

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЕФЕКТАХ ТВЕРДОГО НЕБА

В.В. Карасёва

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России. г. Екатеринбург

РЕЗЮМЕ

Дефекты твердого и мягкого неба бывают врожденными и приобретенными. Врожденные относятся к порокам развития челюстно-лицевой области. Приобретенные дефекты появляются в процессе жизни человека, поэтому в большинстве своем наблюдаются у взрослых. Часто причиной появления дефектов является резекция челюстей по поводу различных новообразований, а устранение её последствий осуществляется в основном путем протезирования. Целью протезирования при такой патологии является восстановление утраченных функций. Особенности протезирования 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 клинических случаев освоены этапы изготовления протезов-обтураторов. Проведена оценка результатов проведенного ортопедического лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: онкология, врожденные и приобретенные дефекты твердого и мягкого неба, протез-обтуратор, челюстно-лицевое протезирование.

ABSTRACT

There are inherent and acquired defects of hard and soft palates. The inherent ones concern to malformation of dentofacial region. The acquired defects appear in human life's process that's why most of the cases the patients are adults. Often the reason of defect's appearing is the resection of jaw on the occasion of different kinds of neoplasms and the elimination of its consequences usually are made by prosthetics. The purpose of prosthetics of such pathology is recovering of functions which were lost. The prosthetic's features of such patients depend on the size and position of defect, on the condition of left teeth, on the mouth opening degree and on presence or lack of cicatricial changes soft tissues surrounding the defect.

KEY-WORDS: oncology, an inherit and acquired defects of hard and soft palate, denture-obturator, dentofacial prosthetics.

Врожденные расщелины возникают вследствие неправильного развития зачатков лица в течение первых 2-3 мес. зародышевой жизни и являются распространенной аномалией развития. Расщелины неба бывают частичными (твердого неба или мягкого неба) или полными (твердого и мягкого неба); односторонними и двусторонними (имеется несращение одного небного отростка с носовой перегородкой или обоих); сквозными, проникающими через все слои неба, и несквозными (слепыми) без расщепления слизистой оболочки твердого неба [1]. Врожденные дефекты неба устраняются хирургическим путем в детском возрасте. Иногда, когда дефект сохранился у взрослого человека, и его по каким-то причинам нет возможности устранить, приходится прибегать к ортопедическому методу лечения.

Приобретенные дефекты возникают вследствие травмы (огнестрельной, механической), следствием воспалительных процессов (остеомиелит) или специфических заболеваний (сифилис, туберкулезная волчанка) и после удаления опухолей. Чаще всего дефекты неба возникают в результате оперативных вмешательств по поводу доброкачественных или злокачественных опухолей. Приобретенные дефекты имеют различную локализацию и форму [2].

Дефекты могут располагаться в области твердого или мягкого неба, или в том и другом месте одновременно. Различают передние, боковые и срединные дефекты твердого неба.

Независимо от причины образования дефекта неба при наличии сообщения полости рта с полостью носа возникают типичные функциональные нарушения: искажается речь (открытая гнусавость), изменяется дыхание, нарушается глотание – пища попадает в нос и вызывает в нем хроническое воспаление слизистой оболочки.

Протезирование дефектов неба проводится лишь при противопоказаниях к пластике или при отказе больного от операции. Целью протезирования является разобщение полости рта и полости носа и восстановление утраченных функций. Протезированием эти задачи часто решаются весьма успешно.

Аппараты для разобщения полости носа и полости рта называются obturаторами (от слова obturировать – запирать). Когда не требуется замещения отсутствующих зубов, готовят просто obturаторы, в случаях, если одновременно с разобщением полостей носа и рта замещают отсутствующие зубы, изготавливают протезы-obturаторы. В зависимости от величины и локализации дефекта, а также условий полости рта различают простые и сложные obturаторы. Ограниченные дефекты твердого неба, когда имеются устойчивые зубы по обе стороны дефекта челюсти, сохранена нормальная функция сустава, а рубцовые изменения тканей протезного поля и приротовой области незначительны, относятся к простому протезированию [3].

На кафедру ортопедической стоматологии УГМА обратился пациент К., 43 лет с жалобами на нечеткую речь и затрудненный приём пищи, связанные с наличием врожденного дефекта твердого неба. При осмотре больного выявлено наличие сквозного срединного дефекта и рубцовые изменения слизистой твердого неба (рис. 1).



Рис. 1. Б-ой К. Врожденный сквозной срединный дефект твердого неба

Неоднократные операции не привели к полному закрытию дефекта. Учитывая размер и топографию дефекта, а также состояние слизистой оболочки, окружающей дефект, было решено устранить функциональные нарушения с помощью простой разобщающей (obturiрующей) небной пластинки. Пружинящие перекидные проволочные гнутые кламмера позволили осуществить хорошую фиксацию протеза (рис. 2).



Рис. 2. Б-ой К. Готовый протез-obturатор (на модели и вне её)

Это привело к устранению жалоб пациента – благодаря герметизации дефекта речь стала более четкой, отсутствует попадание пищи в полость носа.

В качестве сравнения приводим пример ортопедического лечения приобретенного дефекта твердого неба. На кафедру ортопедической стоматологии УГМА обратилась пациентка Г., 64 лет для замещения протетическим путем послеоперационного дефекта верхней челюсти.

Анамнез: 1 год назад была операция по поводу опухоли верхней челюсти, в результате которой образовался дефект твердого неба размером 21x10 мм. По состоянию здоровья закрытие дефекта оперативным путем не планируется (рис. 3).



Рис. 3. Б-ая Г. Клиническая картина после операции (тампонада дефекта перед снятием оттиска)

Больные с небольшими дефектами твердого неба, располагающимися в его средней или задней части (как в нашем случае), при наличии достаточного количества зубов для кламмерной фиксации, протезируются дуговыми протезами. Дуга протеза несет на себе obturating part.

Поскольку у нашей пациентки после операции образовался малый изолированный дефект твердого неба при наличии опорных зубов на обеих половинах челюсти с дефектами зубного ряда верхней челюсти (III класс 1 подкласс – по Кеннеди), нами была выбрана конструкция дугового протеза (протез-обтуратор) с опорноудерживающими кламмерами, отлитыми на дублированной модели.

Оттиск с верхней челюсти снимают эластическими оттискными материалами с предварительной тампонадой изъяна марлевыми салфетками. Важно получить точный отпечаток краев дефекта, обращенных в полость рта, в противном случае трудно рассчитывать на хорошее разобщение полости рта и полости носа. По слепку отливают модель. Наиболее плотное закрытие дефекта неба получают путем образования на небной стороне базисной пластинки валика высотой 0,5–1,0 мм, располагающегося вокруг дефекта на расстоянии 2–3 мм. (рис.4).



Рис. 4. Б-ая Г. Гравировка замыкающего валика на гипсовой модели

Создаваемый на разобшающей пластинке валик вдавливается во время осадки протеза в слизистую оболочку, образуя в ней борозду и создавая замыкающий клапан по периферии дефекта. Однако при тонкой неподатливой слизистой оболочке или наличии рубцов по краю дефекта валик будет повреждать протезное ложе. В таких случаях можно использовать подкладку из эластической пластмассы. Поскольку дефекты неба со временем постепенно уменьшаются, не следует делать каких-либо выступов в область дефекта и тем более вводить их в полость носа. Тампонирувание дефекта твердой, выступающей частью базиса приводит к атрофии края кости и увеличению дефекта.

Основной задачей при протезировании таких дефектов является обеспечение наиболее точного прилегания протеза по форме неповрежденной части неба, которую с успехом можно решить посредством дугового протеза, отлитого из кобальтохромового сплава без снятия с модели. Традиционно считалось, что кламмеры не должны препятствовать осадке протеза, увеличивающей плотность прилегания протеза к небу и тем самым герметичность закрытия дефекта. Поэтому кламмеры с окклюзионными накладками применять в таких случаях не рекомендовалось. Отчасти это оправдано, но с другой стороны имеет место повышенное (нефизиологическое) давление пластинчатого

протеза на подлежащие ткани. Поэтому мы посчитали целесообразным применение цельнолитых опорно-удерживающих кламмеров системы Нея. Учитывая, что в процессе пользования протезом возможно изменение размеров дефекта, и бывает необходима уточняющая перебазировка базиса, в дуге была сделана армированная металлическая сетка для фиксации пластмассы (рис. 5).



Рис. 5. Б-ая Г. Цельнолитой каркас: а – на модели готовый съёмный протез-обтуратор (б – снаружи и в – изнутри)

Поскольку отливка каркаса проводилась на модели, данная технология по сравнению с пластмассовым базисом даёт идеальное (без зазоров) прилегание металлического базиса к зубам с оральной стороны, уменьшает объём протеза за счет меньшей толщины, а также снижает риск поломки базиса вследствие повышенной прочности металла. Цельнолитые опорноудерживающие кламмера имеют плоскостное расположение по поверхностям зубов и дают хорошую фиксацию. Наличие окклюзионных накладок, расположенных в межзубных промежутках частично передают жевательное давление через пародонт, т.е. естественным путем, способствуя разгрузке (рис. 6).



Рис.6. Б-ая Г. Протез-обтуратор – в полости рта

Проведённое ортопедическое лечение данной пациентки, благодаря использованию современных технологий, в значительной степени позволило решить поставленные задачи. Фиксация протеза удовлетворительная. Отмечается отсутствие смещения протеза при значительном открывании полости рта. При проведении проб на герметизацию дефекта было отмечено, что благодаря полному плотному прилеганию базиса протеза пища, жидкость и воздух из полости рта не проникают в полость носа [4].

Нарушение перечисленных выше функций при возникновении дефектов неба угнетающе действует на больных. Они становятся замкнутыми и сторонятся общества. Поэтому со стороны врача должно быть особенно чуткое, внимательное отношение к ним. В результате проведенного лечения у обоих пациентов восстановились дыхание, жевание, речь и улучшилось психо-эмоциональное состояние.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста.- Изд. 5-е, перераб. и доп. – М.:ОАО «Издательство «Медицина», 2006.- 640с.: ил.
2. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Учебник. СПб: Фолиант, 2002, С.543-547.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М. Медицина, 2000, С.297-299.
4. Карасева В.В. Проблемы адаптации к съёмным протезам на верхней челюсти у больных со сложно-челюстной патологией. /Уральский медицинский журнал. – 2012. – №08. – С36-39.