

УДК 616.314 – 089.28 + 616.716.1

ЧАСТОТА ДЕФЕКТІВ ПІДНЕБІННЯ І ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ТА ФАКТОРИ, ЯКІ СПОНУКАЮТЬ ХВОРИХ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

(огляд літератури)

Беліков О.Б.

Сучасні погляди на показання до вибору методів лікування ушкоджень щелепно-лицевої ділянки обумовлені різними обставинами. В результаті захворювань і ушкоджень обличчя та щелеп залишаються дефекти і деформації, які не завжди можуть бути усунуті тільки хірургічними методами, виникає необхідність у попередній ортопедичній підготовці [3, 6, 11, 15, 21, 25]. Виготовлення звичайних протезів не викликає складності при невеликих дефектах піднебіння або альвеолярного відростка [18], у той час, як заміщення великих дефектів щелеп вимагає нестандартного вирішення і виготовлення спеціального протеза з урахуванням індивідуальних особливостей як пацієнта, так і самого дефекту [1, 33]. Багатофакторність ознак і різноманітність патогенетичних механізмів розвитку великих дефектів не дозволяють однозначно вирішити питання, які стосуються методів і термінів хірургічного та інших видів лікування [10].

Прийнято розрізняти уроджені і набуті дефекти. Уроджені дефекти часто зустрічаються на верхній щелепі у вигляді розщілин, нерідко в сполученні з ущелинами альвеолярного відростка, губи і м'якого піднебіння. Так, за даними М.Д. Дубова [9], вони складають 12-30% усіх каліцтв, які зустрічаються у людини, і 77,3% від всіх ущелин обличчя [2]. Етіологія уроджених дефектів суперечлива. Одні автори вважають причиною ущелин

вплив на організм, що формується, ендоекзогенних пошкоджуючих факторів на 2-3-місяці вагітності [3, 9], інші автори відзначають спадкову передачу каліцтва з покоління в покоління, або через покоління [8, 20]. За даними Василенко В.М. [3] із групи екзогенних факторів встановлені: одномоментна травма (падіння, удар у ділянку живота вагітної) – 9,1%, токсикоз вагітних – 10,9%, важка фізична праця – 7, 8%, підвищений радіаційний рівень – 5,5%, психічна травма – 3,6%, інтоксикація (нітрофарби, пари бензину, у зубних техніків – робота з мономерами) – 3,6% [1]. Фроловою Л.Е., Загіровою А.Ф., Поповою Д.Н. зареєстровані випадки каліцтв дітей, батьки яких одержали великі дози радіаційного випромінювання [22]. Набуті дефекти піднебіння мають ряд особливостей, які у значній мірі утрудняють їх хірургічне лікування. До таких особливостей відносяться: атиповість розташування, наявність рубцевих змін навколишніх м'яких тканин і, часом, великі дефекти кістяка [11]. Різноманітність локалізації, форми і розміру набутих дефектів пояснює наявність безлічі способів закриття таких вад і недостатньої ефективності проведених оперативних втручань [5]. Виготовлення зубощелепних протезів при набутих дефектах піднебіння має свої особливості і залежить від багатьох факторів, у тому числі і від причини утворення дефекту [5, 9, 27]. В особливу

групу слід виділити дефекти після хірургічного втручання. До них відносяться дефекти після часткової або повної резекції з приводу новоутворень у ділянці верхньої і нижньої щелепи, а також залишкові дефекти після невдалої ураностафілопластики [21]. Залишкові дефекти піднебіння після уранопластики досить часті і локалізуються головним чином по лінії швів, у 68% випадків на межі твердого і м'якого піднебіння [14]. Післяопераційні дефекти і деформації піднебіння залишаються у 1,8-75% оперованих з приводу уроджених незрощень піднебіння [1]. Кількість післяопераційних дефектів із віком збільшується [14, 34]. Оперативне лікування уроджених розщипин піднебіння в деяких хворих не поліпшує мову або поліпшує її незначно внаслідок того, що м'яке піднебіння залишається вкороченим, нерідко рубцево зміненим [16]. Проведення повторних операцій веде до більш частого розходження швів після операції внаслідок стоншення тканин у ділянці незрощення в цьому випадку [42]. Тому єдиним методом заміщення дефекту піднебіння є заміщуючий протез [43, 44]. Крім того, за даними [2, 15, 31] нерідко зустрічаються дефекти піднебіння внаслідок некроза всіх прошарків його після інфекційних захворювань (віспи, дифтерії, скарлатини) або помилкового введення розчинів при видаленні зубів (нашатирного спирту, бензину, ефіру, перекису водню), що мають властивості цитоплазматичної отрути і викликають некроз слизової оболонки і кісткової тканини. Дуже часто причиною дефекту піднебіння може бути неправильне проведення радіо— або рентгенотерапії при лікуванні злоякісних пухлин [16, 17].

Топографія і характер дефекту, а також ускладнення і функціональні розлади, що їх супроводжують також у більшій мірі залежать

від причини, що викликала його утворення [23]. Так, при ізольованих дефектах твердого піднебіння хворі скаржаться на закидання їжі (особливо рідкої) у ніс [11, 32]. Чим більший дефект піднебіння, тим гірша вимова (виникнення відкритої гугнявості) [9, 16, 24]. При відкритій гугнявості або ринолалії страждає і подих хворих, який стає прискореним, поверхневим. Це пов'язано з тим, що кількість повітря, видихуваного через ніс, зростає до 77% [2, 5]. Мовний видих нерівномірно розподіляється протягом вимовляемого слова, до середини слова повітря висякає [18]. У випадках штучного усунення впливу повітря через ніс (затискування крил носа) підвищується кількість повітря, видихуваного через рот, але спирометричні показники при цьому так і не досягають норми [3]. Такий тип дихання створює особливі труднощі для реалізації мовлення [12].

Таким чином, при ринолалії головним розладом є порушення артикуляції і фонації звуків. Чим більше дефект піднебіння, тим гірше вимова. Характер вимови також залежить від етіологічного фактора. Так, при уроджених ущелинах воно більш гортанне, а при набутих - носове, гнусляве і свистяче. У обох випадках вимова однаково мало зрозуміла, причому приголосні вимовляються з великим утрудненням, ніж голосні [29]. Ступінь порушення вимови при набутих дефектах більше залежить від місця розташування ніж просторості поразки. Осознаючи свій дефект мовлення, хворі намагаються знайти засоби його компенсації [5, 40]. Іноді під час мовлення вони сильно закопчують крила носа, в артикуляцію утягуються м'язи обличчя. У результаті цього мовлення має неприємне враження як на слух (через невнятність артикуляції і назальності), так і в зовнішньому оформленні через зайві рухи крил носа й

лицевих м'язів [3]. Деякі хворі, щоб позбутися цих тяжких симптомів, закривають дефект воском, пластиліном, ватою, марлею [11, 36]. Якщо дефект твердого піднебіння має сполучення з дефектами альвеолярного відростка, губи, то приєднуються скарги на спотвореність обличчя, утруднення при прийомі їжі, її утриманні в роті. [19, 44]. При відсутності достатньої кількості опорних зубів хворі скаржаться на погану фіксацію верхнього знімного протеза, відсутність фіксації повних знімних протезів. Великі наскрізні дефекти м'якого піднебіння й у ділянці межі його з твердим піднебінням, завжди позначаються на чіткості мови і призводять до закидання їжі у носову частину глотки, викликаючи хронічне запалення слизової оболонки [11, 16, 21]. Рубцеві деформації й укорочення м'якого піднебіння в результаті сифілітичного ушкодження, травми викликають розлади ковтання, що може призвести до погіршення слуху. Погіршення слуху виникає в результаті наступних факторів. Як відомо, м'яз, що напружує м'яке піднебіння починається від хрящової і перетинчастої частин слухової труби. Він регулює проходження повітря в барабанну порожнину. Ушкодження цього м'яза призводить до зяяння слухової труби, що є причиною хронічного запалення внутрішнього вуха і внаслідок цього зниження слуху [29, 40]. У деяких випадках у результаті рубцевої деформації виникає повне або часткове зрощення м'якого піднебіння з задньою або бічними стінками носової частини глотки, при чому хворі скаржаться на гугнявість, неможливість носового дихання і скупчення слизу, який неможливо ні видалити назовні, ні втягти в стравохід. Усі ці явища негативно відбиваються на психіці хворого, посилюючи його страждання [21, 42].

Невеликі (крапкові або щілеподібні) дефекти м'якого піднебіння можуть супровод-

жуватися суб'єктивними розладами, але їжа через них все ж просочується в носову частину глотки, як і при вузьких щілеподібних дефектах твердого піднебіння, що викликає необхідність лікування. Рубцеві деформації й вкорочення м'якого піднебіння супроводжуються вираженими порушеннями (відкрита гугнявість), які не можна усунути консервативними способами, що відштовхує хворих від оточуючих через невиразну мову [33, 38, 39, 42]. У результаті порушення носового дихання в цих хворих виникають деформації зубощелепної системи, у 2-3 рази збільшується захворюваність карієсом і його ускладненнями.

Тому усунення функціональних порушень, разом з хірургами, ортодонтами і ортопедами актуально і суттєво [22, 34, 41, 43]. Виниклий після операції із приводу видалення новотвору дефект, як правило, завжди значніший, ніж пухлина, тому що видалення відбувається в межах здорових тканин [16]. Дефекти верхньої щелепи, що утворилися, ставлять хворого у важкі умови [12, 21]. При пухлинах верхньої щелепи іноді необхідна резекція не тільки верхньої щелепи але і твердого і м'якого піднебіння. Це негативно впливає на мовну функцію й обмежує жувальну спроможність, погіршує акт жування [28, 42, 35]. Внаслідок виниклого сполучення порожнини рота з порожниною носа, додатковими пазухами носа й орбітою наступає різке порушення ковтання, жування, мовлення, подиху і слиновиділення [22]. Далі до функціональних розпадів приєднується, не менше тяжке, зовнішнє каліцтво у вигляді грубої асиметрії обличчя внаслідок западіння тканин щоки, підтягування верхньої губи на боці резекції, диплопії в результаті опускання очного яблука, яке втратило кісткову основу [5]. При небезпеці рецидиву пухлини виготовлення щелепно-лицевих протезів, залишаю-

чи відкритою для обстеження ділянку дефекту, є більш раціональним, ніж закриття його пластичним матеріалом [2, 16]. Це пояснюється тим, що вже на самому початку зміни протезного ложа за рахунок рецидиву пухлинного процесу порушується прилягання протеза до країв дефекту, викликаючи його балансування. Велике значення в комплексній реабілітації ортопедичних хворих також відіграє психологічний і моральний стан пацієнта, особливо це стосується онкологічних хворих [1, 5, 11, 13, 17, 19, 22, 43].

Підсумки

Таким чином тактика лікаря при усуненні дефектів і деформацій щелепно-лицевої ді-

лянки залежить від локалізації, розміру, форми дефекту, стану і кількості опорних зубів, навколишніх тканин. Повноцінна реабілітація таких хворих можлива тільки при врахуванні всіх топографо-анатомічних розладів і функціональних порушень, що відбуваються після оперативних втручань, травматичних пошкоджень, а також є наслідками захворювань щелепно-лицевої ділянки. Тому, ми вважаємо за доцільне, звернути увагу на практичне рішення цього питання і направити свої зусилля на теоретичне обґрунтування і практичну розробку більш ефективних, раціональних методів реабілітації при різноманітних клінічних умовах виготовлення щелепно-лицевих протезів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Березкин Д.П. Индивидуальный прогноз у больных злокачественными новообразованиями как основа разработки реабилитационных программ. / В кн.: Реабилитация онкологического больного. /Под ред Н.П. Напалкова, Ленинград, 1979. - С. 88-97.
2. Бернадский Ю.И., Долбинов В.Н., Дудко В.Д. Комплексное изучение этиологии, профилактики и лечения дефектов и деформаций верхней губы, челюстей и неба у пациентов с врожденными и приобретенными дефектами лица / В кн.: Актуальные вопросы стоматол. – Полтава.-1981.-С. 146-147.
3. Василенко В.М. Частота различных эндо- и экзогенных факторов в патогенезе врожденных расщелин верхней губы и неба. /Современная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник трудов 1 Республиканской конф., Киев. 1998.-С. 127.
4. Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрия и ее топиико-диагностические значение в клинике очаговых поражений мозга, Ташкент: Уч. мед. книга, 1973. - 114 с.
5. Воронцова Т.Н. Логопедическая работа с больными с открытой ринопатией: Автореф. дис. канд.мед.наук, Москва,1975.-16 с.
6. Герасименко В.Н., Чучков В.М. Протезирование больных после расширенных операций на верхней челюсти по поводу злокачественных опухолей./ В кн.: Опухоли опорно-двигательного аппарата. Москва.-1976. С 162-165.
7. Гризодуб В.И., Сумская С.А. Комплексный подход к лечению врожденных дефектов челюстно-лицевой области // Актуальні питання ортопедичної стоматології. Полтава, 1996.-С. 99-100.
8. Губина Л.К., Красникова О.П. Ситуационный анализ заболеваемости: актуальные вопросы этиологии и возможные факторы риска возникновения врожденных расщелин губы и неба / Достижения и перспективы стоматологии. Москва, 1999.- Т.1-2. -С 320-323.
9. Дубов М.Д. Врожденные расщелины неба. Ленинград: Медицина.-1960. -145 с.
10. Заусаев В.И. Хирургическое лечение врожденных расщелин неба и приобре-

- тенных дефектов его у взрослых: Автореф. дис. докт. мед. наук, Москва, 1969.-46 с.
11. Кабаков Б.Д., Слепченко М.А. Ортопедические мероприятия при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. / В кн.: Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. Москва: Медицина, 1978.-С. 309-323.
12. Кнотько Г.П. Методика изготовления протезов после обширных резекций верхней челюсти. / Проблемы ортопедической стоматологии. Москва. 1970. Т.1У.-С.16-19.
13. Комплексный подход к реабилитации детей с нарушением речи после первичной уранопластики / Мамедов А.А., Шарова О.Б., Савицкая Г.М. и др. // Достижения и перспективы стоматологии. Москва, 1999. Т.1-2. -С. 386-391.
14. Костур Б.К., Миняева В.А. Челюстно-лицевое протезирование. – Ленинград: Медицина - 1985. – 168 с.
15. Кручинский Г.В. Редкие врожденные синдромы лица и челюстей. – Минск: Беларусь, 1974.-63 с.
16. Лубоцкий А.В. Ортопедическая помощь после резекции верхней челюсти. / Труды Центр.ин-та усоверш. врачей, 1963.-Т.64.-С. 246-252.
17. Лукач Е.В. Проблеми ЛОР-онкології в Україні. Тез. доп. 1X з'їзду оториноларингологів України. Київ. –2000.-С. 272-273.
18. Немчинова Е.М. Ортопедическое лечение при врожденных несращениях неба: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Киев, 1970.-16с.
19. Позмогов Л.И., Баран Л.А., Ганул Б.Л. Вспомогательная терапия онкологических больных. Киев: Здоров'я. -1998. -151 с.
20. Слепченко М.А. Методика ортопедических вмешательств в пред- и послеоперационном периодах при резекции верхней челюсти // Вопросы практической медицины, Оренбург, 1974.-С. 111.
21. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба.-Киев: Здоров'я, 1992.-200с.
22. Фролова Л.Е., Загирова А.Ф., Полова Д.Н. Ортопедическое лечение детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба после хейлоуранопластики // Стоматология. -1984.-Т.60. -№ 6. - С. 33.
23. Чиркина Т. В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата Москва: Медицина.- 1969.- 114 с.
24. Чучков В.М. Роль сложного челюстно-лицевого протезирования в реабилитации онкологических больных: Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва,- 1976.-16 с.
25. Яковенко В. Н. Методические указания по воспитанию и исправлению речи у людей с врожденными расщелинами неба. - Ленинград ,1962.- 46 с.
26. Bimbach S Immediate surgical sectional stent prosthesis for maxillary resection. // J. Prosthet. Dent . 1978.- Apr 39 V.4 .- P. 447-450.
27. Brudvik J.S., Nelson D.R. Adult palatal expansion prostheses.// S. Prosthet. Dent. 1981, V. 45.- №3. - P.315-320.
28. Coffey K.W. Obturation of congenital or acquired intraoral anatomic defects. // J. Prosthet. Dent, 1984. –V. 52. –N 4. – P. 559-560.
29. Cordeiro P.G, Bacilious N. , Schantz S., et al. The radial forearm osteocutaneous "sandwich" free flap for reconstruction of the bilateral subtotal maxillectomy defect.// Ann. Plast. Surg. - 1998 Apr 40: N 4. P. 397-402
30. Da Breo E.L., Chalian V.A., Lingeman R. Prosthetic and surgical management of osteogenic sarcoma of the

maxilla. // J. Prosthet. Dent. 1990. Mar 63: N 3. P.316-320.

31. Dor P, Acta Chir Belg Complications of post-irradiation radiotherapy mandibular resection; problems of reconstruction (author's transit) 1980 Jan-Feb 79:1 21-6.

32. Gabrielli E. Über Resektion prothesen in Ober Kiefer. // Dtsch. Zahnz. Z., 1964. – B.S. 19. – N 2. – S. 97-104.

33. Kotsomitis N, Freer TJ Inherited dental anomalies and abnormalities. ASDC // J. Dent. Child.- 1997.. Nov-Dec 64: N6. P.405-408 .

34. Laygenbeck M. Operation der angeborenen totalen Spaltang des harten Gaument und der damit complicirten Hasenscharten nach einer neuen Methode. Deutsche Klinik, 1961. – 168s.

35. Mazaheri M., Mazaheri H. Correction of Palat Defects: a Prosthodontist's Viewpoint. // J. Oral. Surg., 1983. –V. 31. –N 12. –P. 913-917.

36. Mericske E., Mericske-Stem R. Resection prosthetics. Experiences and problems of the prosthodontic treatment of patients with maxillary resection. // Quintessenz. – 1990. - Aug 41: N 8. P.1285-1299.

37. Miyashita K. Denture mobility of complete dentures during function. // J. Stomatol. Soc. Jpn., 1997; V. 64: P. 223-242.

38. Modica R., Mainoldi G.F., Benech A. Resection of the maxilla: correlations between surgery and prosthesis at the end of rehabilitation. // Minerva Stomatol 1982 Nov-Dec 31: N 6 P.607-614

39. Plank D.M., Weinberg B., Chalian V.A. Evaluation of speech Following prosthetic obturation of surgically acquired maxillary defects. // J. Prosthet. Dent., 1981. –V. 45. No 6. –P. 626-638.

40. Siranli M.F. Frühversorgung Bei Oberkiefer Teilresektion. // Dtsch. Zahnärztl. Z., 1986, Bs 41, №12. S. 1211-1213.

41. Tanaka Y., Gold H.O., Pruzansky S.A. Simplified Technique for Fabrication a Lightweight Obturator. // J. Prosth. Dent., 1988, Vo 38, №6, P. 638-642.

42. Watt D.M., Mac Gregor A.R. Designing Partial Dentures 1 st ed. Wright Bristol, 1984, P. 24-51.

43. Wiens J.P. Acquired maxillofacial defects from motor vehicle accidents: statistics and prosthodontic considerations. // J. Prosthet. Dent. 1990 Feb Vo 63:2 P. 172-181.

44. Witzel M.A., Salyer K.E., Rose R.B. Delayed palatal closure: The philosophy revisited // Clef Palate J. – 1984. – V. 21, №4. – P.436-440.

Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава

Стаття надійшла
28.12.2001р.

УДК. 616. 314 - 089. 28 + 616. 716.1

ЧАСТОТА ДЕФЕКТОВ НЕБА И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ПОБУЖДАЮТ БОЛЬНЫХ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Беликов А.Б.

Приведенный обзор источников литературы посвященных частоте возникновению врожденных и приобретенных дефектов неба, верхней челюсти и факторам, которые

побуждают больных к ортопедическому лечению. Врожденные дефекты часто встречаются на верхней челюсти в виде расщелин, нередко в сочетании с щелинными

дефектами альвеолярного отростка, губы и мягкого неба и составляют 12-30% всех увечий беременных и 77,3% от всех расщелин лица. Приобретенные дефекты неба имеют атипичность расположения, наличие рубцовых изменений окружающих мягких тканей и с течением времени образуются большие дефекты костей, что в значительной степени

осложняет их хирургическое лечение. Образовавшиеся дефекты верхней челюсти приводят к нарушению речевой функции, ограничивают жевательную способность, ухудшают акт жевания, глотания и дыхания.

Ключевые слова: расщелина, приобретенный дефект, функциональные расстройства, ринолалия, гнусавость.

UDC. 616. 314 - 089. 28 + 616. 716.1

FREQUENCY OF DEFECTS OF A PALATE AND TOP JAW AND FACTORS, WHICH EXCITE THE PATIENTS TO ORTHOPEDIC TREATMENT

Belikov A.

The carried spent review of the references devoted to frequency originating of the inherent and acquired defects of a palate both top jaw, and factors which excite of the patients to orthopedic treatment. The inherent defects frequently meet on the top jaw as hiatuses quite often in a combination with a hiatus by defects of an alveolar process, labiums and the soft palates and compound 12-30 % of all mutilations pregnant and 77,3 % from all facial clefts. The acquired defects of a palate have atypically of a

locating, presence of cicatrices changes of environmental mild tissues and with flow of time the large defects of bones, that substantially complicates their surgical treatment. The formed defects of the top jaw result in infringement of speech function, limit masticatory ability, worsen the act of mastication, swallowing and respiration.

Key words: a hiatus, acquired defect, functional distresses, rhinolalia, nasonnement.