

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ СРЕДИННЫХ ДЕФЕКТАХ ТВЕРДОГО НЕБА

Карасева В.В., к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Дефекты твердого и мягкого неба бывают врожденными и приобретенными. Врожденные относятся к порокам развития челюстно-лицевой области и 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. 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 появляются в процессе жизни человека, поэтому в большинстве своем наблюдаются у взрослых и возникают вследствие травмы (огнестрельной, механической), являются следствием воспалительных процессов (остеомиелит) или специфических заболеваний (сифилис, туберкулезная волчанка). Чаще всего дефекты неба возникают в результате оперативных вмешательств по поводу доброкачественных или злокачественных опухолей. Приобретенные дефекты имеют различную локализацию и форму.

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. 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.

Аппараты для разобщения полости носа и полости рта называются *обтураторами* (от слова обтурировать – запирать). Когда не требуется замещения отсутствующих зубов, готовят просто обтураторы, в случаях, если одновременно с разобщением полостей носа и рта замещают отсутствующие зубы, изготавливают *протезы-обтураторы*. В зависимости от величины и локализации дефекта, а также условий полости рта различают простые и сложные обтураторы. 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.

Ортопедическое лечение у каждого больного имеет свои особенности: важно учитывать локализацию дефекта (твердое небо, мягкое небо, твердое и мягкое небо), величину дефекта (сохранность зубов на челюсти) и состояние тканей края дефекта. Локализация дефекта обуславливает форму базиса протеза, наличие или отсутствие зубов – устойчивость протеза на челюсти.

В клинику кафедры ортопедической стоматологии УГМА обратился пациент К. 43 лет с жалобами на нечеткую речь и затрудненный прием пищи, связанными с наличием врожденного дефекта твердого неба. При осмотре больного выявлено наличие сквозного срединного дефекта и рубцовые изменения слизистой твердого неба. Неоднократные операции не привели к полному закрытию дефекта. Когда имеется обширный дефект твердого неба, рекомендуется его закрывать обычным съемным протезом, который достаточно полно разобщает полость рта и полость носа.

Нами, учитывая размер и топографию дефекта у данного больного, а также состояние слизистой оболочки, окружающей дефект, было решено устранить функциональные нарушения с помощью разобщающей (обтурирующей) небной пластинки. Пружинящие перекидные провололочные гнутые кламмера позволили осуществить хорошую фиксацию протеза. Это привело в конечном итоге к устранению жалоб пациента – благодаря герметизации дефекта речь стала более четкой и отсутствует попадание пищи в полость носа.

В качестве сравнения приводим клинический пример ортопедического лечения приобретенного дефекта твердого неба. В клинику кафедры ортопедической стоматологии УГМА обратилась пациентка Г. 54 лет для замещения послеоперационного дефекта верхней челюсти. Анамнез: год назад была операция по поводу опухоли верхней челюсти, в результате которой образовался небольшой дефект твердого неба размером 21 x 10 мм. По состоянию здоровья закрытие дефекта оперативным путем не планируется. Больные с такими дефектами твердого неба,

располагающимися в его средней или задней части (как в нашем случае), при наличии достаточного количества зубов для кламмерной фиксации, протезируются дугowymi протезами. Дуга протеза несет на себе obturiruyushchuyu часть.

Поскольку у нашей пациентки после операции образовался малый изолированный дефект твердого неба при наличии опорных зубов на обеих половинах челюсти (дефект I группы по В.Ю. Курляндскому), нами была выбрана конструкция дугового протеза (протез-обтуратор), отлитого на дублированной модели с опорноудерживающими кламмерами.

Оттиск с верхней челюсти снимают эластическими оттисковыми материалами с предварительной тампонадой изъяна марлевыми салфетками. Важно получить точный отпечаток краев дефекта, обращенных в полость рта, иначе 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. 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 накладку 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. Тампони́рование дефекта твердой, выступающей частью базиса приводит к атрофии края кости и увеличению дефекта. Кроме того, соприкосновение obturiruyushchey части со слизистой полости носа приводит к хроническому ее раздражению.

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.

Технология отливки каркаса на модели дает по сравнению с пластмассовым базисом идеальное (без зазоров) прилегание металлического базиса к зубам с оральной стороны, уменьшает объем 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 передает жевательное давление через пародонт, т.е. естественным путем, способствуя разгрузке.

Проведенное 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.

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.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИДОВ ПАТОЛОГИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА

Тюков Ю.А., д.м.н.

Филимонова О.И., д.м.н. профессор, г. Челябинск

*Худякова Л.И., ассистент кафедры ортопедической
стоматологии ГОУ ВПО ЧулГМА Росздрава г. Челябинск*

*Кафедра общественного здоровья и организации
здравоохранения, кафедра ортопедической стоматологии
ГОУ ВПО ЧулГМА Росздрава г. Челябинск*

Современные научные данные показывают высокую распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний среди студенческой молодежи.

При кариозном поражении происходит изменение анатомической формы коронок зубов, при этом могут поражаться все поверхности зуба, что ведет к развитию патологического процесса в пародонте зубов и к деформации зубных рядов и прикуса. Кроме развития кариозного процесса, деформации зубных рядов и прикуса связаны с недостаточными физико-механическими (прочностными) свойствами наиболее распро-