

Применение эластичного материала Ufi Gel P (VOCO) для коррекции резекционного протеза в процессе ортопедической реабилитации пациента с послеоперационным дефектом верхней челюсти онкологического генеза. Клинический случай.

Симоненко Р.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Резюме. В работе описана методика коррекции резекционного протеза верхней челюсти с использованием эластичной прокладки. Обоснована высокая эффективность применения материала на основе А-силикона Ufi Gel P VOCO (Германия) для клинического перебазирования резекционного протеза в отдаленные сроки.

Ключевые слова: эластичная прокладка, резекционные протезы верхней челюсти, отдаленное пострезекционное протезирование

The Ufi Gel P (VOCO) application for the correction of the resection prosthesis in an orthopaedic rehabilitation of a patient with a postoperative upper jaw defect of oncological origin.

Symonenko R.V.

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Summary. The work describes the correction method of an upper jaw resection prosthesis by means of an elastic pad. The high-potency of the Ufi Gel P VOCO (Germany), A-silicone based material, was demonstrated for the clinical relining of resection prosthesis in distant future.

Key words: elastic pad, upper jaw resection prosthesis, post-resection distant ptosthetics.

Вступление

В структуре онкологических заболеваний распространенность злокачественных новообразований полости рта занимает значительное место, а лечение является преимущественно комплексным и радикальным (1). Большое значение для таких пациентов имеет не только восстановление функции жевания, но и их социальная реабилитация. Несмотря на высокий уровень современной челюстно-лицевой хирургии, чаще всего реконструктивную хирургическую пластику применяют в сочетании со съёмным протезированием. Основными проблемами при протезировании пациентов в послеоперационном периоде являются многочисленные рубцовые изменения, необратимые изменения костной структуры черепа, наличие сообщения между полостью рта и носовой полостью, высокая

микробная адгезия к базису протеза (2, 3). Значительное место среди больных с послеоперационными дефектами занимают пациенты после резекции верхней челюсти (1, 4). А протезирование второй группы дефектов верхней челюсти за Ю. Курляндским при наличии опорных зубов на одной половине челюсти считается наиболее сложным. Присасывание такого протеза полностью исключено или значительно снижено, поэтому для ретенции эффективны только кламмерная фиксация и адгезия. Разумеется, кламмерная фиксация при протезировании этой группы дефектов остается основной, а для уменьшения смещения протеза в вертикальном направлении его рекомендуют изготавливать пустотелым. Но преимущественно плотное прилегание протеза обеспечивает восстановление функции глотания и речи. Эффективную адгезию можно получить посредством построения системы клапанов: внутреннего и периферического. Внутренний в виде валика располагается по краю дефекта, а периферический формируется с вестибулярной поверхности челюсти по переходной складке и по линии А.

До сих пор нет единого мнения по поводу протезирования пациентов после резекции верхней челюсти, однако данные литературы свидетельствуют о большом количестве проблем, возникающих при применении самоотверждаемой пластмассы для изготовления протезов-обтураторов и указывают на эффективность использования эластичных прокладочных материалов в протезах-обтураторах у пациентов с полной адентией и послеоперационными дефектами онкологического генеза (5, 6). А также ученые обращают внимание на отсутствие данных об отдаленных результатах протезирования таких пациентов как основную проблему современной ортопедической реабилитации онкологических больных (4, 6). Таким образом, актуальным остается вопрос совершенствования методов протезирования таких пациентов.

Принимая во внимание вышеизложенное, мы использовали эластичный материал Ufi Gel P компании VOCO (Германия) для коррекции клинического перебаазирования резекционного протеза в процессе реабилитации пациента после резекции верхней челюсти в отдаленные сроки (7).

Ufi Gel P - материал на основе А-силикона для ручного смешивания при проведении мягкого перебаазирования полных и частичных съемных протезов, который отвердевает вследствие автономной холодной полимеризации и подходит для всех протезов на основе полиметилметакрилатов. Материал получил широкое применение в ортопедической стоматологии, так как: во-первых, Ufi Gel P может быть использован как для прямого, так и для лабораторного (непрямого) методов

перебазирования протезов (временных, постоянных, полных и частичных); во-вторых, Ufi Gel P высокотехнологичный материал; и, в-третьих, соединение мягкой и жесткой пластмасс получается достаточно прочным, что позволяет улучшить фиксацию протезов.

Клинический случай

К нам обратился пациент М., 72 года, которому была проведена субтотальная резекция верхней челюсти слева три года назад вследствие жалоб на нарушение жевания, глотания, речи, попадания пищи в носовую полость. За этот период также было два рецидива и два оперативных вмешательства. Согласно протоколам проводились химиотерапия и лучевая терапия. Общение с пациентом было затруднительным, поскольку он не мог говорить, а только писал в блокноте. Во время сбора анамнеза выяснилось, что больному за это время было изготовлено несколько протезов, которыми он не смог пользоваться (протезы травмировали слизистую оболочку, были неудобными при жевании и не восстанавливали функцию речи). На данный момент пациент не пользовался протезом в течение 6 месяцев.

Объективно: асимметрия лица вследствие костного дефекта левой верхней челюсти, дефект твердого нёба II класс по Арамани, сообщение с носовой полостью. Открывание рта свободное и безболезненное. Зубная формула на верхней челюсти 17,14,13,12,11, 21, 22. Имеется цельнолитой комбинированный мостовидный протез с опорой на зубы 17 и 14. Зубы устойчивы, перкуссия безболезненна (рис.1.1-1.2).

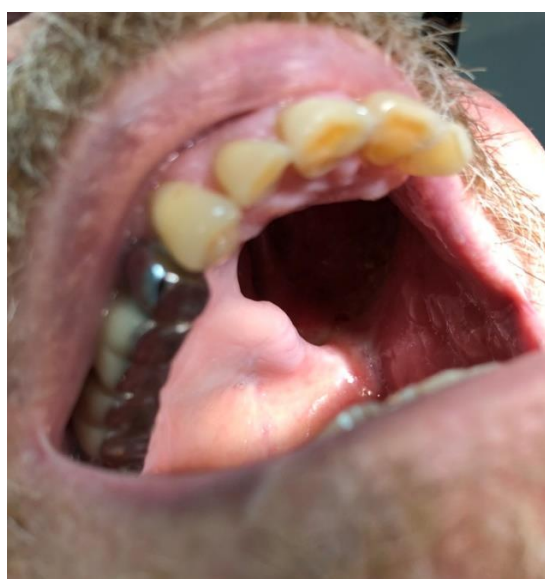


Рис. 1.1-1.2

В первое посещение было проведено комплексное обследование и сняты анатомические оттиски альгинатной массой. При обследовании установлено, что

вероятно в послеоперационный период не было сформировано ложе в слизистой оболочке щеки, которое могло бы служить пунктом анатомической ретенции для внешнего клапана. Поэтому нами было принято решение изготовить пластинчатый съемный протез из акриловой пластмассы с фиксацией на гнутых кламмерах полый obtурирующей части и расширить внешний край протеза на 2-3 мм. А также исключить этап примерки восковой репродукции протеза для достижения максимальной точности.

Во второе посещение проведено наложение протеза. Нам удалось достичь эффективной адгезии за счет внутреннего и периферического клапанов. Пациент получил соответствующие рекомендации по пользованию и уходу за протезом (рис. 2.1-2.4).



Рис. 2.1-2.4.

Благодаря удачному протезированию нами было восстановлена дикция, частично эстетика, пациент получил возможность нормально принимать пищу. Вести речь об эффективности функции жевания, разумеется, не совсем уместно, поскольку

известно, что пациенты в основном пережевывают пищу на здоровой стороне. Но пациент остался очень доволен протезированием (рис. 3).



Рис. 3.

Спустя 8 месяцев пациент вновь обратился с жалобами на ухудшение фиксации протеза и болезненные ощущения в дистальной области слева. При осмотре было установлено нарушение плотного прилегания протеза по периферическому краю до протезного ложа, а также изъязвление в месте дистального контакта базиса протеза со щекой (рис. 4.1). Внутреннее прилегание протеза практически не нарушилось. Известно, что основными проблемами при протезировании пациентов после резекции верхней челюсти являются необратимые изменения костной структуры черепа, наличие сообщения между полостью рта и носовой полостью и вызванная этим высокая микробная адгезия к базису протеза, а также вертикальное смещение протеза (2, 3). Периодически пациент проводил антисептическую обработку слизистых оболочек, поскольку за период лечения он обрел антибиотикорезистентность.



Рис. 4.1-4.4.

Несомненно, что карантин стал причиной нарушения привычного образа жизни пациента и повлек за собой значительное напряжение. Поэтому предложение об изготовлении нового протеза вызвало негативную реакцию у больного. Учитывая возраст пациента, антибиотикорезистентность и пандемию, а также для минимизации посещений нами было принято решение провести коррекцию протеза с использованием эластичной прокладки Ufi Gel P компании VOCO (Германия) после пробиотикотерапии участков поражения слизистой оболочки.

Для аппликаций нами были применены оригинальные композиции спорообразующих бактерий рода *B. subtilis* *B. licheniformis*. Эти транзиторные пробиотики обладают пролонгированным действием и значительно улучшили ситуацию уже после первой процедуры (рис. 4.1-4.4). После двух аппликаций пациенту провели клиническую коррекцию границ протеза.

Методика перебазирования с использованием материала Ufi Gel P компании VOCO (Германия)

Сначала с внутренней стороны протеза на участке линии А дефекта нёба и переходной складки сошлифовывали до 2 мм пластмассы, стараясь не утончать край, обезжиривали поверхность спиртом и высушивали в течение 1 минуты. Чтобы достичь оптимального соединения с протезом, необходимо исключить попадание влаги, контакт со слюной и жидкостью, содержащей мономеры пластмасс. После этого на подготовленную внутреннюю поверхность протеза наносили тонкий равномерный слой адгезива и оставляли на воздухе примерно на 1 минуту. Ufi Gel P

базу и катализатор в соотношении 1:1 смешивали в течение 30 секунд до получения однородной массы без пузырьков воздуха. Полученную массу наносили на внутреннюю поверхность базиса протеза, перекрывая края на 1-2 мм. Толщина нанесенного слоя должна составлять минимум 2 мм. Через 1 минуту после нанесения геля протез вводили в полость рта пациента и предлагали сомкнуть зубы в положении привычной окклюзии на 1 минуту. Затем в течение 5 минут пациент воспроизводил мимические и глотательные движения (рис. 5.1.-5.6). После чего протез извлекали из полости рта. Чтобы ускорить полимеризацию протез помещали в аппарат для полимеризации под давлением на 10 минут при температуре 40-45 °С. Далее приступали к обработке протеза. Остатки эластичной прокладки легко удаляются тонкими острыми ножницами или скальпелем. Обработку мест перехода проводили спустя 30 минут с использованием фрезы и полировального диска (напр., REF 2049). Затем для получения гладкой поверхности наносили глянец. Для этого на специальной пластинке одноразовой кисточкой смешивали одинаковое количество капель глянца базы и катализатора до получения гомогенной массы. Смесь тонким слоем распределяли по всей предварительно высушенной поверхности. Ufi Gel P глянец нужно наносить в течение 1 минуты. Время связывания при комнатной температуре составляет 10 минут. Или же протез можно поместить в аппарат для полимеризации под давлением (40-45° С) на 3-5 минут. После этого готовый протез вводили в полость рта пациента. Нам удалось достичь эффективной адгезии за счет коррекции периферического клапана эластичным материалом. Пациент получил соответствующие рекомендации по пользованию и уходу за протезом, а именно не использовать абразивные и агрессивные материалы для гигиенической обработки. А также являться на профилактические осмотры один раз в месяц.





Рис. 5.1-5.6.



Рис. 6.

Выводы

Конечно, поныне нет единого мнения по поводу протезирования пациентов после резекции верхней челюсти онкологического генеза, однако данные литературы свидетельствуют о большом количестве проблем, главная из которых - отсутствие ведомостей об отдаленных результатах протезирования таких пациентов, «временность» ортопедических конструкций и неутешительные прогнозы. С этой точки зрения использование качественных эластичных материалов является удачным решением текущих проблем, с учетом того, что перебазирование и коррекцию можно довольно легко повторить в случае необходимости. Плотное прилегание протеза к слизистой оболочке протезного ложа обеспечит восстановление функции глотания и речи на определенный период, и в конечном итоге долговременную реабилитацию нарушенных функций откусывания, жевания, дикции, эстетических норм улыбки и лица. Эластичная коррекция позволяет оказать быструю помощь, делает пользование протезом более удобным, ускоряет адаптацию и положительно влияет на социальную реабилитацию онкологических пациентов.

Список использованной литературы

1. Арутюнов А.С., Шанидзе З.Л., Царева Е.В., Арутюнов С.Д. Особенности ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов и послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза. *Стоматология*. 2018;97(1):54-58. <https://doi.org/10.17116/stomat201897154-58>
2. А.А. Кулаков, В.М. Чучков, Е.Г. Матякин, И.С. Романов, А.А. Ахундов, А.М. Мудунов, С.П. Федотенко, Н.Н. Федотов, С.О. Подвязников, М.А. Кропотов, О.А. Жарков, М.В. Чучков. Результаты ортопедического лечения онкологических больных с челюстно-лицевыми дефектами
3. Ali, R, Altaie, A and Nattress, B (2015) Rehabilitation of oncology patients with hard palate defects Part 2: Principles of obturator design. *Dental Update*, 42 (5). 428 - 434. ISSN 0305-5000
4. Mittal M, Sharma R, Kalra A, Sharma P. Form, Function, and Esthetics in Prosthetically Rehabilitated Maxillary Defects - *J Craniofac Surg*. 2018 Jan;29(1):e8-e12.
5. [Sreeraj R](#), [Krishnan V](#), [V M](#), [Thankappan K](#). Comparison of Masticatory and Swallowing Functional Outcomes in Surgically and Prosthetically Rehabilitated Maxillectomy Patients. - *Int J Prosthodont*. 2017 November/December;30(6):573–576.
6. Piriya Boonsiriphant DD Joel A.Hirsch DD Alex M.Greenberg DD Eric M.Genden MD, FACS Prosthodontic Considerations in Post-cancer Reconstructions - *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* Vol. 27, Is. 2, May 2015, P 255-263
7. Symonenko R., Etnis L. Funkcionalny analiz rezultatov ispolzovaniy elasticheskoy podkladki Ufi Gel P компании VOCO (Германия) как средства для сокращения сроков адаптации к съемным пластинчатым протезам в процессе ортопедической реабилитации пациентов с ассиметричными дистальными неограниченными дефектами зубных рядов на ранних этапах. *Современная стоматология*. 2020 4(103):53-59