

Казахский Национальный Медицинский
Университет
Им С.Д.Асфендиярова

Модуль ортопедической
стоматологии

**Приобретенные дефекты челюстей.
Врожденные и приобретенные дефекты неба.
Клиника, диагностика, ортопедические методы
лечения.**

Выполнила: Затыбеков.О.
Стом 10-09-2
Курс 5
Проверила: Султанова Э.И.

План.

1. Введение
2. Причины возникновения пороков развития
3. Классификация дефектов неба
4. Клиника
5. Профилактика
6. Лечение
7. Список литературы

Врожденные пороки развития лица, челюстей и зубов - это достаточно частые, а, нередко, и тяжелые заболевания, представляющие одну из сложных проблем челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Установлено, что в последнее время во всем мире прогрессивно возрастает количество детей с врожденными пороками развития, в том числе лица и челюстей.

В частности, врожденные расщелины верхней губы и неба - составляют около 13% всех врожденных пороков развития человека. По данным ВОЗ они встречаются в 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных и по частоте занимают 2-3 место среди врожденных пороков развития человека.



Авторы считают, что основной причиной возникновения врожденных пороков развития являются эндогенные факторы, а экзогенные факторы, которым раньше уделялось большое внимание, имеют второстепенное значение.

Причины возникновения врожденных пороков развития у человека можно представить следующей схемой (Г.И. Лазюк и др., 1991)

А. Эндогенные причины:

- 1) Изменения наследственных структур (мутации)
- 2) Эндокринные заболевания.
- 3) «Перезревание» половых клеток.
- 4) Возраст родителей.

Б. Экзогенные причины:

1. Физические факторы:

- а) радиационные;
- б) механические.

2. Химические факторы:

- а) лекарственные вещества;
- б) химические вещества, применяемые в быту и промышленности;
- в) гипоксия;
- г) неполноценное питание.

3. Биологические факторы:

- а) вирусы;
- б) микоплазмы;
- в) протозойная инфекция;

В настоящее время большинство исследователей считают, что мутации, т.е. изменение наследственных структур на уровне гена или хромосомы, являются одной из наиболее частых причин врожденных пороков развития человека. Наследственные врожденные пороки развития в подавляющем большинстве случаев обязаны генным мутациям, т.е. изменениям внутренней структуры отдельных генов. Удельный вес хромосомных мутаций (аббераций) всего 7-8%. Причиной мутаций может быть как внешнее воздействие физических (ионизирующая радиация), химических (химические мутагены) и биологических (вирусы) факторов, так и нарушения внутриклеточных процессов. К химическим мутагенам относят: инсектициды, гербициды, фунгициды, формальдегид, эпоксиды, бензол, мышьяк, а также пищевые добавки (цикломаты, ароматические углеводороды, тетразин), противоопухолевые препараты (сарколизин и др.) и т.д.

Биологическая неполноценность половых клеток (отца и матери) возможна как результат неправильного образа жизни (курение, алкоголь), а также в результате вредного влияния экологических, профессиональных и других факторов. Общее состояние здоровья родителей также влияет на биологическую полноценность половых клеток

Влияние возраста и пола можно представить следующим образом: чем старше возраст родителей, тем больше вероятность рождения ребенка с пороком развития. Кроме того, многие тератологии указывают на «перезревание» половых клеток (как яйцеклеток, так и сперматозоидов) как одну из причин врожденных пороков развития человека.

Эндокринные заболевания родителей играют немаловажную роль в возникновении врожденных пороков развития у детей. Это, прежде всего, сахарный диабет и (в Беларуси) заболевания щитовидной железы

Среди механических факторов следует обратить внимание на травму матери в первые месяцы беременности (падение, удар в область нижней трети живота, вибрация, попытка аборта и др.).

Термические факторы - это, прежде всего гипертермия, которая возможна как в результате инфекционных заболеваний, а также вследствие вредных условий работы (горячий цех и т.п.). Гипертермия возможна также вследствие злоупотребления солнечными ваннами или сауной.

Гипоксия, как химический фактор, возможна в результате заболевания крови у матери (анемия чаще всего); хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, токсикоза беременных и др. Кроме того, гипоксия на тканевом уровне возможна при любом инфекционно-воспалительном заболевании, хроническом алкоголизме и др.

Неполноценное, несбалансированное питание также является тератогенным фактором. Так, в эксперименте на животных (крысы) доказано, что большие дозы витамина А на фоне раздражения коры надпочечников вызывают расщелины нёба.

Особое значение имеет проблема тератогенного действия лекарственных препаратов, принимаемых женщинами во время беременности. Имеются многочисленные данные о тератогенном влиянии на плод химиопрепаратов, гормонов коры надпочечников, инсулина, витамина А, салицилатов и др. Доказана тератогенность талидомида и диазепама (седуксен, реланиум). Вышеизложенное говорит о том, что медикаменты женщинам в первом триместре беременности лучше не назначать или эту терапию свести к минимуму.



Однако следует отметить, что причины врожденных пороков развития в 25% случаев не устанавливаются.

Среди *воспалительных* процессов наиболее часто причинами приобретенных деформаций нёба являются сифилис, одонтогенный остеомиелит, а также некроз нёба в связи с ошибочным введением раствора, обладающего свойствами протоплазматического яда (спирта, формалина, перекиси водорода и т. п.).

Дефект твердого нёба может возникнуть также вследствие его раздражения присасывающим протезом, обуславливающим появление гематомы с последующим воспалением слизистой оболочки, надкостницы и кости с ее секвестрацией.

В мирное время стоматологу чаще всего приходится встречаться с послеоперационными дефектами. Так, в каждой челюстно-лицевой клинике все еще значительную часть больных составляют лица с дефектами и деформациями, возникшими вследствие ураностафилопластики - оперативное закрытие щели твердого и мягкого неба вместе.

Дефекты и деформации нёба, остающиеся после уранопластики, Э. Н. Самар классифицирует следующим образом.

По локализации:

I. Твердое нёбо:

- передний отдел (включая альвеолярный отросток);
- средний отдел;
- задний отдел;
- боковые отделы.

II. Граница твердого и мягкого нёба:

- по средней линии;
- в стороне от средней линии.

III. Мягкое нёбо:

- дефекты (1 - по средней линии, 2 - в стороне от средней линии, 3 - язычка);
- деформации (1 - укорочение, 2 - рубцово-измененное нёбо).

IV. Сочетанные.

По величине:

- Малые (до 1 см).
- Средние (до 2 см).
- Большие (свыше 2 см).

По форме:

- Круглые.
- Овальные.
- Щелинные.
- Неправильной формы.



Детальную классификацию дефектов нёба, возникающих *после огнестрельных ранений, воспалений и онкологических операций*, разработал Е. А. Колесников.

По локализации

- переднего
- заднего отдела
- области границы твердого и мягкого нёба; они могут быть одно- и двусторонними.

По состоянию альвеолярного отростка и локализации дефекта в нем:

- без дефекта альвеолярного отростка;
- с дефектом отростка (сквозным или несквозным);
- с дефектом отростка в переднем отделе;
- с дефектом отростка в боковом отделе.

В зависимости от сохранности опорных зубов на верхней челюсти:

- дефекты при наличии зубов (на одной стороне; на обеих сторонах; в разных отделах по 1-2 зуба);
- дефекты при полном отсутствии зубов.

По состоянию окружающих тканей:

- без рубцовых изменений мягких тканей вблизи дефекта;
- с рубцовыми изменениями (слизистой оболочки нёба, с дефектами мягких тканей околоротовой области).

Наиболее важным анатомическими нарушениями при расщелине неба являются:

- 1) наличие расщелины неба;
- 2) укорочение неба с недоразвитием небных пластинок;
- 3) расширение глоточного кольца (ротоглотки).

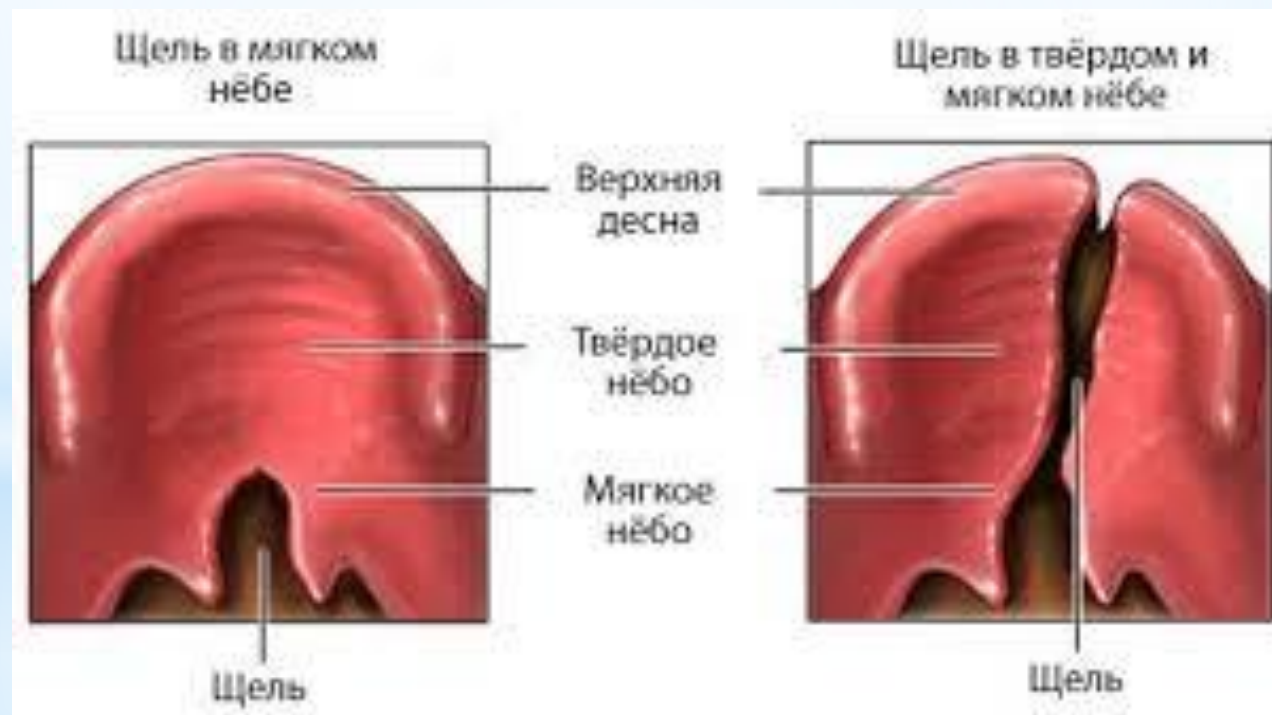
Клиническая картина при изолированных врожденных расщелинах неба зависит в основном от вида расщелины.



Скрытые расщелины неба - это такие расщелины, при которых врожденный дефект малозаметен. Иногда заметно вдавление слизистой оболочки между двумя половинами мягкого неба. Отмечается несращение костных пластинок твердого неба. Небо укорочено. Как правило, нарушений прикуса нет. У ребенка отмечается открытая гнусавость (носовой оттенок речи) и расстройство звукообразования (артикуляции). Речь таких детей иногда сопровождается компенсаторными гримасообразными движениями мимических мышц лица, крыльев носа, сокращением лобных мышц.



Расщелины мягкого неба могут быть полными и неполными. Неполные расщелины не доходят до границы с твердым небом. При полной расщелине дефект мягкого неба достигает заднего края твердого неба и часто сопровождается скрытым недоразвитием заднего отдела твердого неба или же скрытой расщелиной его. Отмечается укорочение неба, расширение глоточного кольца, недоразвитие мышц мягкого неба. Прикус чаще всего не нарушен.



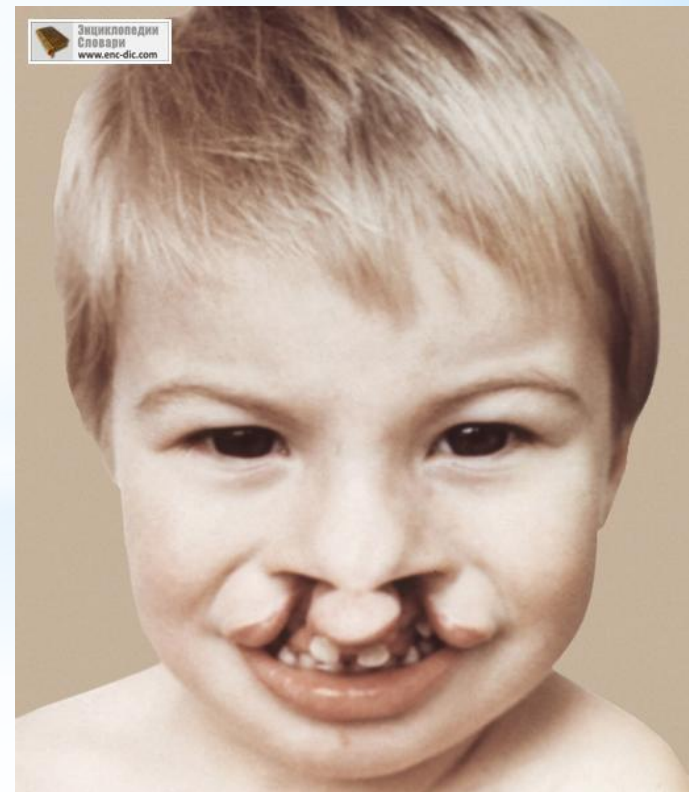
При полной расщелине мягкого и твердого неба отмечается расщепление неба до резцового отверстия. Основание сошника лежит свободно, не соединяясь с небными пластинками. Хорошо видны носовые раковины. Слизистая их обычно гипертрофирована. Небные пластинки недоразвиты. Мягкое небо укорочено. Глоточное кольцо расширено. Возможно врожденное недоразвитие всех отделов верхней челюсти.



При односторонних сквозных расщелинах верхней губы и неба клинически определяется полная расщелина верхней губы с деформацией кожно-хрящевого отдела носа, далее расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти (обычно в области второго резца), а также расщелина твердого неба с одной стороны и полная расщелина мягкого неба. Помимо этого имеется типичная деформация альвеолярного отростка верхней челюсти за счет смещения малого фрагмента к средней линии и кзади.



При двусторонних сквозных расщелинах верхней губы и неба имеется полная двусторонняя расщелина верхней губы с типичной деформацией носа, двусторонняя расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти со смещением межчелюстной кости кпереди, полная двусторонняя расщелина твердого неба и полная расщелина мягкого неба. При этом основание сошника с двух сторон не срастается с небными отростками верхней челюсти.



При врожденных расщелинах верхней губы и неба (ВРВГН) нарушается функция дыхания. При ротовом дыхании вся масса непрогретого воздуха попадает в дыхательные пути ребенка, что вызывает в них ряд патологических изменений. У детей возникают катары ВДП, евстахииты, бронхиты, фарингиты, назофарингиты и др.

С первых дней жизни ребенка с расщелиной губы и неба нарушается функция сосания из-за негерметичности полости рта. Это является основной причиной снижения физического развития ребенка, приводит к развитию у детей рахита и др. заболеваний.

Функция глотания у этих детей нарушается из-за отсутствия герметичности в полости рта и сообщения полости рта и полости носа. При этом пища во время глотания забрасывается в полость носа и развитием хронического назофарингита, а также может аспирироваться с развитием воспаления в дыхательных путях и легких.

Снижение слуха у детей этой группы происходит из-за воспаления среднего уха (75% детей), которое возникает после назофарингита и евстахиита. Снижение слуха неблагоприятно влияет на функцию речи.

Вторичные функциональные изменения проявляются с возрастом ребенка и проявляются в изменениях психического состояния ребенка, снижении иммунитета вследствие развития частых сопутствующих воспалительных процессов носоглотки, трахеи, бронхах, желудочно-кишечном тракте, среднем ухе и т.д.

Способы вскармливания новорожденного с расщелиной губы зависят от степени выраженности анатомических нарушений. Новорожденные с изолированной расщелиной губы могут и должны сосать грудь матери. При скрытых и неполных расщелинах ребенок сосет грудь, прижимая сосок к нормально развитому альвеолярному отростку, компенсируя неполноценность мышц губы активным включением языка в акт сосания. При полной расщелине губы для создания герметичности необходимо свести края расщелины пальцами

При изолированных дефектах твердого нёба больные жалуются на попадание пищи (особенно жидкой) в нос. Чем обширнее дефект нёба, тем хуже произношение. Некоторые больные закрывают дефекты воском, пластилином, ватой, марлей и т. п., чтобы избавиться от этих тягостных симптомов.

Если дефект твердого нёба сочетается с дефектом альвеолярного отростка и губы, присоединяются жалобы на обезображенность лица, затруднение при захватывании и удержании пищи во рту.

При отсутствии достаточного количества опорных зубов больные жалуются на плохую фиксацию верхнего съемного протеза; полные съемные протезы вообще не удерживаются на верхней челюсти.

Небольшие (точечные или щелевидные) дефекты мягкого нёба могут не сопровождаться субъективными расстройствами, но пища через них все же просачивается в носовую часть глотки, как и при узких щелевидных дефектах твердого нёба.

Изменение профиля лица больных чаще всего возникает в результате преобладания нижней губы над верхней. Это отклонение наиболее выражено у лиц, ранее оперированных по поводу сквозных форм несращения нёба.

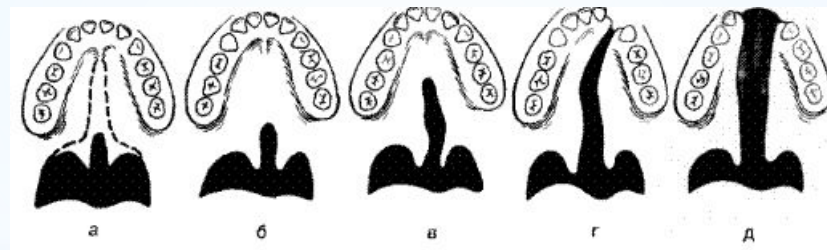


Приобретенные дефекты верхней челюсти и неба обуславливают тяжелые нарушения жизненно важных функций, таких как жевание, дыхание, звукообразование.

По данным ВОЗ от 70% до 100% таких больных нуждаются в ортопедическом лечении (М.А.Нападов с соавт., 1984).

На фоне этих нарушений больные с дефектом верхней челюсти и твердого неба в значительной степени страдают от нарушения психического состояния, которое требует не меньшего внимания, а зачастую и большего, чем основное заболевание. Психические сдвиги у таких больных бывают более выражены, чем у лиц после общехирургических операций

Основным видом деформации верхней зубной дуги является ее сужение, особенно в области малых коренных зубов, и недоразвитие по сагиттали. Наиболее резко эти изменения выражены у оперированных больных со сквозными формами несращения нёба и постоянным прикусом. Выраженные деформации прикуса наблюдаются у больных со сквозными формами несращения нёба, ранее подвергавшихся операции на небе. У них встречаются ложная фронтальная прогения, возникшая в результате недоразвития верхней челюсти по сагиттали, и одно- или двусторонний перекрестный прикус в результате ее сужения.



Данные телерентгенографии подтверждают, что у больных со сквозными формами несращения нёба недоразвита базальная часть верхней челюсти. Причиной недоразвития верхней зубной дуги по сагиттали является давление рубцовоизмененной верхней губы и, возможно, интерламинарная остеотомия, которую производят в крыло-челюстной зоне роста верхней челюсти по сагиттали.

Больных с *травматическими* дефектами нёба, страдающих нарушением речи, угнетает то обстоятельство, что окружающие люди подозревают наличие у них дефекта сифилитического происхождения. Это является одним из факторов, побуждающих к лечению.

К характеристике приобретенных дефектов нёба, в значительной мере отраженной в приведенных классификациях, следует добавить, что ткани вокруг них поражены рубцами, которые особенно выражены при сифилисе и зачастую приводят к рубцовой деформации всего мягкого нёба. В некоторых случаях возникает полное или частичное сращение мягкого нёба с задней и боковыми стенками носовой части глотки, при которых больные жалуются на гнусавость, невозможность носового дыхания и скопление носовой слизи, которую невозможно ни удалить наружу, ни втянуть в пищевод.

Профилактика врожденных пороков развития челюстно-лицевой области у детей - это, прежде всего пропаганда здорового образа жизни и устранение экзогенного воздействия тератогенных факторов. Проблема эта не столько медицинская сколько социальная. Профилактика врожденных аномалий челюстно-лицевой области на медицинском уровне - это, прежде всего медико-генетическое консультирование и ультразвуковая диагностика (УЗИ). Консультация генетика показана в обязательном порядке, если у родственников, родителей или старших детей имеются врожденные пороки развития. УЗИ-диагностика должна проводиться в 10-13 недель, с 16 по 22 неделю и в третьем триместре беременности по назначению врача. В результате УЗИ можно выявить до 60-70% структурных дефектов плода (спинно-мозговую грыжу, отсутствие конечностей, пороки сердца, расщелины губы и неба и др.). Кроме того, для пренатальной диагностики пороков развития может проводиться анализ околоплодных вод или биопсия плаценты, а также можно определять некоторые биохимические показатели крови матери (эффективность 60%)

Ортопедическая терапия травмы челюстно-лицевой области, так же как различные операции, предпринимающиеся для ликвидации ее последствий, сопровождается применением различных конструкций ортопедических аппаратов.

Обтуратор по Ильиной-Маркосян

Обтуратор по Ильиной-Маркосян. Это обтуратор твердого и мягкого неба, состоящий из двух частей: небной пластинки и обтурирующей части. Небную пластинку изготавливают из твердой пластмассы АКР-7, фиксирующейся с помощью кламмеров. Она покрывает расщелину в задней трети твердого неба и отчасти мягкое небо со стороны ротовой полости. Эту часть пластинки изготавливают из слабоэластичной пластмассы (смесь АКР-7 и ЭГмасс-12). Обтурирующую часть изготавливают из ЭГмасс-12. Она имеет вид тонкой пластинки, покрывающей всю расщелину мягкого неба со стороны носовой полости. Обтурирующая и фиксирующая части соединяются металлической кнопкой.

В качестве слепочных масс лучше применять эластичные массы, например альгеласт, кальцинат и др.

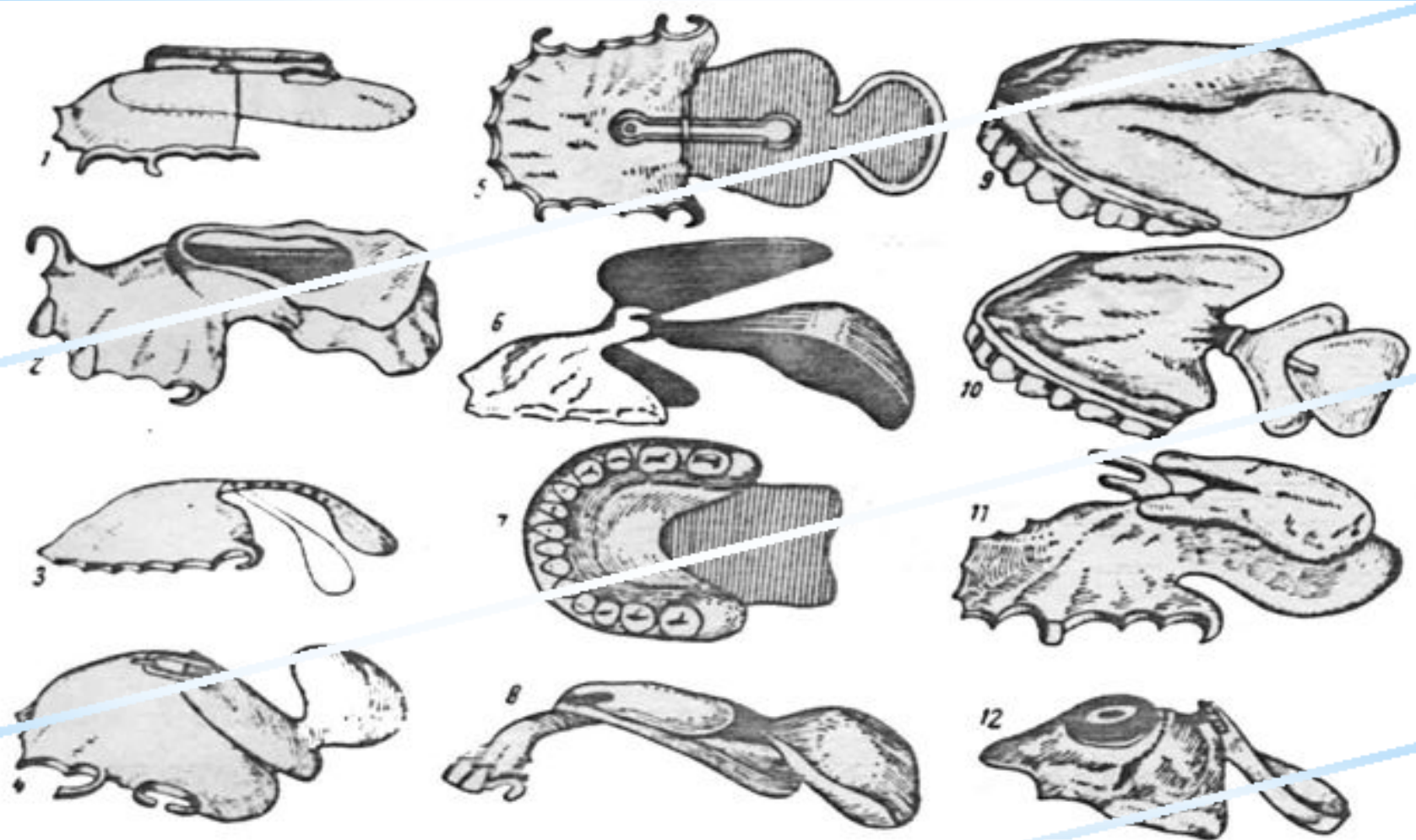


Рис. 168. Обтураторы с подвижной небной занавеской: 1) Kingsley, 2) Brugger, 3) Guerini, 4) Delair, 5) Ruppe-Chastel, 6) Mitchell, 7) Sercomb, 8) Herris, 9) Хрущева, 10) Kingsley, 11) Martin, 12) Warnekros.

Аппарат Сюерсена (аппарат с неподвижным соединением obturатора с небной пластинкой)

Аппарат Сюерсена (аппарат с неподвижным соединением obturатора с небной пластинкой). Оттиск снимают термопластической массой (масса ММСИ-В) и стандартной оттискной ложкой, удлиненной кзади. К небной выпуклости стандартной ложки припаивают небольшую металлическую пластинку кзади для получения отпечатка мягкого неба. По полученной модели готовят небную пластинку из пластмассы с кламмерами в области жевательных зубов для фиксации ортопедического аппарата. При дефекте зубного ряда к небной пластинке прибавляют искусственные зубы для замещения дефекта. На задней границе небной пластинки моделируют отросток, направленный в сторону дефекта неба, доводя его до задней стенки глотки. Отросток из пластмассы обволакивают размягченной черной гуттаперчей, с помощью которой получают отпечаток границ дефекта мягкого неба и задней стенки глотки.

Если не достигнуто достаточно плотное прилегание obturatora к краям дефекта неба и ясность речи не восстановлена, то спиливают слой пластмассы на толщину 0,5—1 мм с помощью фрезы, покрывают obturator небольшим слоем быстротвердеющей пластмассы стиракрил и вводят его в полость рта. При этом предлагают больному делать глотательные движения для точного отпечатка границ дефекта мягкого неба в функциональном состоянии. Через 1—2 минуты obturator удаляют. После затвердения пластмассы ортопедический аппарат отделяют, и он готов для пользования.

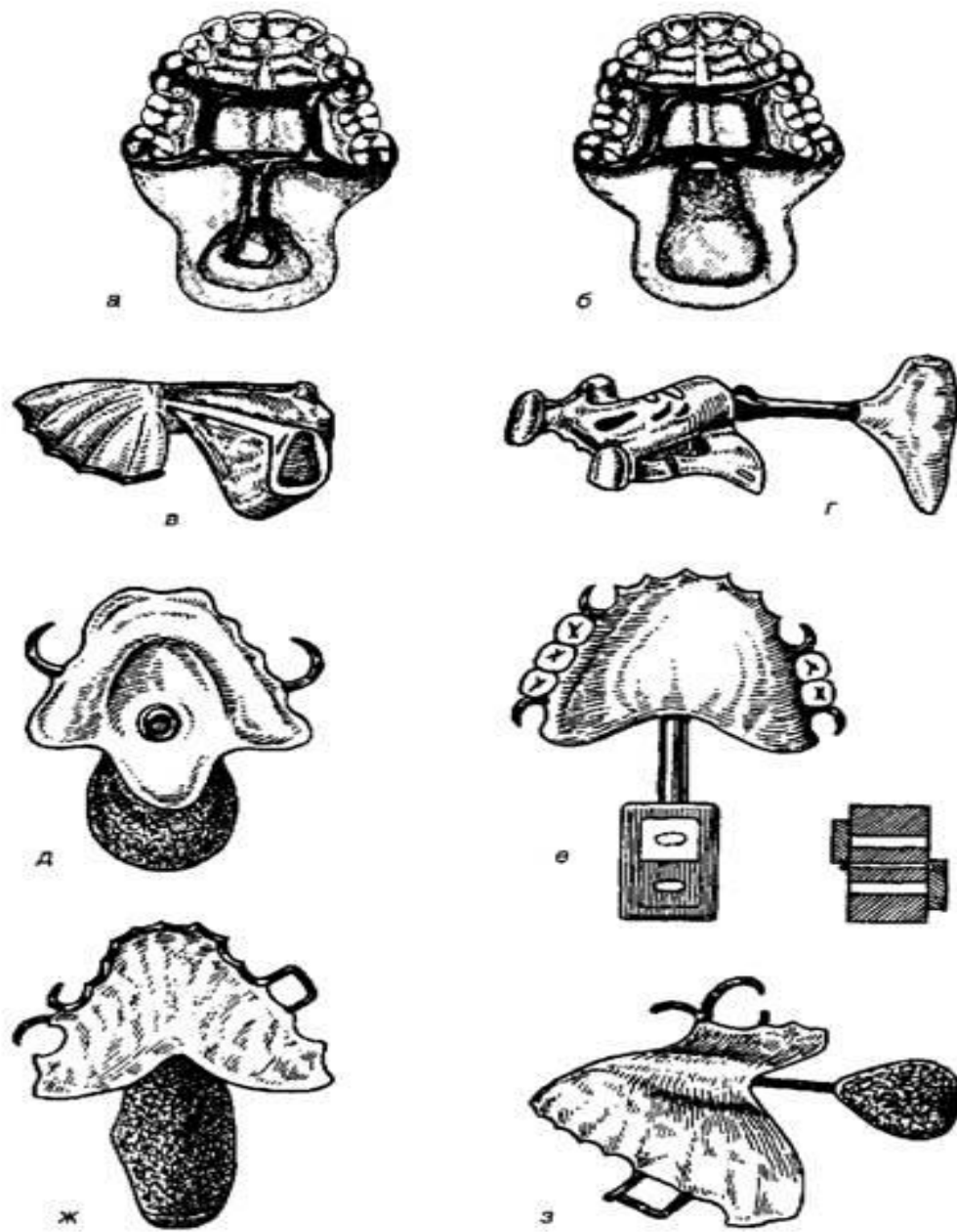


Рис. 7.25. Обтураторы, применяемые при дефектах мягкого нёба:
 а — фиксирующая часть обтуратора; б — общий вид обтуратора; в, г — по Шильдскому;
 д — по Ильиной-Маркосян; е — по Померанцевой-Урбанской; ж, з — аппарат Сьюерсена

1. Беляков Ю.А. Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов.
- М.: Медицина, 1993.
2. Бернадский Ю.И.. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. - М.: Медицинская литература, 1999.
3. Гуцан А.Э. Врожденные расщелины верхней губы и неба. - Кишинев, 1980.
4. Козин И.А. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица.- М., 1996.
5. Кручинский Г.В. Редкие врожденные синдромы лица и челюстей. - Мн., 1974.
6. Лазюк Г.И. (ред.) Тератология человека. - М.: Медицина, 1991.
7. Робустова Т.Т. (ред.) Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 1990.