

Особенности ортопедического лечения больных при неправильно сросшихся переломах нижней челюсти

В. В. Карасева

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

Неправильно сросшиеся переломы челюстей возникают при несвоевременном или некачественном оказании специализированной хирургической помощи. Задачи по восстановлению утраченных функций нередко бывают трудно выполнимыми из-за сложных клинических условий. Особенности протезирования таких больных зависят от величины и локализации дефекта, от состояния оставшихся зубов, от степени открывания рта и наличия или отсутствия рубцовых изменений мягких тканей, окружающих дефект.

На примере клинического случая изучены методы и особенности ортопедического лечения пациентов с неправильно сросшимися переломами нижней челюсти, освоены этапы изготовления съёмного протеза с цельнолитым металлическим базисом и дублированным зубным рядом пациенту при неправильно сросшемся переломе нижней челюсти; проведена оценка результатов проведенного ортопедического лечения.

Ключевые слова: травмы челюстей, смещение отломков челюстей, неправильно сросшиеся переломы нижней челюсти, протезирование с дублированным зубным рядом.

При качественном оказании специализированной хирургической помощи пациентам с повреждениями челюстей (медикаментозная обработка раны, репозиция и иммобилизация отломков) процесс заживления протекает с восстановлением анатомической целостности челюсти, правильной окклюзии и нормализацией всех функций зубочелюстной системы. Если помощь больным с переломами челюсти была оказана несвоевременно или неквалифицированно, то происходит срастание отломков в неправильном положении, поскольку смещению этих отломков во многом способствуют мышцы, прикрепленные к ним [1].

Для лечения больных с неправильно сросшимися отломками челюстей можно использовать несколько способов. Наиболее целесообразным является хирургическое лечение путем кровавой репозиции отломков, установлении их в правильное положение и последующей иммобилизации.

В случае отказа больных от операции или наличии противопоказаний к ней применяются ортопедические (протетические) методы. Ортопедическое лечение зависит от характера смещения отломков, количества и состояния оставшихся зубов [2].

При неправильно сросшихся переломах челюстей морфологические и функциональные

нарушения зубочелюстной системы определяются локализацией перелома, степенью смещения отломков, тяжестью деформации. Изменяется внешний вид пациентов: асимметрия лица и напряжение мягких тканей лица и приротовой области из-за образовавшихся грубых рубцов, порой ограничивающих движения нижней челюсти и значительно затрудняющих пережевывание пищи [3].

Описываемый нами случай представляет клиническую ситуацию, потребовавшую действий стоматолога-ортопеда при неправильно сросшемся переломе нижней челюсти с частичной потерей зубов.

В клинику кафедры ортопедической стоматологии УГМА для протезирования зубов обратился пациент С. 45 лет., получивший около двух лет назад серьезную черепно-мозговую травму. В процессе реанимационных мероприятий своевременное оказание специализированной хирургической стоматологической помощи ему оказано не было. В результате этого, на момент обращения, у пациента диагностировали: неправильно сросшийся перелом и частичную вторичную адентию (3 класс 2 подкласс по Кеннеди) нижней челюсти, на верхней челюсти — полная вторичная адентия. Поскольку у пациента имелся сложный неврологический диагноз (эпилептический статус, 2 группа инвалидности) хирургическое лечение на нижней челюсти (открытая репозиция отломков) ему не показано.

В. В. Карасева — к. м. н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

Основные функциональные нарушения возникают из-за изменения окклюзионных взаимоотношений, поскольку наблюдается нарушение смыкания зубных рядов и сильно затрудняется процесс пережевывания пищи. При наклоне отломков нижней челюсти и смещении их к средней линии образовывается перекрестный прикус, который при неправильно сросшихся переломах челюстей устраняется или ортодонтическим путем, или, чаще, при протезировании несъемными или съемными протезами с дублированным зубным рядом [4].

Протезирование такими конструкциями имеет свои особенности. Начали лечение с проведения профессиональной гигиены полости рта и обучении больного регулярной чистке зубов, раньше этого он никогда не делал (см. цв. вкладку рис. 1).

Поскольку, в результате неправильного сращения отломков челюсти вертикальные оси оставшихся зубов 4.5, 4.4 и 4.3 тоже смещены, и не только по отношению к альвеолярному отростку, но и по отношению к вертикальным осям других зубов, до начала протезирования необходимо было тщательно изучить диагностическую модель визуально и с помощью параллелометра (см. цв. вкладку рис. 2). Это делается с целью выбора опорных зубов и рационального расположения на них элементов кламмеров, а также для определения оптимального пути введения протеза. Если изучение модели не выявляет оптимального пути введения протеза, то ставится вопрос о подготовке отдельных зубов (депульпирование с последующей препаровкой и придания им правильной формы искусственными коронками). В нашем случае, зубы 4.5, 4.4 и 4.3 значительно наклонены в язычную сторону, что сильно затрудняло определение пути введения съемного протеза, из-за чего потребовалось предварительно их депульпировать, а затем корректировать деформацию путем шлифования и покрытия металлическими коронками.

Лучшие результаты восстановления дефектов зубного ряда дает применение цельнолитых дуговых протезов или протезов с литыми базами. Нами был изготовлен частичный съемный протез с металлическим базисом из кобальтохромового сплава и цельнолитыми перекидными опорноудерживающими кламмерами системы Нея. Отливка каркаса проводилась на дублированной модели. Это позволило отлить сложную металлическую конструкцию без деформаций и изъянов. Пре-

имущество данной технологии по сравнению с пластмассовым базисом в том, что она 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 благодаря повышенной прочности металла (см. цв. вкладку рис. 3).

Искусственные зубы в съемном протезе шлифуются с вестибулярной стороны к естественным смещенным зубам создавая второй (дублированный) ряд зубов, таким образом, восстанавливая окклюзию (см. цв. вкладку рис. 4). Кроме того, для улучшения внешнего вида больного соответствующим образом моделируется (утолщается) искусственная десна протезов, корректируя асимметрию лица.

После замены воска на пластмассу произвели наложение готового протеза в полости рта (см. цв. вкладку рис. 5). Благодаря отливке металлического каркаса на дублированной модели, припасовка протеза не представляла трудностей. Цельнолитые опорноудерживающие кламмера имеют плоскостное расположение по поверхностям зубов и помимо шинирующего эффекта дают хорошую фиксацию протеза. Окклюзионные накладки, расположенные в межзубных промежутках частично передают жевательное давление через пародонт, т.е. естественным путем, тем самым более эффективно восстанавливая жевательную функцию.

В задачи ортопедического лечения при неправильно сросшихся переломах челюстей помимо нормализации окклюзионных взаимоотношений, восстановления функций жевания и глотания, входят также: восстановление речи, внешнего вида, профилактика артро- и миопатий. На наш взгляд, нам это в определенной мере удалось (см. цв. вкладку рис. 6). Пациент остался доволен проведенным лечением, отмечает улучшение общего состояния и настроения.

Литература

1. Александров Н. М., Аржанцев П. З., Вихриев Б. С. и др. Травмы челюстно-лицевой области. М.: Медицина, 1986; 448 с.
2. Кислых Ф. И., Рогожников Г. И., Кацнельсон М. Д. и др. Лечение больных с дефектами челюстных костей. М.: Медицинская книга, 2006; 115-116.
3. Нартымова М. М., Шитова М. Н., Шур З. Я. Челюстно-лицевая ортопедия. Пермь, 1975; 59-61.
4. Трезубов В. Н., Шербаков А. С., Мишнев Л. М. Ортопедическая стоматология. Учебник. СПб: Фолиант, 2002; 526-528.

Рисунок 1.

Клиническая картина 6-го С. (на момент обращения)



Рисунок 2.

Диагностическая модель 6-го С.

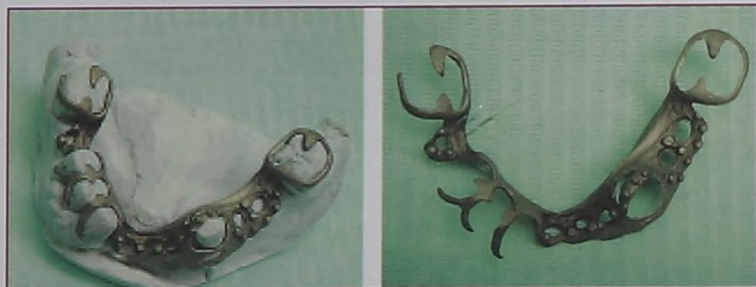


Рисунок 3.

Цельнолитой каркас съемного протеза (а — на модели, б — вне модели)

Рисунок 4.

Готовый съемный протез с дублированным зубным рядом



Рисунок 5.

Клиническая картина 6-го С. после ортопедического лечения



Рисунок 6.

Внешний вид 6-го С. (а — до лечения, б — после лечения)