

Концепція перманентної ортопедичної реабілітації онкологічних хворих після резекції верхньої щелепи

Беліков О.Б., Левандовський Р.А.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Нами розроблено та запропоновано концепцію перманентної ортопедичної реабілітації хворих з резекцією верхньої щелепи. Основна ідея запропонованої концепції полягає в тому, щоб пацієнт після проведеної резекції ні хвилини не залишався без протеза. При наявності природних зубів на здоровій стороні верхньої щелепи виготовляли безпосередній резекційний протез з піднятим вестибулярним бортом (Патент на корисну модель № 50973), у двох модифікаціях.**(Рис.1)**.

В окремих клінічних випадках доводилося проводити індивідуалізацію безпосереднього протеза із жорстким піднятим вестибулярним бортом методом вкорочення його вестибулярного борту до конфігурації меж післяопераційного дефекту м'яких тканин губи і щоки під час самої операції та зішліфовуванням щічних горбків першого та другого молярів з метою запобігання мацерації недозрілої слизової оболонки щоки.**(Рис.2)**.

Результати протезування показали, що перманентна ортопедична реабілітація запобігає потраплянню залишків їжі та рідини в ділянку дефекту, скорочує терміни загоєння рани, попереджує западання м'яких тканин щоки на боці дефекту, виникнення фонетичних розладів у пацієнтів, оскільки відсутність кісткової опори вдало компенсується конструкцією протеза. Якщо на здоровій стороні є природні зуби або дентальні імплантати, придатні для протезування, то ретенція резекційної апаратури планується за їх участю. Якщо останніх немає, то на оформленій вестибулярній бічній ділянці моделі забирається частина гіпсу у формі еліпса для створення вестибулярної камери з ефектом самофіксації (Патент на корисну модель №52857). **(Рис.3)**.

Два останніх різновиди ортопедичної апаратури були тимчасовими. Після епітелізації операційної рани в деяких випадках застосовували крем для кращої фіксації протезів, який накладали з боку щік, у передбачені для цього западини на щічних і вестибулярних поверхнях.

Як постійну ортопедичну апаратуру для реабілітації пацієнтів після резекції верхньої щелепи розроблено та запропоновано резекційну апаратуру з піднебінним шарнірним кріпленням (Патент на винахід №90395) **.(Рис.4)**. Принцип дії цієї конструкції взято за аналогом роботи скронево-нижньощелепного суглоба. Така конструкція оберігає від руйнування опорні зуби та дентальні імплантати, забезпечуючи довготривале функціонування ортопедичної апаратури, оскільки працює як справжній шарнір, момент сили в якому при заданій амплітуді наближується до нуля.

Незнімна опорна частина резекційної апаратури представлена у вигляді естетичних металокерамічних коронок, з'єднаних між собою і зафіксованих на природних зубах або дентальних імплантатах. Опорну металокерамічну коронку на природному зубі виготовляли за загальноприйнятою технологією, а коронка з опорою на дентальні імплантати мала певні конструктивні особливості (Патенти на корисну модель № 49084, 51657, 52148). Для фіксації коронок та мостоподібних протезів з опорою на дентальні імплантати запропоновано спосіб фіксації (Патент на корисну модель № 50576) з використанням тимчасових та постійних цементів. Знімна частина резекційної апаратури була представлена у вигляді часткового знімного протезу із пустотілою обтуруючою частиною. В основі його був металевий облегшений перфорований каркас із модельюванням місця для закріплення матриць (від 2-х до 4-х). З'єднання незнімної і знімної частин резекційної апаратури проводили за допомогою шарнірного кріплення.**(Рис.5)**. Демонтаж резекційного протезу з піднебінним шарнірним кріпленням здійснювали з допомогою ключа індивідуального коистування.**(Рис.6)**.

Для перерозподілу жувального тиску вздовж силових ліній осі шарніра розміщували з піднебінного боку опорних коронок, на відміну від традиційного кріплення протеза за допомогою нерухомих кламерів чи замкових з'єднань на гребнях альвеолярного відростка. Варіант РА апробовано у дев'яти пацієнтів із різною кількістю природних зубів та встановлених ендосальних дентальних імплантатів на здоровому боці щелепи, включених в конструкцію. Лабільність її досягали шляхом застосування шарнірних замків плаваючого типу, що дозволяло обтуруючій частині вільно повертатися відносно осі шарніра на величину біомеханічного кута резекційної апаратури індивідуального для кожного пацієнта. У всіх пацієнтів протягом тривалого часу користування (термін спостережень до 10 років) не спостерігалось втрати природних опорних зубів та дентальних імплантатів.

