

В.В. Карасева,  
к. м. н., доцент  
Кафедра ортопедической стоматологии  
УГМА, Екатеринбург

## Клинический случай протезирования после резекции угла нижней челюсти

Резекция челюстей проводится по поводу различных новообразований, а устранение ее последствий осуществляется в основном путем протезирования. Целью протезирования при такой патологии является восстановление утраченных функций, но нередко это бывает проблематичным из-за сложных клинических условий [1].

Улучшение качества жизни онкологических больных после оперативного лечения на нижней челюсти является весьма актуальным, поскольку во время операции производится резекция не менее половины челюсти. При этом наряду с утратой непрерывности зубного ряда нарушаются практически все основные функции зубочелюстной системы: жевание, глотание, речь, внешний вид. Перечисленные выше значительные нарушения функций, а также выпадение из общего ритма жизни вследствие длительного радикального лечения не могут не сказаться и на эмоциональном статусе пациентов [3, 4].

При резекции половины нижней челюсти с одномоментной костной пластикой необходимо решать следующие задачи:

**1. Замещение костного изъяна (недостаточный объем костной ткани чаще вос-**

**полняется остеосинтезом титановой пластинкой).**

**2. Восстановление внешнего вида, речи, глотания и жевания.**

**3. Сохранение оставшихся зубов.**

**4. Сохранение жизнеспособности костного трансплантата.**

Протезирование проводится после эпителизации раневой поверхности. Основной трудностью является фиксация протеза и сохранение оставшихся зубов. Чем больше костный дефект и меньше оставшихся зубов, тем труднее решать эту задачу. Современные технологии протезирования позволяют в значительной мере успешно решать поставленные задачи.

Приведенный ниже клинический случай — убедительное тому подтверждение.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент П., 67 лет, обратился в клинику для протезирования после резекции половины нижней челюсти слева.

Анамнез: годом раньше пациент в другом городе обратился к стоматологу по поводу протезирования зубов. Там ему восстановили целостность зубного ряда верхней челюсти (изготовили мос-

товидный металлокерамический протез с опорами на 1.6; 1.4; 1.1; 2.3; 2.5 зубы). В протезировании на нижней челюсти отказали, поскольку обнаружили уплотнение величиной с горошину в области угла челюсти слева и рекомендовали по возвращении домой обратиться к хирургу-стоматологу. После соответствующего обследования пациенту был поставлен диагноз: доброкачественная опухоль — фиброзная дисплазия тела и угла нижней челюсти, и проведена операция: резекция половины и угла нижней челюсти слева с сохранением небольшого фрагмента ветви, что сделало возможным одномоментную костную пластику титановой пластинкой (рис. 1).

На сохранившемся фрагменте челюсти осталось 6 зубов в переднем отделе (4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3) — де-



Рис. 1. Ортопантомограмма пациента на момент обращения



Рис. 2. Клиническая картина пациента на момент обращения

фект зубного ряда I класса по Кеннеди (рис. 2). Для профилактики смещения отломков челюсти до операции их необходимо фиксировать межчелюстной тягой. В данном случае этого не было сделано, поскольку на нижней челюсти оставшиеся передние зубы и большие концевые дефекты, а также наличие металлокерамического протеза на верхней челюсти делали эту задачу весьма затруднительной. В результате имеется смещение центральной резцовой линии нижней челюсти влево и как следствие асимметрия лица. Помимо этого, у пациента отмечалось затрудненное (не в полном объеме) открывание полости рта (рис. 3).

Обычно с целью сохранения зубов от перегрузки рекомендуется шинирование их коронками. Учитывая топографию и состояние оставшихся зубов (увеличенные клинические коронки из-за обнажения корней, подвижность I–II степени), состояние пародонта (плохая гигиена, пародонтит), а также наличие костного трансплантата, шинирование проводили паяной коронковой шиной (рис. 4). Это объясняется тем, что манипуляции в полости рта, особенно снятие оттисков при изготовлении штампованных коронок значительно проще и менее травматично для



Рис. 4. Паяная шина фиксирована в полости рта (минимальное резцовое перекрытие)

трансплантата и пациента, нежели при изготовлении цельнолитых коронок.

Предварительно, наряду с проведением профессиональной гигиены полости рта, депульпировали зубы 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3. Это было необходимо для последующего их укорочения с целью приведения в соответствие вне- и внутри альвеолярных частей зубов.

Затем был изготовлен частичный съемный протез с металлическим базисом и цельнолитыми перекидными опорноудерживающими кламмерами, которые дополнительно шинировали зубы. Отливка каркаса проводилась на дублированной модели. По сравнению с пластмассовым базисом данная технология дает идеальное (без зазоров) прилегание металлического базиса к зубам с оральной стороны, уменьшает объем протеза за счет меньшей толщины, а также снижает риск поломки базиса вследствие повышенной прочности металла (рис. 5).

Цельнолитые опорноудерживающие кламмеры имеют плоскостное расположение по поверхностям зубов и помимо шинирующего эффекта и хорошей фиксации делают частичный протез полуфизиологическим, по сравнению с нефизиологическим классическим пластиночным (по Румпелю) [2]. Наличие окклюзионных накладок, распо-

ложенных в межзубных промежутках, частично передает жевательное давление через пародонт, т.е. естественным путем, способствуя разгрузке и тем самым сохранению жизнеспособности костного трансплантата (рис. 6).

Решая задачу предупреждения повреждения слизистой оболочки от повышенного давления протеза по границе остеотомии, в этом месте на модели была сделана изоляция. Искусственные зубы в целях профилактики блокирующих контактов были поставлены с минимальным перекрытием, закругленными буграми и в легком контакте с антагонистами (рис. 7).

В процессе привыкания пациент был обучен рациональному введению протеза и даны рекомендации по правильному уходу за полостью рта и протезом. После незначительных необходимых коррекций он быстро адаптировался к протезу.

Проведенное ортопедическое лечение данного пациента благодаря использованию современных технологий в значительной степени позволило решить



Рис. 5. Цельнолитой каркас съемного протеза на модели и вне нее

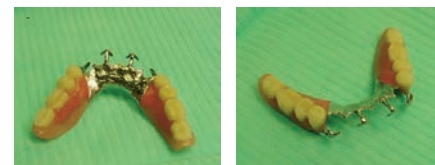


Рис. 6. Внешний вид готового протеза, бугры зубов сглажены



Рис. 7. Фиксация съемного протеза в полости рта



Рис. 3. Внешний вид пациента (асимметрия лица и затрудненное открывание рта)



Рис. 8. Внешний вид пациента после лечения

поставленные задачи. Фиксация протеза, несмотря на небольшое количество оставшихся зубов, удовлетворительная. Отмечается отсутствие смещения протеза при значительном открывании рта (рис. 8).

В результате улучшился внешний вид пациента, восстановились жевание, речь и особенно повысилось психоэмоциональное состояние.

### ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Хочется отметить нерациональную, на наш взгляд, тактику врача-ортопеда, проводившего протезирование на верхней челюсти до оперативного вмешательства (см. рис. 1).

Во-первых, не была проведена предварительная подготовка полости рта к протезированию, в частности нормализация окклюзионной поверхности (трактуются как врачебная ошибка). Из-за имеющейся двусторонней деформации зубного ряда в области жевательных зубов блокируются движения нижней челюсти, что при ограниченном открывании рта после операции значительно затрудняло манипуляции в полости рта.

Во-вторых, считаем не целесообразным использование в качестве опоры протяженного мостовидного протеза зубы 1.6; 1.4; 1.1; 2.3; 2.5 при генерализованном пародонтите с атрофией кост-

ных перегородок от  $\frac{1}{2}$  длины корня и более. Повышенная нагрузка на эти зубы неминуемо приведет к необходимости снятия протеза, что в данных условиях будет весьма проблематичным. Осложняет ситуацию и тот факт, что уже во время ортопедического лечения на нижней челюсти из-за воспаления был удален зуб 1.7, что способствует обнажению корня зуба 1.6, покрытого металлокерамической коронкой.

В-третьих, а так ли уж необходимо было проведение такого срочного протезирования на верхней челюсти у отпусника при невыясненном диагнозе на нижней челюсти?

Полагаем, что разбор данного клинического случая поможет практическим врачам расставить приоритеты в планировании ортопедического лечения и еще раз напомнить о необходимости и актуальности онкологической настроженности на стоматологическом ортопедическом приеме.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Жулев Е.Н., Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология: Пособие для врачей. — М.: ООО «МИА», 2008. — 160 с.

2. Жулев Е.Н. Частичные съемные протезы (теория, клиника и лабораторная техника). — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 428 с.

3. Кислых Ф.И., Рогожников Г.И., Кацнельсон М.Д. Лечение больных с дефектами челюстных костей. — М.: Мед. книга, 2006. — 194 с.

4. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Сапронова О.Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии. — СПб: Фолиант, 2005. — 592 с.