

Карасёва В.В., Шнейдер О.Л.

Специальная хирургическая подготовка полости рта – как этап, улучшающий условия для протезирования сложно-челюстных больных

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России., г. Екатеринбург

Karaseva V.V., Schneider O.L.

Special VV surgical preparation of the oral cavity - as a stage that improves conditions for hard-maxillary prosthesis patients

Резюме

Предварительное лечение (подготовка) перед протезированием проводится в соответствии с планом ортопедического лечения составленного для данного пациента. Специальная подготовка полости рта складывается из многих мероприятий: терапевтических (депульпирование интактных зубов), хирургических (удаление сильно выдвинувшихся и наклоненных зубов, иссечение экзостозов, имплантация зубов и др.), ортодонтических (аппаратурное исправление окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов) и ортопедических (выравнивание окклюзионной поверхности путем укорочения зубов или повышения межальвеолярной высоты). На примере клинических случаев показана актуальность проведения хирургической специальной подготовки перед протезированием, особенно у пациентов со сложно-челюстной патологией.

Ключевые слова: челюстно-лицевое протезирование, предварительное лечение перед протезированием, специальная подготовка перед протезированием, литая культевая штифтовая вкладка

Summary

Pre-treatment (preparation) before prosthesis is held in accordance with a plan drawn up by the orthopedic treatment for the patient. Special preparation of the oral cavity consists of many activities: therapeutic (intact teeth depulping), surgery (removal of the strongly translocated and inclined teeth, excision of the exostoses, dental implantation, etc.), orthodontic (instrumental correction of occlusal disorders at dental deformations) and orthopedic (occlusal surface alignment of the teeth by shortening or increase of the interalveolar height). On the example of the clinical cases is shown the actuality of performance of surgical special preparation before prosthesis, especially in patients with difficult-jaw pathology.

Key words: Maxillofacial prosthetics, pretreatment before prosthetics, special preparation before prosthetics, cast stump pin inlay

Введение

Специальная хирургическая подготовка беззубых челюстей к протезированию включает в себя большое количество манипуляций: операции исправления формы альвеолярного отростка (иссечение экзостозов, резекция части альвеолярного отростка, удаление подвижной слизистой альвеолярного отростка, устранение тяжей и рубцов слизистой оболочки полости рта); подготовка твердого неба (удаление торуса); устранение тяжей, и рубцов слизистой оболочки протезного поля; углубление преддверия и дна полости рта; альвеолопластика; имплантация и др. [1, 4].

Особенностью является то, что создание оптимальных условий для протезирования проводится при уже санированной полости рта. Назначение этих операций определяется конкретной клинической картиной.

Цель работы - на примере клинических случаев мы хотим поделиться своим опытом с практическими врачами, полагая, что это им поможет в сложных ситуациях.

Материал и методы

Клинический случай 1.

Описанный нами случай представляет редкую клиническую ситуацию, потребовавшую сочетанных действий хирурга и ортопеда при подготовке полости рта к протезированию [2].

Пациентка К., 72 лет с диагнозом: полная потеря зубов. Зубы теряла в течение многих лет по поводу осложненного кариеса. Последнее удаление было несколько дней назад. Ранее не протезировалась.

При осмотре полости рта на небной поверхности альвеолярного отростка в области третьих моляров выявлено наличие двухсторонней значительной гипертрофии



Рис.1. Клиническая картина больной К., 72 лет
(а – на момент обращения, б – на 3-й день после операции,
в – через 2 недели после операции)

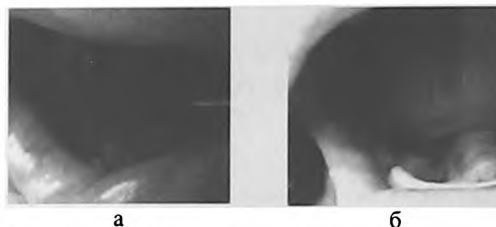


Рис.2. Больная С., 68 лет – иссечение послеоперационного рубца
(а – до, б – после лечения)

альвеолярных отростков бобовидной формы плотной консистенции. Опухолевые разрастания занимают почти всю поверхность неба, едва не соприкасаясь боковыми поверхностями, имеют выраженные поднотрения, при этом, никакой дискомфорт в этой связи (нарушение речи, затруднение жевания, боль и т.д.) пациентка не отмечала (рис.1а).

После консультации с хирургом-стоматологом был поставлен диагноз: симметричная фиброма альвеолярного отростка верхней челюсти и намечен план лечения.

Фиброма – доброкачественная опухоль, соединительнотканной природы. Состоит из зрелой волокнистой ткани. Течение медленное бессимптомное. Лечение – радикальное иссечение опухоли (под местной анестезией) в пределах здоровых тканей [3].

Лечение фибромы оперативное – иссечение опухоли в пределах здоровой ткани. Одновременно с этим было устранено низкое прикрепление срединной уздечки верхней губы, способствующей бы сбрасыванию полного съёмного протеза. В целях профилактики рецидива, формирования протезного ложа правильной формы и лучшего заживления послеоперационных ран, был изготовлен непосредственный (иммедиат) полный съёмный протез на верхнюю челюсть. Наложение протеза прово-

дилось сразу после операции. На 3 день после операции состояние удовлетворительное, эпителизация раневой поверхности в норме (рис.1б). Проведена коррекция протезов (окклюзионные взаимоотношения, места наибольшего давления по краям протезов), даны рекомендации по пользованию и уходу за протезами. Осмотр через 2 недели (после снятия швов). Жалоб нет. Слизистая слегка гиперемирована, не отекает. Фиксация протезов хорошая. Вопреки ожиданиям дикция четкая, произношение чистое (рис.1в).

Клинический случай 2.

Больная С., 68 лет обратилась для протезирования после резекции правой половины нижней челюсти. Дефект костной ткани во время операции был замещен титановой пластиной. После заживления операционной раны, на внутренней поверхности правой щеки образовался протяженный рубец (около 10см), стягивающий щеку и препятствующий открыванию рта – это делало проблематичным изготовление и пользование протезом. После иссечения грубого шва клиническая ситуация значительно улучшилась и пациентке было проведено ортопедическое лечение (рис.2а, б).

Клинический случай 3.

Больная И., 75 лет направлена врачом из другой по-

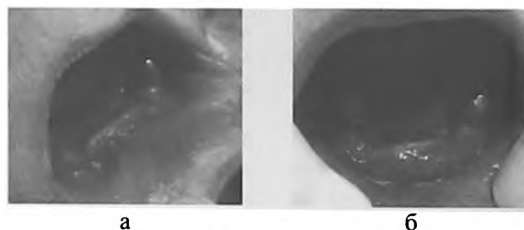


Рис.3. Больная И., 75 лет – углубление преддверия
(а – до, б – после лечения)

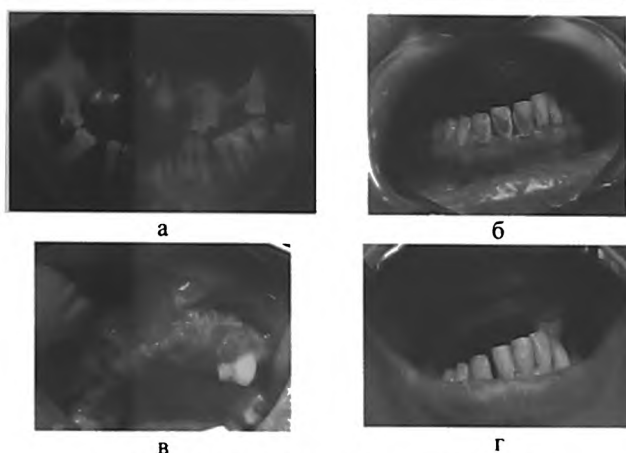


Рис.4. Больная Ш., 45 лет – углубление преддверия

(а – рентгенография: остеосинтез после перелома верхней челюсти, б – клиническая картина до лечения, в, г – после лечения)

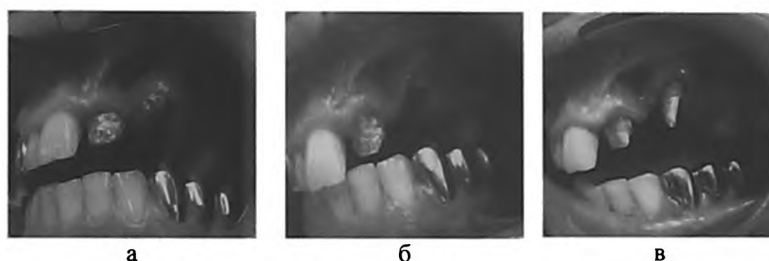


Рис.5. Больная С., 47 лет – реориентация десны

(а – клиническая картина до лечения, б – оперативное обнажение корня зуба 2.3, в – литая культевая штифтовая вкладка фиксирована в зубе 2.3)

ликлиники, посчитавшим условия для протезирования сложными. На нижней челюсти значительная потеря зубов – сохранился лишь зуб 3.3 (дефект зубного ряда нижней челюсти – 4 класс по Гаврилову). Отягощающим фактором является широкая срединная уздечка, имеющая основание в пределах всей передней группы зубов. Улучшить условия для протезирования стало возможным благодаря иссечению уздечки и углублению преддверия полости рта (рис.3а, б).

Клинический случай 4.

Больная Ш., 45 лет обратилась для протезирования зубов после автомобильной аварии. Несколько месяцев пациентка лечилась в стационаре, наблюдалась у хирургов-стоматологов (рис.4а). В анамнезе – расщелина твердого неба, ушитая в детстве. В результате этого сформировалось обратное соотношение челюстей и уплощенное небо. На верхней челюсти сохранились зубы 1.8, 2.4 и 2.7. Значительно отягощает ситуацию на верхней челюсти низкое положение переходной складки в области фронтальной группы зубов до вторых премоляров (рис.4б). Нами было проведено поэтапное (во избежание обширной раневой поверхности) с интервалом 10 дней углубление преддверия полости рта, в результате чего условия для протезирования значительно улучшились (рис.4в, г).

Клинический случай 5.

Больная С., 47 лет обратилась с жалобами на боль под опорой паяного мостовидного протеза, фиксированного на зубы и 2.6. После снятия мостовидного протеза выяснилось, что коронка зуба 2.3. полностью разрушена, а оставшийся корень скрыт под гипертрофированной десной (рис.5.а). Первым порывом было направить корень на удаление. Но значительным аргументом в пользу сохранения корня стал осложненный анамнез пациентки – врожденная левосторонняя расщелина твердого неба, которая была ушита в детстве. При этом по переходной складке в области 2.3. зуба имеется углубление слизистой оболочки (западение в костный дефект). Если бы мы приняли решение об удалении корня зуба 2.3., который расположен по границе костной расщелины неба, то мы бы с большой долей вероятности получили обширный сквозной дефект. Учитывая всё это, а так же данные рентгенограммы (корень хорошо проходим, достаточной длины и без признаков хронического воспаления в периапикальных тканях) было принято решение его сохранить, проведя реориентацию десны (рис.5б). После проведенной хирургической подготовки и терапевтического лечения на зуб 2.3. была изготовлена литая культевая штифтовая вкладка с последующим протезированием (рис. 5в).

Заключение

Приведенные нами клинические случаи позволяют судить об актуальности проблемы, хотя и описывают далеко не все хирургические манипуляции, способные улучшить условия перед протезированием.

Данная публикация призвана привлечь внимание стоматологов всех специальностей для признания необходимости комплексного подхода в ведении пациентов, подобных этой: необходимости консультаций разных специалистов, способных адекватно оценить ситуацию и составить план лечебных мероприятий; предостеречь

пациентов от необдуманного удаления зубов с целью выбора оптимального метода лечения.

Карасёва В.В. к. м. н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава, г. Екатеринбург; **Шнейдер О.Л.** к. м. н., ассистент кафедры хирургической стоматологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава, г.Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Карасёва Вера Васильевна, ortoped_stom@mail.ru, моб. тел.: 89122484276.

Литература:

1. Трезубов В.Н., Щербakov А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): Учебник для медицинских вузов /Под ред. эдн. РФ проф. В.Н. Трезубова. – 7-е изд. Перераб. и доп. – СПб: Фолиант, 2007. – 664с.
2. Карасева В.В. Специальная хирургическая подготовка полости рта и непосредственное протезирование при полной потере зубов /«Клиническая стоматология» – 2010, №2, С.64-68.
3. Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области. Руководство по клинической стоматологии. Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. – СПб: СпецЛит., 2007. – С.401-410.
4. Карасева В.В., Жолудев С.Е. Ортопедическая реабилитация при приобретенных срединных дефектах твердого нйба// Уральский медицинский журнал. 2009. № 5. С. 37-40.