

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА СЛОЖНО- ЧЕЛЮСТНЫХ БОЛЬНЫХ

Протезирование зубов обычно следует за санацией полости рта, когда терапевт уже вылечил, а хирург-стоматолог удалил больные зубы, не пригодные, на их взгляд, к протезированию. Но бывают такие ситуации, когда ортопеду-стоматологу приходится направлять только что пролеченный по поводу неосложненного кариеса зуб на депульпирование или решать проблему оптимальной фиксации протезов из-за нехватки оставшихся зубов. Помимо этого возможны клинические «препятствия», которые затрудняют препарирование зубов, снятие оттисков и другие ортопедические манипуляции.

На наш взгляд, план ортопедического лечения целесообразнее составлять до начала санации полости рта с целью согласования его с будущим ортопедическим лечением. Особенно это актуально у пациентов со сложно-челюстной патологией, поскольку ортопедическая реабилитация таких пациентов является проблематичной из-за трудности манипулирования в полости рта [1, 2].

Предортопедическая специальная подготовка проводится в соответствии с планом ортопедического лечения, составленного для данного пациента. Подготовительные мероприятия складываются из терапевтических (депульпирование интактных зубов), хирургических (иссечение экзостозов, удаление сильно выдвинувшихся и наклоненных зубов, имплантация зубов и др.), ортодонтических (исправление окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов с помощью аппаратов) и ортопедических (выравнивание окклюзионной поверхности путем укорочения зубов или повышения межальвеолярной высоты).

Особое внимание следует обратить на специальную хирургическую подготовку к протезированию беззубых челюстей. Она включает в себя большое количество манипуляций: операции исправления формы альвеолярного отростка



Карасева В.В.

к.м.н., доцент, кафедра ортопедической стоматологии УГМУ, г. Екатеринбург, vevaska500@mail.ru



Шнейдер О.Л.

к.м.н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии УГМУ, г. Екатеринбург

Резюме

Протезирование больных со сложно-челюстной патологией является весьма проблематичным из-за трудности проведения манипуляций в полости рта. На примере клинических случаев показана актуальность проведения хирургической предортопедической подготовки у лиц с данной патологией.

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

FEASIBILITY AND FEATURES PREDORTOPEDICHESKOY surgical training ORAL HARD-jaw PATIENTS

Karaseva V.V., Schneider O.L.

The summary

Prosthetics patients with difficult-jaw pathology is highly problematic because of the difficulty of manipulation in the oral cavity. On the example of the urgency of the clinical cases of surgical predortopedicheskoy training in individuals with this disorder.

Keywords: maxillofacial prosthetics, pretreatment before prosthetics, predortopedicheskaya surgical preparation, cast stump pin tab.

(удаление подвижной слизистой альвеолярного отростка, устранение тяжей и рубцов слизистой оболочки полости рта, иссечение экзостозов, резекция части альвеолярного отростка); подготовка твердого неба (удаление торуса); устранение тяжей и рубцов слизистой оболочки протезного поля; углубление преддверия и дна полости рта; альвеолопластика; имплантация и др. [3].

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

Клинический случай 1.

Больная С., 47 лет, обратилась с жалобами на боль под опорой паяного мостовидного протеза, фиксированного на зубы 2.3 и 2.6. После снятия мостовидного протеза выяснилось, что коронка зуба 2.3 полностью разрушена, а оставшийся корень скрыт под гипертрофированной десной (рис. 1а). Первым желанием было направить корень на удаление. Но осложненный анамнез пациентки – врожденная левосторонняя расщелина твердого неба (слизистая оболочка неба была ушита в детстве) – стал весомым аргументом в пользу сохранения корня. По переходной складке в области 2.3 зуба имеется углубление слизистой оболочки (западение в костный дефект). Если бы решили удалить корень зуба 2.3, который расположен по границе костной расщелины неба, то мы бы с большой долей вероятности получили обширный сквозной дефект. Учитывая все это, а также данные рентгенограммы (корень хорошо проходим, достаточной длины и без признаков хро-

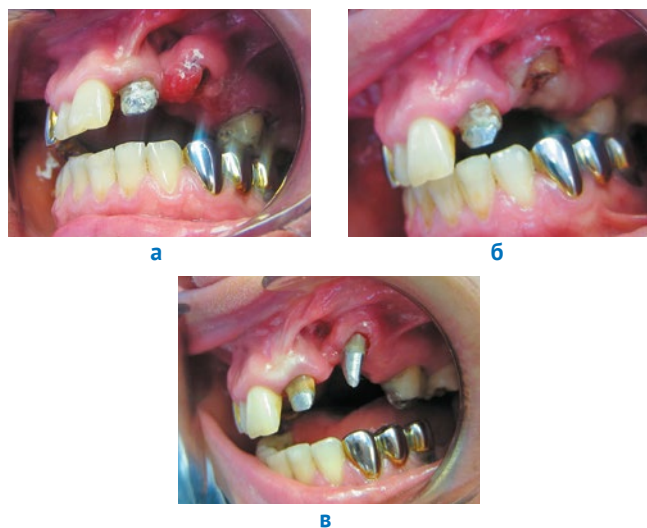


Рис. 1. Больная С., 47 лет – реориентация десны

(а – клиническая картина до лечения,

б – оперативное обнажение корня зуба 2.3,

в – литая культевая штифтовая вкладка фиксирована в зубе 2.3)

нического воспаления в периапикальных тканях) было принято решение его сохранить, проведя реориентацию десны (рис. 1б). После проведенной хирургической подготовки и терапевтического лечения зуб 2.3 был восстановлен литой культевой штифтовой вкладкой с последующим протезированием (рис. 1в).

Клинический случай 2.

Больная С., 68 лет, обратилась для протезирования после резекции правой половины нижней челюсти. Во время операции дефект костной ткани был замещен титановой пластиной. После заживления операционной раны на внутренней поверхности правой щеки сформировался грубый рубец (протяженностью около 10 см), 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).

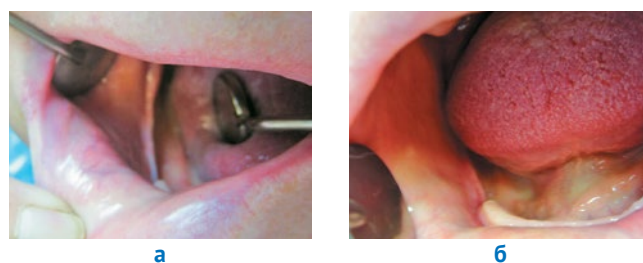


Рис. 2. Больная С., 68 лет – иссечение послеоперационного рубца (а – до, б – после лечения)

Клинический случай 3.

Больная И., 75 лет, в ортопедическое отделение стоматологической клиники УГМУ была направлена практическим врачом из другой поликлиники, справедливо оценившим условия для протезирования как сложные. 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 и две ножки в пределах всей передней группы зубов (рис. 3а).

Фиксация съемного протеза при одиночно стоящем зубе весьма проблематична, а наличие широкой, высоко прикрепленной уздечки способствует его сбрасыванию. Улучшить условия для протезирования стало возможным благодаря иссечению уздечки и углублению преддверия полости рта (рис. 3б).

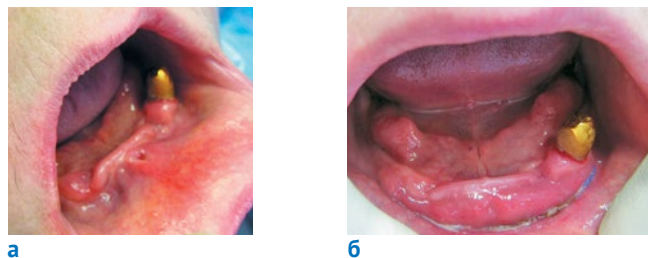


Рис. 3. Больная И., 75 лет – углубление преддверия (а – до, б – после лечения)

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). Анамнез осложнен врожденной расщелиной твердого неба, ушитой в детстве. В результате этого сформировалось обратное соотношение челюстей и уплощенное небо. На верхней челюсти сохранились лишь зубы 1.8, 2.4 и 2.7. Значительно отягощает ситуацию низкое прикрепление переходной складки в области фронтальной группы зубов до вторых премоляров (рис. 4б). Улучшить условия для протезирования возможно проведя углубление преддверия на верхней челюсти. Во избежание образования обширной раневой поверхности в данной клинической ситуации эту хирургическую манипуляцию провели поэтапно с интервалом в 10 дней. В результате хирургической подготовки условия для протезирования значительно улучшились (рис. 4в, г).

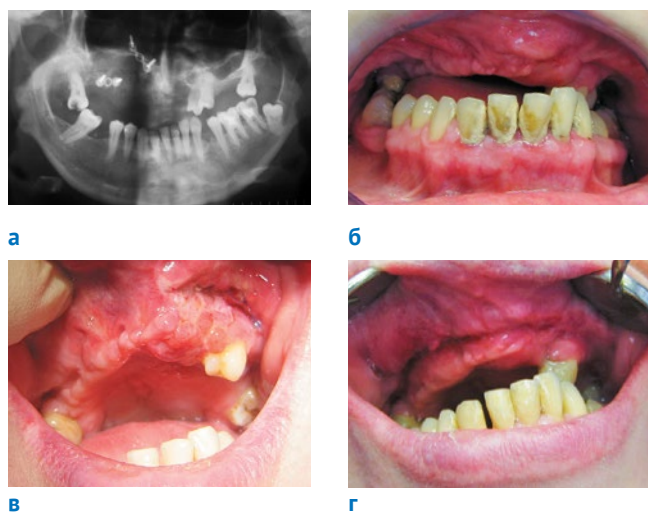


Рис. 4. Больная Ш., 45 лет – углубление преддверия (а – рентгенография: остеосинтез после перелома верхней челюсти, б – клиническая картина до лечения, в, г – после лечения)

Клинический случай 5.

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.

Описанный нами случай представляет редкую клиническую ситуацию, потребовавшую согласованных действий хирурга и ортопеда при подготовке полости рта к протезированию [4].

При осмотре – на небной поверхности альвеолярного отростка в области моляров выявлено наличие двухсторонней значительной гипертрофии альвеолярных отростков бобовидной формы плотной консистенции. Опухолевые разрастания занимают почти всю поверхность неба, едва не соприкасаясь боковыми поверхностями, имеют выраженные поднутрения (рис. 5а). При этом никаких жалоб на дискомфорт в этой связи (нарушение речи, затруднение жевания, боль и т.д.) пациентка не отмечала.

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 [5].

Лечение фибромы оперативное – иссечение опухоли в пределах здоровой ткани. Одновременно с этим было устранено низкое прикрепление срединной уздечки верхней губы, способство-

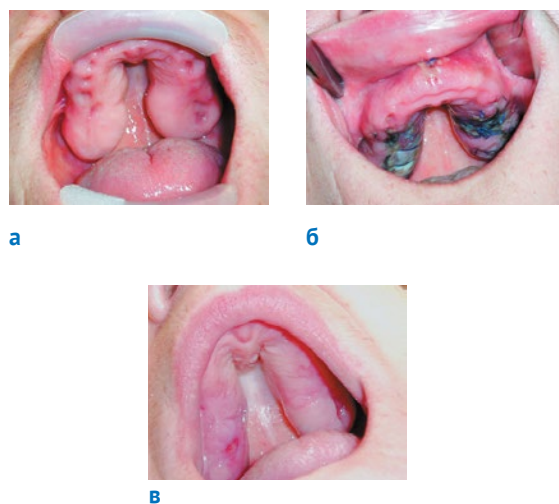


Рис. 5. Клиническая картина больной К., 72 лет (а – на момент обращения, б – на 3-й день после операции, в – через 2 недели после операции)

вавшей бы сбрасыванию полного съемного протеза. В целях профилактики рецидива, формирования протезного ложа правильной формы и лучшего заживления послеоперационных ран был изготовлен непосредственный (иммедиат) полный съемный протез на верхнюю челюсть. Наложение протеза проводилось сразу после операции. На 3-й день после операции состояние удовлетворительное, эпителизация раневой поверхности в норме (рис. 5б). 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 отечна. Фиксация протезов хорошая. Вопреки ожиданиям дикция четкая, произношение чистое (рис. 5в).

Выводы

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 этим; 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карасева В.В., Шнейдер О.Л. Специальная хирургическая подготовка полости рта как этап, улучшающий условия для протезирования сложно-челюстных больных / Уральский медицинский журнал. 2014, №5. – С.67-70
2. Карасева В.В., Жолудев С.Е. Ортопедическая реабилитация при приобретенных срединных дефектах твердого неба / Уральский медицинский журнал. – 2009, №5. – С.37-40.
3. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): Учебник для медицинских вузов. /Под ред. з.д.н. РФ проф. В.Н.Трезубова. – 7-е изд. Перераб. и доп. – СПб: Фолиант, 2007. – 664 с.
4. Карасева В.В. Специальная хирургическая подготовка полости рта и непосредственное протезирование при полной потере зубов /Клиническая стоматология. – 2010, №2. – С.64-68.
5. Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области. Руководство по клинической стоматологии. Под ред. проф. А.К.Иорданишвили. – СПб.: СпецЛит., 2007. – С. 401-410.

Дентал-Экспо Екатеринбург



Студенческая, д.3, ЦК УРАЛ

8-10 декабря
2014

5-я специализированная выставка

Всероссийский конгресс
«Стоматология большого Урала»
Третий Форум стоматологов
Уральского Федерального округа и приуралья
Конкурс профессионального мастерства
зубных техников с экспертами
международного уровня
Ярмарка вакансий стоматологических
специальностей
Встреча выпускников стоматологических
факультетов России

Организаторы:



Партнеры выставки:

