

Раннее послеоперационное ортопедическое лечение детей и подростков с приобретенными дефектами верхней челюсти

О. И. Арсенина, Г. Н. Татур

Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии

Дефекты челюстно-лицевой области образуются вследствие огнестрельных, бытовых, спортивных травм, перенесенных воспалительных заболеваний, а также после удаления опухоли, и, как следствие, сопровождаются тяжелыми нарушениями эстетики, расстройствами жизненно важных функций организма: жевания, глотания, речи и дыхания. Дефекты, обусловленные резекцией верхней челюсти, препятствуют нормальному приему пищи — жидкая пища попадает в полость носа, вызывая воспаление слизистой оболочки.

Любой дефект верхней челюсти с нарушением ее анатомического строения, на наш взгляд, служит абсолютным показанием к раннему протезированию. Для успешной реабилитации больных с данным видом патологии наиболее рационально комплексное лечение с применением хирургических и ортопедических методов.

В ортодонтическом отделении ЦНИИСа 20 детям и подросткам в возрасте от 1 до 18 лет было выполнено раннее протезирование по закрытию приобретенных дефектов верхней челюсти, в том числе (8 случаев) сообщающихся с верхнечелюстной пазухой и полостью носа. Локализация послеоперационных дефектов была различной. При этом отмечалось повреждение окружающих мягких тканей.

В задачи комплексного лечения входили восстановление анатомической формы и правильного пространственного положения верхней челюсти, нормализация функции жевания, речи, гармоничное развитие всех отделов лицевого скелета, возможность дальнейшего рационального протезирования и восстановление внешнего вида, т. е. все, что может помочь ребенку вырасти и стать полноценной личностью.

Применяемые хирургические и ортопедические методы лечения были направлены на нормализацию положения зубов в зубном ряду и создание тем самым оптимальных окклюзионных контактов. Важно было сохранить оставшиеся зубы и предотвратить атрофию тканей протезного ложа.

Выбор метода ортопедического лечения и конструкции протезов определяются многими факторами — размерами дефекта, его топографией, состоянием сохранившихся зубов и тканей протезного ложа, а также возрастом ребенка.

Различают два класса дефектов верхней челюсти по Б. Костур: не сообщающиеся с верхнечелюстной пазухой и полостью носа (I класс) и сообщающиеся (II класс) (Руководство, 1993).

Исходя из этого, для устранения дефекта I класса, когда его локализация ограничена альвеолярной частью верхней челюсти, изготавливаются замещающие протезы, а сохранившиеся зубы используются для фиксации протеза.

Значительные трудности возникают при лечении детей с обширными дефектами верхней челюсти, которые чаще всего образуются после ее частичного или полного удаления по поводу новообразования. Наиболее рациональным в таких случаях является протезирование съёмными пластиночными протезами с многокламмерной фиксацией на ранних сроках послеоперационного периода, что предупреждает развитие вторичных изменений в зубочелюстной системе (рис. 1—3).

Протез верхней челюсти после ее резекции у детей должен отвечать следующим требованиям:

- восполнять зубной ряд;
- восстанавливать форму лица;
- обеспечивать максимальное разобщение полости рта и носа;
- прочно фиксироваться;
- быть легким;
- без труда вводиться и выводиться из полости рта;
- не раздражать протезного ложа.

Определенные трудности представляет получение должного оттиска. Применяемая нами методика снятия слепков предусматривает необходимость тампонирования указанных дефектов перед получением слепка. Тампонирование должно выполняться таким образом,

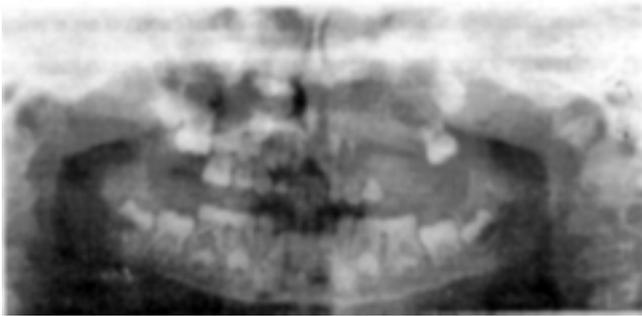


Рис. 1. Ортопантомограмма б-ого Б. до операции. Остеобластокластома верхней челюсти слева.

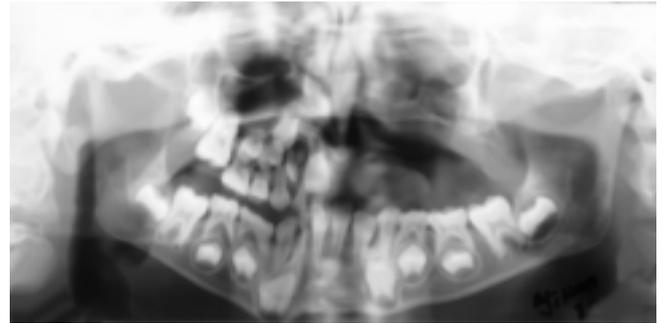


Рис. 2. Ортопантомограмма того же б-ого после операции резекции верхней челюсти.

чтобы края дефекта оставались открытыми, а obturating part of the prosthesis entered the defect for ensuring hermetic sealing of the cavity. Obturating part of the prosthesis after resection of the defect should be introduced deeper into the area of the defect, for improvement of fixation by means of internal and peripheral flaps.

Оттиски снимали альгинатной массой на 8—12-е сутки после операции во время первой или второй перевязки. Модель отливали по обычной методике. Дефект в полости рта вновь закрывали тампоном до следующего клинического этапа подготовки протеза.

Изготовление протеза с obturating part necessarily produce in minimal terms, as the operative cavity is quickly closed, and the prosthesis may become unusable. Prosthesis is fixed 2—3 weeks after the operation, independently of the degree of epithelization of the wound.

На следующем этапе в условиях зуботехнической лаборатории по моделям верхней челюсти изготавливается пластмассовый базис с фиксирующими элементами (**рис. 4**). При этом производится изоляция поднутрений,

затрудняющих введение и выведение протеза из полости рта. Фиксирующие кламмеры должны быть гнутыми (круглые, многозвеньевые), так как они обладают более выраженными пружинящими свойствами, чем литые, и обеспечивают достаточную фиксацию протеза. Иногда опорные зубы покрывают коронками. При изготовлении коронок на временные зубы можно делать горизонтальные напайки из проволоки между экватором и шейкой зуба с целью фиксации кламмеров.

Следующий клинический этап состоит в припасовке базиса протеза в полости рта, проверке его фиксации, плотности его прилегания к тканям протезного ложа, естественным зубам, альвеолярной части, твердому небу. Многокламмерная фиксация осуществляется следующим образом: один кламмер располагается ближе к дефекту, другой — дальше и один — между ними. Таким образом, пластмассовый базис протеза имеет сформированные границы, obturating part and ensures complete closure of the oral cavity from the nasal and maxillary sinus. Good fixation is especially important when necessary



Рис. 3. Прикус того же б-ого перед протезированием. Дефект верхней челюсти слева через 2 нед после операции.



Рис. 4. Пластмассовый базис протеза с фиксирующими элементами.



Рис. 5. То же — с восковым шаблоном для определения центральной окклюзии.

воссоздания отсутствующего преддверия полости рта, что является важным моментом для последующего эффективного протезирования. При помощи данного пластмассового базиса с восковыми валиками определяется центральное соотношение челюстей (**рис. 5**).

Следующий этап — проверка восковой конструкции протеза в полости рта. При этом обращается внимание на моделирование замещающей части протеза, которая служит опорой для верхней губы и других мягких тканей лица.

Для того чтобы изготовленный челюстной протез был максимально легким, его obturating cupula делается пустотелым (**рис. 6**), что особенно важно в условиях довольно больших послеоперационных дефектов челюсти (**рис. 7**).

Следует отметить, что в период адаптации после проведенного раннего протезирования происходят некоторые изменения рельефа протезного ложа вследствие уменьшения послеоперационного отека и костной регенерации. Эти изменения приводят к ухудшению фиксации и требуют периодической коррекции протеза при помощи самотвердеющей пластмассы.

По нашим наблюдениям, в течение первого месяца периода адаптации необходимы частые коррекции. Первая неделя — 1 раз в 2—3 дня. Затем 1 раз в неделю. В течение второго и третьего месяцев — 1 раз в 2 нед. Смена протеза должна происходить с учетом роста ребенка: в период временного прикуса — через 1—1,5 года и перед началом смены зубов, в период сменного — 1 раз в год и постоянного — через 1—1,5 года.

Мы считаем, что раннее протезирование имеет ряд преимуществ:

- препятствует образованию рубцов, мешающих в дальнейшем рациональному протезированию;



Рис. 6. Сложночелюстной протез с obturating куполом.



Рис. 7. Прикус того же б-ого с протезом в полости рта.

- исключает резкое западение и стягивание тканей, потерявших костную опору;
- создает ложе для постоянного протеза.

При этом удастся предупредить развитие грубых деформаций мягких тканей и лицевого скелета, нормализовать прорезывание зубоантагонистов и сформировать правильную окклюзию.

Как показывает наш клинический опыт, наилучшие результаты были получены у больных, которым в раннем послеоперационном периоде, сразу после образования дефекта, проводилось комплексное лечение с использованием хирургических, ортодонтических и ортопедических методов. Положительная динамика под действием функциональной нагрузки и сохранение симметрии лица в процессе роста пациента подтверждают целесообразность раннего начала ортопедического лечения.

Литература

Руководство по ортопедической стоматологии. — М.: Медицина, 1993. — С.