

Н.Е. Митин,
к.м.н., доцент, зав. кафедрой
ортопедической стоматологии
и ортодонтии

О.С. Гуйтер,
к.м.н., доцент кафедры ортопедической
стоматологии и ортодонтии

Т.С. Родина,
к.м.н., доцент кафедры ортопедической
стоматологии и ортодонтии

С.И. Калиновский,
ординатор кафедры ортопедической
стоматологии и ортодонтии

РязГМУ

Протезирование съёмными замещающими протезами пациентов с дезоморфиновым остеонекрозом челюстей

Резюме. Показаны эффективность применения и модифицированная технология изготовления замещающих акриловых протезов при приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области после дезоморфинового остеонекроза челюстей. Протезирование этой группы больных осложняется обезображиванием лица, инвалидизацией и социальной дезадаптацией. Тяжелое психоэмоциональное состояние, как правило, ассоциировано с значительным изменением внешнего вида пациента. Западение губ, снижение высоты нижней трети лица значительно сказывается на возможности ведения социальной жизни, отсутствие зубов, невозможность улыбаться являются причиной замкнутости и нежелания выходить на контакт с лечащим врачом. Длительное применение дезоморфина вызывает деструкцию костей лицевого скелета, что ведет к необратимым изменениям всех тканей зубочелюстной области. У таких пациентов существует необходимость в выборе рационального метода протезирования с целью улучшения функций жевания и речеобразования, для чего в большей мере используются конструкции съёмных акриловых протезов. Проведено клиническое исследование пациента с наркотической зависимостью в анамнезе и состоянием после резекции альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей. Коррекция деформаций проводилась замещающими съёмными акриловыми протезами, изготовленными с применением модифицированной методики. Ее использование позволило добиться точности прилегания протеза к протезному полю, приемлемого замещения дефекта челюстей и удовлетворительных гигиенических характеристик.

Ключевые слова: приобретенный дефект, дезоморфиновый остеонекроз, съёмный протез, ортопедическая реабилитация, акриловая пластмасса

Summary. The application efficiency of the maxillofacial defects replacing technology with the use of a removable acrylic denture is shown. In the process of rehabilitation of a patient with a desomorphine abuse in background, the defect from resection of the maxilla has been restored. The application of the author's method of obtaining impressions, allowed to achieve satisfactory fixation and stabilization of the dentures. That is why, an acceptable restore of the functions of chewing, breathing and speech formation was possible to achieve. A clinical study of a patient with a history of drug abuse and a status after frontal part of the alveolar process of the maxilla resection was carried out. Deformation correct was carried out by a removable acrylic replacement denture which was made with usage a modified technology. The using of this technology let to get the accuracy of the denture fitting to the prosthetic field and acceptable replacement of the maxilla.

Key words: acquired defect, desomorphine osteonecrosis, removable dentures, prosthetic rehabilitation, acrylic plastic

Цель исследования: изучение эффективности применения замещающих съёмных акриловых протезов после резекции альвеолярных отростков нижней и верхней челюсти без сообщения с полостью носа у данной категории больных [4].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

На кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний РязГМУ обратилась пациентка А., 1987 года

рождения, с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, впалость профиля лица, отсутствие фронтальной группы зубов, западение губ. В анамнезе — наркотическая зависимость, в 2012–2015 гг. — злоупотребление инъекциями дезоморфина в подъязычную область. По результатам дополнительного обследования страдает гепатитом С, анализы крови на ВИЧ и RW отрицательные. При внешнем осмотре: лицо незначительно асимметрично за счет приобретенного дефекта верхней челюсти; кожные покровы чистые, в цвете не изменены; носогубные и подбородочные складки резко выражены, углублены; высота нижней трети лица не снижена; открывание рта свободное; прикус фиксированный; лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации, подвижны. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена; в области дефектов истончена, неподвижна, спаяна с окружающими структурами; изъязвления и гноетечения нет; альвеолярные отростки верхней челюсти частично резецированы во фронтальном отделе; ороназальное сообщение отсутствует.

Клинический диагноз: частичная вторичная адентия верхней челюсти, VI класс по Кеннеди; приобретенный дефект верхней челюсти I класса I подкласса по В.Ю. Курляндскому (1965).

Зубная формула:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| П | П | П | П | О | О | О | О | О | О | П | П | П | П | П | П |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| П | П | П | П | П | П | П | П | П | П | П | П | П | П | П | П |

Проведено рентгенологическое обследование, получены альгинатные оттиски, отлиты модели. После анализа диагностических данных принято решение о необходимости изготовления замещающего съемного акрилового протеза [1, 3]. Для обеспечения наилучших результатов его изготовление проводили по модифицированной методике. Предварительно с помощью диагностических моделей была уточнена топография дефекта. Для этого на стандартной оттискной ложке № 2 наслаивали базисный воск в области дефекта. После этого получили оттиск базовым слоем силиконовой массы, это обеспечивает получение максимально точного отображения тканей протезного ложа. В последствие на полученный оттиск наносится корригирующий слой оттискной массы. За счет его консистенции удается достичь оптимального эффекта компрессии, позволяющего получить точное отображение мельчайших деталей дефекта. Вышеописанная методика предложена доцентом кафедры О.С. Гуйтер [2]. Определение центрального соотношения челюстей проводили при помощи воска. Для последующей настройки артикулятора были получены восковые латеро- и медиотрузионные позиционеры [7]. По полученным оттискам получили рабочие модели. Для уменьшения давления протеза на участки истонченной и малоподвижной слизистой оболочки приобретенного дефекта верхней челюсти зубной

техник установил изоляцию из свинцовой фольги толщиной 0,5 мм [8]. Протезы установили в индивидуально настраиваемый артикулятор, настройку проводили по предварительно полученным восковым прикусным шаблонам. После этого этапа зубной техник проводил постановку искусственных зубов будущих протезов [9] и размещение фиксирующих элементов в базисе протеза на верхнюю челюсть. Коррекцию формы восковой композиции во рту проводили методом объемного моделирования [10]. На следующем этапе проводилась примерка восковой композиции съемного протеза, выполнялись функциональные пробы для оценки фиксации и стабилизации протеза. Затем проводилась гипсовка восковой конструкции в кювету традиционным методом, выварка воска, пакровка пластмассы и ее полимеризация согласно инструкции производителя. Финишным этапом стала шлифовка и полировка готовой конструкции протеза. Проведено наложение протеза [6]. В процессе наложения произвели коррекцию границы протеза в области уздечки верхней губы. Следующую коррекцию проводили через сутки использования пациентом. Таким образом, был достигнут равномерный контакт базиса замещающего протеза с протезным ложем. Выявление результатов исследования проводилось на 3-, 7- и 14-й день после протезирования и через 1, 3, 6 и 12 месяцев включительно [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном наложении акрилового замещающего съемного протеза местная реакция вначале проявлялась в виде гиперемии, незначительной болезненности при жевании. После первой коррекции на следующий день после наложения протеза были отмечены явные признаки фазы частичного торможения. Это проявлялось за счет уменьшения гиперемии слизистой оболочки в области дефекта, болезненность значительно уменьшилась [13, 14]. На 7-й день активно проявлялась фаза полного торможения, состояние слизистой оболочки полностью нормализовалось, выявлены незначительные нарушения речи. На 14-й день непрерывного использования замещающего протеза речь пациентки полностью нормализовалась, боли при жевании отсутствуют, гиперемии слизистой оболочки протезного ложа не выявлено, наступила фаза адаптации.

Усовершенствованная методика получения функционального оттиска позволяет равномерно распределить давление базисов акриловых протезов на слизистую оболочку резецированных альвеолярных отростков челюстей [11, 12]. Это снижает жевательное давление, передаваемое от замещающих акриловых съемных протезов на надкостницу, кость и слизистую оболочку протезного поля в области приобретенного дефекта челюсти [17, 18]. К достоинствам замещающих акриловых съемных протезов относится то, что конструкция частичного съемного протеза вызывает минимальный дискомфорт на этапе адаптации, обладает приемлемыми эстетическими свойствами, восполняет утраченный

объем структур полости рта, обладает высокой износоустойчивостью, хорошо восстанавливает речь [16]. Гигиенический уход за протезами не представляет трудностей для пациента, использование зубной щетки или специальных очищающих средств позволяет полностью очистить протез от остатков пищи и налета [15]. Это препятствует микробной контаминации протезного поля под замещающими протезами во время ношения. К отрицательным свойствам полных съемных и частичных съемных акриловых протезов относится возникновение трудностей при пережевывании твердой пищи и механическое давление на истонченную слизистую оболочку послеоперационного дефекта [4].

ВЫВОДЫ

Несмотря на развитие реконструктивной хирургии, протезирование пациентов съемными акриловыми замещающими протезами остается актуальным. При наличии у пациента противопоказаний к хирургическим

операциям, замещающие протезы позволяют не только восстановить функции жевания, дыхания и речи, но и обеспечить удовлетворительную эстетику лица. Благодаря применению авторской методики удается обеспечить достаточную фиксацию протеза. На последней стадии адаптации пациент не испытывает трудностей с использованием протеза, гигиенический уход за ним сводится к применению специальных чистящих средств и зубной щетки, что позволяет проводить очистку поверхностей протеза одновременно с чисткой зубов.

Таким образом, применение замещающих протезов имеет значительное число достоинств, превышающее количество недостатков, к которым можно отнести необходимость адаптации к таким протезам и их замены с течением времени, а также давление, оказываемое на ткани протезного ложа. В зависимости от протяженности замещающей части протеза, возможно возникновение трудностей с пережевыванием твердой пищи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Андреищев А., Герасимов А., Мошкалова А., Мишустина Ю.** Комплексная реабилитация пациентов с асимметричными деформациями челюстей. — *Форум практикующих стоматологов*. — 2013; 2 (8): 30—5.
2. **Гуйтер О.С., Севбитов А.В., Ершов К.А., Калиновский С.И., Митина Е.Н.** Способ получения функционального комбинированного оттиска у больных с постоперационными дефектами верхней челюсти. — Пат. РФ на изобретение № 2650588 от 16.04.2018.
3. **Гуйтер О.С., Митин Н.Е., Устюгова А.Е., Сорокина М.А.** Этиологические факторы, способствующие возникновению дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. — *Eruditio Juvenium*. — 2015; 4: 91—7.
4. **Егоров И.В., Кочеткова А.Ю., Гуськов А.В.** Ортопедическое лечение постоперационного дефекта верхней и нижней челюстей. — *Евразийское научное объединение*. — 2016; 6 (18): 30—1.
5. **Лебедеенко И.Ю.** Ортопедическая стоматология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 334—337.
6. **Миринова М.Л.** Съемные протезы. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 65—67.
7. **Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Стрелков Н.Н., Калиновский С.И., Каплан М.Б.** Опыт диагностики и реабилитации пациентов, имеющих послеоперационные дефекты зубочелюстной области. — *Биомедицинская радиоэлектроника*. — 2017; 7: 79—84.
8. **Akparli L.B.** Improving the efficiency of orthopedic treatment of patients with complete absence of teeth. — *Azərbaycan Tibb Jurnalı*. — 2017; 1: 17—22.
9. **Chigurupati R., Aloor N., Salas R., Schmidt B.L.** Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. — *J Oral Maxillofac Surg*. — 2013; 71 (8): 1471—8.
10. **Hakobyan K., Poghosyan Y., Kasyan A.** The use of buccal fat pad in surgical treatment of "Krokodil" drug-related osteonecrosis of maxilla. — *J Craniomaxillofac Surg*. — 2018; 46 (5): 831—6.
11. **Kumar S., Yadav R.** Prosthetic rehabilitation of a hemimandibulectomy patient. — *Gen Dent*. — 2014; 62 (2): 30—2.
12. **Lungu A.E., Lazar M.A., Tonea A., Rotaru H., Roman R.C., Badea M.E.** Observational study of the bisphosphonate-related osteonecrosis of jaws. — *Clujul Med*. — 2018; 91 (2): 209—15.
13. **Mittal M., Sharma R., Kalra A., Sharma P.** Form, function, and esthetics in prosthetically rehabilitated maxillary defects. — *J Craniofac Surg*. — 2018; 29 (1): 8—12.
14. **Marathe A.S., Kshirsagar P.S.** A systematic approach in rehabilitation of hemimandibulectomy: a case report. — *J Indian Prosthodont Soc*. — 2016; 16 (2): 208—12.
15. **Poghosyan Y.M., Hakobyan K.A., Poghosyan A.Y., Avestisyan E.K.** Surgical treatment of jaw osteonecrosis in "Krokodil" drug addicted patients. — *J Craniomaxillofac Surg*. — 2014; 42 (8): 1639—43.
16. **Sahu S.K., Motwani B.K., Dani A.** Prosthetic rehabilitation of edentulous hemimandibulectomy patient: a clinical report. — *Clin Case Rep*. — 2017; 5 (11): 1739—42.
17. **Sirak S.V., Sletov A.A., Shchetinin E.V., Mikhailchenko D.V.** Treatment and rehabilitation of patients with subtotal mandibule defects. — *Res J Pharm Biol Chem Sci*. — 2015; 6: 1803—10.
18. **Vorrasi J.S., Kolokythas A.** Controversies in traditional oral and maxillofacial reconstruction. — *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. — 2017; 29 (4): 401—13.

для ортопедической

www.vladmiva.ru

СТОМАТОЛОГИИ

ФИКСАЦИЯ КОМПОФИКС
ТЕМПОФИКС
ОРТОФИКС-АКВА
ЦЕМИОН Ф

РЕМОНТ И ИЗГОТОВЛЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ
КЕРАМГЕЛЬ
ТЕМПОКОР

ИЗГОТОВЛЕНИЕ КАРКАСОВ КОРОНОК И ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ
УЛЬТРОПАЛИН
ЭСТКЕР

МАТЕРИАЛ ДЛЯ ШИНИРОВАНИЯ
АРМОСПЛИНТ

ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА
БЕЛСОЛ
КАПРАМИН
ФТОРАСЕПТ

РЕТРАКЦИЯ ДЕСНЫ
АЛЮМОСИЛ
АЛЮМОГЕЛЬ
РЕ-КОРД

ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
БЕЛОПРИНТ
БЕЛОПРИНТ-ХРОМАТИК
БЕЛОПРИНТ-ТАЙМ
БЕЛАСТ
МАССТЕР

СНЯТИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
ДЕСЕНСИЛ
НАНОФЛЮОР

ИЗГОТОВЛЕНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ
ПОЛИСЕТ
ФИКСАЦИЯ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ
ПЕКТАФИКС

БАЗИСНЫЕ ПЛАСТМАССЫ
БЕЛАСТ
БЕЛФЛЕКС
НОЛАТЕК

ЖИДКОСТИ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ИЗДЕЛИЙ И ИНСТРУМЕНТОВ
ОРТОСОЛ

