навіть дротяні утримуючі кламери, але з обов'язковими елементами шинування.

Результати досліджень. Майже у всіх хворих були визначені: порушення функції носового дихання, виливання через ніс рідкої їжі, зниження спірометричних показників, порушення вимовляння шиплячих, відсутність жування на боці резекції. Виготовлений за пропонуємою методикою резекційний протез не потребує корекції, рівномірно розподіляє жувальний тиск на підлеглі тканини, зменшує строки адаптації до них. Про це свідчать дані кількісного і якісного аналізу електроміограм довільного жування у день накладання протезу (рис.2), а також дані спірометрії. Завдяки ефективному функціональному протезуванню зареєстрована біоелектрична активність жувальних м'язів на боці резекції. Спостерігалися спалахи активності, зростання їх в одному жувальному періоді від початку до середини і поступове зниження до кінця жувального періоду, максимальна амплітуда в середньому складала 730 мкВ. На боці резекції інколи спостерігалися поодинокі спалахи активності, що пояснюється травмуванням жувальних м'язів в ході оперативного втручання і недосконалістю нервово-м'язової регуляції акта жування. За даними спірометрії в день накладання протезу ефективність обтурації складала 93%, а через місяць – 96,8%, що свідчить про адаптацію до протезу. Фонетична

реабілітація значно покращила вимову шиплячих і свистячих звуків. Для наочності наводимо клінічні випадки.

1. Хворий К, 55 років після проведеної резекції половини верхньої щелепи з приводу злоякісної пухлини, пригнічений, емоційно нестійкий. Зуби верхньої щелепи, що залишилися 27, 26, 23, 22, 21 інтактні, покриті металевими коронками з захисним нітридтитановим покриттям. Місце оперативного втручання рубцево змінено, гіперемія слизової оболонки (рис.3а). Діагноз: відсутність половини верхньої щелепи праворуч внаслідок оперативного втручання; дефект зубного ряду 3 класу за Кенеді. Причиною втрати зубів вважає карієс. В результаті проведеного обстеження була вибрана конструкція – резекційних протез з фіксацією на утримуючих кламерах 27, 26 та шинуючими елементами 23, 22, 21. На етапі перевірки конструкції протезу воскова репродукція відкоригувалася воском до набуття форми зворотнього конусу (рис. 3б). Рубець, що утворився нижче опуклості на протезі, утримував його від падіння. Після накладання протезу повітря із ротової порожнини в носову не проникало, гугнявість зникла. Взаємовідношення між зубними рядами було правильне, обличчя прийняло звичайний, естетичний вигляд. Хворий протезом задоволений (рис. 4 а, б).

2. Хвора С., 63 років після перенесеної резекції половини верхньої щелепи з приводу злоякісної пухлини, контактна, до протезування відноситься позитивно. Зуби на верхній щелепі, що залишилися 27, 13, 11 інтактні, стійкі, з погано вираженим екватором. Межі дефекту рубцево змінені, гіперемійовані. Вестибулярний схил грушоподібної форми (рис. 5 а).

Діагноз: відсутність половини верхньої щелепи внаслідок оперативного втручання; дефект зубного ряду 3 клас 1 підклас за Кенеді. Причиною втрати зубів вважає ускладнення ка-



Рис.3 Хворий К., після однобічної резекції верхньої щелепи:
а) дефект верхньої щелепи; б) протез хворого

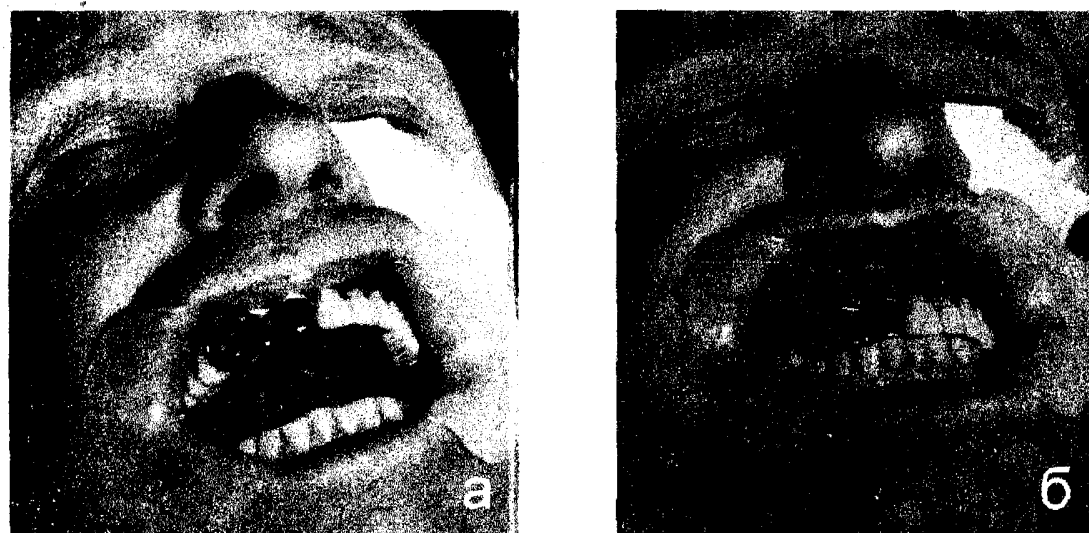


Рис.4. Зовнішній вигляд хворого К. після протезування
а) при відкритому роті, б) в прикусі.



Рис. 5. Хвора С. після однобічної резекції верхньої щелепи:
а) дефект верхньої щелепи; б) протез хворої (стрілкою помічено валик на вестибулярній поверхні)

рієсу. Намічена конструкція – резекційний протез з кламерною фіксацією на утримуючих д्रो-тяних кламерах 27, 13, 11 – телескопічна система фіксації та дентаальвеолярним кламером (рис. 5б). Для формування тканин щоки та антискидання протезу на вестибулярній поверхні протезу утворювали валик у передньо-задньому напрямку. Крім того на готовому протезі під час накладання спилювали значну частину ясен і базису протезу, які прилягають до дефекту, нашаровували ортокор. Хворій пропонували декілька днів носити протез покритий ортокором. Під час функціонування протеза на ортокорі утворювалися відбитки від рубців та звисаючих складок слизової оболонки. Після цього відбитковий матеріал замінювали на базисну пласт-

масу. Виготовленим протезом хвора задоволе-на, мова значно поліпшилась, обтурація добра. Через 3 місяці всі хворі користувалися протеза-ми під час розмови і приймання їжі, мова чітка. Повітря і рідка їжа не попадали в порожнину носа. Опорні зуби стійкі, слизова оболонка без ерозій і виразок але декілька гіперемійована.

Підсумки

Таким чином, стоматологічна реабілітація онкологічних хворих після оперативних втручань на щелепах залежить від уважного обстеження, що має велике значення при виборі раціональної конструкції протезу, який відновлює втрачені функції. Це дозволяє хворому швидко адаптуватися до нових умов в порожнині рота.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абизов Р.Н., Фірсов М.М., Білоусова А.О., Глієвий М.І. Особливості клінічного перебігу злоякісних новоутворень глотки та гор-тані у хворих, що мешкають в Київській області після аварії на ЧАЕС. / Тез. доп. 1X з'їзду отори-ноларингологів України, Київ, 2000. - С. 263.
2. Беликов А.Б., Ризнык Б.М. Ортопедическая реабилитация больных с дефектами верхней челюсти. / Питання ортопедичної стоматології. Зб. наук. праць, Полтава, 1997. -С. 95-97.
3. Беликов О.Б. Особливості протезування хворих після односторонньої резекції верхньої щелепи. / Актуальні проблеми стоматології. Нові методики та технології. Матер. наук.-практ. конф. - Львів, 1998. -С. 17-18.
4. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Амирасланов А.Т. Реабилитация онкологических больных. Москва: Медицина, 1988. - 272 с.
5. Гризодуб В.И., Поросенков А.А. Ортопедическое лечение больных с дефектами твердого и мягкого неба /Мат. наук. конф., Актуальні питання ортопедичної стоматології, Полтава, 1996.-С. 98-99.
6. Оскольский Г.И., Черных А.А. Ортопедические методы реабилитации больных с новообразованиями челюстно-лицевой области. Хабаровск, 1986. –8 с. Рукопись деп. во ВНИИМИ МЗ СССР № 10680-86.
7. Ali A., Fardv M.J., Patton D.W. Maxillectomy-to reconstruct or obturate? Results of a UK survey of oral and maxillofacial surgeons. //Br. J. Oral Maxillofac. Surg.- 1995.- Aug 33: -N 4- P. 207-210.
8. Berger Ch., Zoller J., Eitel U., und andere. Die Defentprothese nach totaler Oberkieferresektion // Dent. Labor. – 1990. – Bd. 38:- N 4. - P.517-520.
9. Cunningham R. A laboratory technique for the production of immediate surgical appliance and one stage obturators for the hemi-maxillectory patient // Brit. S. oral maxillofac. Sung. – 1990. – Vol. 28: N 1. – P.59-61.

УДК 616.716.- 006- 089: 616.314-089.23/28

**ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ**

Беликов А.Б.

Приведены клинические случаи и прослежены процессы адаптации у 20 больных после односторонней резекции верхней челюсти. Для определения утраченных функций и наблюдения за процессом их восстановления использованы метод спирометрии, диагностических моделей, определение податливости слизистой оболочки границ дефекта, электромиография. У больных были определены: нарушение функции носового

дыхания, выливание через нос жидкой пищи, снижение спирометрических показателей, нарушение выговаривания шипящих, отсутствие жевания на стороне резекции. Изготовленные резекционные протезы не требовали коррекции, равномерно распределяли жевательное давление на подлежащие ткани, уменьшая сроки адаптации к ним.

Ключевые слова: резекция верхней челюсти, протез-обтуратор, адаптация, реабилитация.

UDC 616.716.- 006- 089: 616.314-089.23/28

**FEATURES ORTHOPEDIC STOMATOLOGICAL OF AN AFTERTREATMENT THE ONCOLOGIC
PATIENTS AFTER OPERATIVE MEASURES ON MAXILLA**

Belikov A.

The clinical cases and retraces processes of acclimatization at 20 patients after a second resection of the maxilla are given. For definition of the lost functions and retraced behind process of their regeneration the spirometries, used a method, diagnostic models, definition of pliability of a mucous of borders of defect, electromyography. As a result of researches almost at all patients were revealed: infringement of function of nasal respiration, flowing

through a nose of fluid nutrition, downstroke spirometries of parameters, infringement decreasing sibilant, absence of a mastication on the party of a resection. Made resection prostheses did not require correction, in regular intervals distributed masticatory pressure on subject tissues, reducing terms of acclimatization to them.

Key words: resection of the maxilla, prosthesis - obturator, acclimatization, and aftertreatment.