

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КОНТРАКТУРАХ И МИКРОСТОМИИ

¹Ковалёва А.С., ²Амоян Э.Ф., ²Хакуй С.А.
¹МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный
медицинский институт высшего
сестринского образования»
²МАУЗ «Стоматологическая
поликлиника №2»
Краснодар, Россия

Контрактура нижней челюсти — это сведение челюстей, обусловленное патологическими изменениями и нарушениями эластических свойств мягких тканей челюстно-лицевой области, функционально связанных с височно-нижнечелюстным суставом.

По характеру течения и этиологии различают нестойкие и стойкие контрактуры. Нестойкие контрактуры большей частью являются результатом ослабления жевательных мышц после длительного ношения шин с межчелюстной резиновой тягой, а также при воспалительных процессах в мягких тканях, окружающих нижнюю челюсть. Стойкие контрактуры нижней челюсти обусловлены развитием рубцовых деформаций в тканях челюстно-лицевой области после огнестрельных ранений лица, транспортной травмы лицевого скелета, переломов венечного отростка нижней челюсти и скуловой дуги, ожогов и воспалительных процессов окологлазничной области. [1,2]

Рубцовые изменения слизистой оболочки полости рта могут возникнуть в результате язвенно-некротического стоматита, гуммозного сифилиса, номы, ожогов, травмы. Значительное ограничение открывания рта связано с рубцами, расположенными между верхним и нижним сводом преддверия полости рта, а также на слизистой оболочке в области переднего края ветви челюсти. Рубцы эти часто оказываются спаянными с ветвью нижней челюсти. Нередко, особенно после огнестрельных ранений, ожогов электрическим током и номы, рубцовые изменения развиваются одновременно во всех окологлазничных тканях, что приводит к нарушению функции органов и резкой деформации лицевого скелета.[2]

Нарушения движений нижней челюсти и вследствие этого нарушение ее функции могут быть обусловлены различными причинами. Различают воспалительные, рубцовые и послеинфекционные контрактуры нижней челюсти. Также выделяют контрактуры центрального происхождения, связанные с повреждением центральных структур тройничного нерва (нейроинфекции).

У больных, которым вместо анестетика ошибочно введены раздражающие вещества, имеющиеся в кабинете стоматолога (перекись водорода, нашатырный спирт), на месте введения возникают некроз тканей и последующее рубцевание. В результате нарушения техники мандибулярной или торусальной анестезии, происходит повреждение нервов или мышц, образование гематом в крыловидно-челюстном пространстве. Спаечный процесс в мышце, между мышцей и надкостницей создает условия для развития стойкой контрактуры нижней челюсти. Причинами развития рубцовой внесуставной контрактуры могут быть травма, в том числе огнестрельная, с повреждением жевательной мышцы и последующим развитием оссифицирующего миозита. [4,6]

Лечение контрактуры нижней челюсти

Устранение сведения челюстей, восстановление подвижности и эластичности мягких тканей лицевого скелета при контрактуре нижней челюсти достигается хирургическим лечением с использованием в послеоперационном периоде методов механотерапии, лечебной гимнастики и физиотерапии. Хирургическое вмешательство следует выполнять под общим обезболиванием. При этом производят иссечение рубцов или продольное рассечение с закрытием раневой поверхности тканями, прилежащими к дефекту или взятыми из других участков тела. Небольшие рубцовые стяжения удаётся устранить применением треугольных лоскутов по Лимбергу. Благоприятные отдаленные результаты во многом зависят от радикальности удаления рубцов. При этом необходимо достигнуть максимального раскрытия рта. Образовавшиеся дефекты замещают эластическими мягкими тканями. В ранние сроки после операции целесообразно активно использовать лечебную физкультуру.[3,5]

Применяемые конструкции должны быть минимальных размеров и максимально удобны.

В первую очередь необходимо выяснить возможность расширения ротовой щели оперативным путем, однако, хирургическое вмешательство не всегда возможно (возраст больного, общее состояние, системная склеродермия, туберкулезная волчанка).

Протезирование несъемными протезами дефектов коронок зубов и частичной потери зубов в боковых отделах зубных рядов связано с трудностями в проведении местного обезболивания и препарирования зубов под коронки. Иногда мостовидные протезы изготовить невозможно.

Снятие оттиска у больных с микростомией также затруднено вследствие потери эластич-

ности мягких тканей, окружающих ротовую щель. Кроме того, у некоторых больных микростомия сочетается с дефектом альвеолярного отростка или с контрактурой нижней челюсти.[3]

Съемные протезы изготавливаются с уменьшенным базисом, лучше с литым металлическим. Методика снятия оттиска отличается от обычной. Выбор методики зависит от величины сужения ротовой щели. Оттиск можно получить детской стандартной ложкой или обычной стандартной ложкой, распиленной на две части. Оттиски снимаются с правой и с левой сторон отдельно, затем составляется и отливается модель. Базис тоже изготавливается отдельно для каждой половины челюсти. Иногда половинки протеза соединяются протакрилом прямо во рту. Лучше всего сформировать в полости рта индивидуальную ложку из воска, заменить последний на пластмассу и снять оттиск силиконовым материалом.

При фиксированной межальвеолярной высоте центральная окклюзия определяется гипсовым способом. В полость рта вводят валик из густо замешанного гипса и просят больного сомкнуть зубы. По отпечаткам на гипсе составляют модели. При нефиксированной межальвеолярной высоте центральное соотношение челюстей определяется с помощью прикусных валиков и шаблонов из термопластической массы.

При значительной микростомии и дефектах альвеолярного отростка иногда применяют разборные или шарнирные протезы. Однако ввиду сложности конструкции их следует избегать.[1,4,6]

Довольно часто в результате ранения приротовой области, при операциях по поводу опухолей и ожогов лица формируется сужение ротовой щели – микростомия. Рубцы мягких тканей, окружающих ротовую щель препятствуют открыванию рта и уменьшают ротовую щель, что делает лечение, удаление и последующее протезирование зубов весьма проблематичным.

Наиболее частыми причинами их образования являются удаление опухолей, особенно злокачественных; огнестрельные ранения и механические повреждения различных участков лица; ожоги (термические, электрические, химические); врожденные дефекты и деформации лицевой области и др.

Дефекты лица приводят к функциональным расстройствам. При дефектах щеки, мягких тканей приротовой области нарушаются функции жевания, речи, возникает обезвоживание организма из-за постоянного слюнотечения, появляется мацерация кожи выделяющейся слю-

ной. Дефекты мягких тканей, окружающих ротовую щель, вызывают выпадение пищи во время жевания и постоянное слюнотечение. Долго существующие келлоидные рубцы вызывают деформацию зубных рядов и обезображивают лицо пациентов, что в свою очередь не может не сказаться на их психике. Сужение ротовой щели влечет за собой также затруднение приема пищи и нарушение речи [5,6]

Лучший результат ортопедического лечения достигается после оперативного расширения ротовой щели. У пациентов с микростомией, когда операция не показана (возраст больных, состояние здоровья, системная склеродермия, туберкулёзная волчанка), проведение ортопедических манипуляций сопряжено с большими трудностями. Выбор конструкции съёмного протеза определяется степенью сужения ротовой щели.

Из-за потери эластичности мягких тканей и сужения ротовой щели у больных с микростомией затруднено снятие оттисков стандартными ложками, даже детскими. Из-за отсутствия подходящих стандартных ложек, формируют восковые индивидуальные ложки для верхней и нижней челюстей прямым методом (в полости рта). Затем заменяют воск пластмассой для возможности снятия оттиска жесткой ложкой.

Значительное уменьшение ротовой щели затрудняет определение центральной окклюзии обычным способом при помощи восковых базисов с прикусными валиками. Для профилактики деформации восковых базисов, прикусные валики из воска мы фиксировали на жестких базисах, при этом сами валики делают короче, чем обычно.

С целью исключения повышенного давления протеза на костные выступы, сделать на гипсовой модели их изоляцию 1-2 слоями.[2,4]

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.: Медицина, 2009г.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др./ Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
4. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
6. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2012 г.