



Національна академія медичних наук України

Міністерство охорони здоров'я України

Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України»

Одеський національний медичний університет

ГО «Асоціація стоматологів України»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

«СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

17 - 18 вересня 2021 рік
м. Одеса

DOI 10.35220

**ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ
НАВИЧКАМИ
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**17 – 18 вересня 2021 рік
м. Одеса**

DOI 10.35220

УДК 616.31(05)

DOI 10.35220

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ
НАВИКАМИ «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА
ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»,
17 – 18 вересня 2021, Одеса**

Затверджено до поширення через мережу Інтернет рішенням Вченої ради Державної установи «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України». Протокол № 14 від 06.09.2021

Рецензенти:

*Шнайдер С. А. д. мед. н., Дєньга О. В. д. мед. н., Бабеня Г. О. к. мед. н.,
Рейзвіх О. Е. д. мед. н., Скиба В. Я. д. мед. н., Гулюк А. Г. д. мед. н.,
Почтар В. М. д. мед. н., Лабунець В. А. д. мед. н.*

Одеса - 2021

УДК 616.314-089.843+616-006.6:616-089

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ У ОНКОХВОРИХ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЧАСТКОВИХ РЕЗЕКЦІЙ ЩЕЛЕП

Лунгу Катерина Валеріївна, асистент кафедри хірургічної стоматології
Куйтуклу Микола Дмитрович, асистент кафедри хірургічної стоматології
Лунгу Валерій Іванович, доцент кафедри хірургічної стоматології
Одеський Національний медичний університет, м. Одеса, Україна
uimpl67@gmail.com

Вступ. Ефективність сучасних методів лікування злоякісних пухлин щелеп проявляється в поліпшенні віддалених результатів лікування, результатів виживання, разом з тим це призводить до росту числа пацієнтів з великими дефектами щелеп, що негативно відбивається на якості життя таких хворих. В Україні не сформовано цілісного підходу до реабілітації таких пацієнтів. Слід зазначити, що ортопедичні методи відновлення дефектів щелеп не одержали розвитку в сучасній стоматології. Дотепер відновлення післярезекційних дефектів верхньої щелепи здійснюється за методикою Оксмана, розробленої ще під час другої світової війни.

Ціль роботи полягає в аналізі результатів застосування дентальних імплантатів при протезуванні онкохворих після променевої терапії та часткових резекцій щелеп.

Матеріали й методи дослідження. Після верифікації ракової пухлини щелепи всім хворим було застосовано комплексний метод лікування. На першому етапі проводилася селективна внутрішньо-артеріальна поліхіміотерапія на фоні регіонарної гіперглікемії й телегамматерапії. Через два місяці після початку лікування якщо констатовано часткову регресію пухлинного процесу, проводилося хірургічне втручання.

Приклад 1. Х-ий П., 86 років. У результаті проведеного хірургічного лікування (часткова резекція верхньої щелепи із видаленням пухлинного вогнища) у хворого утворився дефект правої верхньої щелепи, порожнина рота й порожнина носа виявилися сполученими. Усунення дефекту було виконано післярезекційним протезом Оксмана через три місяці після закінчення основного лікування. Однак на контрольних оглядах щомісяця пацієнт продовжував скаржитись на недостатню естетичність протеза, неповне відновлення жування, порушення мови, смакової чутливості, травмування країв дефекту. Крім цього, протез доводилося коректувати із частотою раз на 2-3 місяця у зв'язку з утворенням пролежнів на слизовій оболонці навколо дефекту щелепи, що саме по собі є преанцерогенним чинником і не повинно залишатися без уваги лікарів. Хірургічний етап лікування – видалення 22 зуба, рухомих 12 і 13 зубів, безпосередня установка одноетапових імплантатів в ділянці 12 і 13 зубів та в горбово-крилоподібній ділянці. Через 2 місяця після операції проведений ортопедичний етап лікування.

Приклад 2. Через 20 місяців після закінчення основного лікування хворий І., 67 років, був виготовлений знімний протез з урахуванням післяопераційного дефекту, користуватися яким вона не змогла. Хвора пред'являла скарги на неможливість жування через погану фіксацію знімного протеза, хронічну травму слизової оболонки в області дефекту кісткової тканини в результаті зсуву протеза в процесі функції. Корекції протеза й використання гелів для фіксації знімних протезів не давали позитивних результатів.

Результати й обговорення. Жувальна ефективність часткових пластинкових протезів, різновидом яких є післярезекційний протез Оксмана, становить усього приблизно 30 %. Крім того, ці протези мають ряд інших недоліків, а саме: порушують сприйняття відчуттів у порожнині рота, дикцію, негативно впливають на слизову оболонку протезного ложа,

підсилюють атрофічні процеси в кістковій тканині протезного ложа й, нарешті, за допомогою утримуючих кламмерів, розхитують опорні зуби. Як показали наші дослідження, кісткова тканина після перенесеної променевої терапії здатна витримати оклюзійне навантаження, але не раніше, ніж через рік безрецидивного періоду й необхідно шинування опорних імплантатів незмінною конструкцією.

В такій клінічній ситуації жувальне навантаження може створювати обертальний момент і вивихувати опорні імплантати. Для запобігання обертального моменту в конструкції передбачена сагітальна стабілізація протезу за допомогою опорної балки на протилежній стороні. На балансуєчій стороні створюються контакти різнойменних горбів відповідно до компенсаційної теорії артикуляції. Якісна фіксація бюгельного протезу забезпечується аттачменами. Обтюратор бюгельного протезу виготовляється з м'якої пластмаси. Еластична пластмаса дозволяє виключити травмування м'яких тканин протезного ложа при мікроекскурсіях протезу. Бюгельний протез є знімним, що дозволяє регулярно проводити гігієнічну обробку обтюратора.

Обстеження через 1, 3, 6, 12 місяців: скарг на порушення естетики ні, жування відновлене, мова не порушена. Запалення слизової оболонки протезного поля не виявлене (негативна проба Шиллера – Писарева). При рентгенологічному дослідженні резорбції кісткової тканини в області імплантатів не спостерігається. Але ключовий момент цієї роботи – це поліпшення якості життя нашого пацієнта.

Приклад 2. Через два місяці були встановлено 5 одноетапових гвинтових імплантатів без відшаровування слизово-окістного клаптя, на які виготовили індивідуальні ковпачки й умовно-знімний протез. Динамічне спостереження за станом слизової оболонки в процесі експлуатації протеза й контрольні рентгенограми дозволяють зробити висновок про спроможність кісткової тканини в ділянці дефекту після перенесеної променевої терапії витримувати імплантаційне навантаження. Однак, на нашу думку, протез на ковпачках не є достатньої шинуючою конструкцією. Крім того, наявність телескопічної фіксації не виключає механічного впливу знімного протезу на слизову під протезом. У результаті, через рік після протезування з'явилися розростання грануляційної тканини й рентгенологічно підтверджені явища періімплантита. Після вилучення імплантату відбулося відновлення кісткової тканини без додаткової аугментації. На чотири імплантати, що залишилися була виготовлена шинуюча балка й незнімний протез, що спирається на неї, а не на ковпачки й слизову оболонку.

Обстеження через 6, 12 місяців: скарг на порушення естетики, акту жування, дикції немає, гіпертрофії слизової оболонки не спостерігається, при рентгенологічному дослідженні резорбції кісткової тканини в області імплантатів не спостерігається. Більш того – відзначається достовірне збільшення висоти альвеолярного відростка навколо імплантатів в ділянці дефекту. Цю ситуацію можна вважати яскравим прикладом закону Вольфа (1892г.) – «функція визначає форму» у сучасній демонстрації.

Висновки. 1. Показана доцільність і ефективність використання дентальних імплантатів для реабілітації онкохворих після проведення променевої терапії та часткових резекцій щелеп.

2. Обов'язково жорстко шинувати опорні імплантати суцільнолітою незмінною ортопедичною конструкцією.

4. Необхідно створення державної програми реабілітації онкохворих після часткових резекцій щелеп. Це дозволить удосконалити методи відновлення післяопераційних дефектів і, в остаточному підсумку, не тільки подовжити життя цієї категорії пацієнтів, але й підвищити її якість, соціально їх реабілітувати.

Резюме тезисов. Обоснована целесообразность установки имплантатов для эстетической и функциональной реабилитации онкобольных после частичных резекций челюстей без применения методик костной пластики в обход послеоперационного дефекта верхней челюсти, через дефект альвеолярного отростка нижней челюсти.

Список літератури

1. В.І. Лунгу, А.А. Бас Незнімний протез із опорою на імплантати після часткової резекції нижньої щелепи // Дента клуб. – 2011. – № 2. – С. 74 – 76.
2. Лунгу В.И., Бас А.А. Использование дентальных имплантатов при протезировании после частичной резекции верхней челюсти // Дентаклуб. – 2011. – № 6. – С. 74 – 77.

