Ортопедический метод лечения после оперативного вмешательства при переломах нижней челюсти.

Закишева С.М., Токбергенова А.Т., Кубжасарова Г.У., Аубакиров С.Е., Усимбекова Г.М.
Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

В современной ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии одной из актуальных проблем на сегодняшний день остаётся лечения переломов нижней челюсти. Основным в лечении переломов является точная репозиция и надежная фиксация отломков. Выбор конструкций и методики лечения осуществляют по показаниям, что не составляет трудностей. Однако при выборе методики лечения нижней челюсти с частичной и полной адентией возникают определенные трудности. Это связано с невозможностью наложить индивидуальные проволочные гнутые шины для прочной и стабильной фиксации костных отломков нижней челюсти.

Нами было обследовано 20 больных с переломами нижней челюсти без смещения в сочетании с приобретенной частичной или полной адентией зубов. Обследование проводилось на базах областной челюстно-лицевой больницы и стоматологической поликлиники Карагандинского Государственного Медицинского Университета, в период с сентября 2012 года по апрель 2013 года. Больные были разделены на две группы. В первой группе больных (10 человек) проводилось оперативное вмешательство – остеосинтез костным швом, с последующим наложением имеющего съемного зубного протеза, пращевидной повязки для фиксации нижней челюсти. Во второй группе больных (10 человек) тоже проводилось оперативное вмешательство – остеосинтез костным швом, с последующим изготовлением силиконового мягкого подкладочного материала для базисов съемных зубных протезов, наложение пращевидной повязки.

С этой целью нами были применено поэтапное обследование и лечение: после сбора жалоб, анамнеза, клинико-рентгенологического обследования проводили остеосинтез костным швом по общепринятой методики. У всех больных с частичной и полной адентией имелись зубные пластмассовые протезы.

В первой группе больных после проведенного оперативного вмешательства на следующий день накладывались съемные зубные протезы изготовленные до травмы. При опросе и осмотре больных данной группы на 3 день после остеосинтеза были жалобы на неудовлетворительную фиксацию протеза нижней челюсти (которая возникла сразу после изготовления протеза), а также болезненные ощущения (неудовлетворительная фиксация протеза привела к периодическому его опрокидыванию, что привело к натиранию слизистой оболочки полости рта под протезным ложем).

Во второй группе больных после проведенного остеосинтеза на следующий день была проведена коррекция внутренней поверхности базисов протезов. Проводили сошлифовывание внутренней поверхности базиса протеза для создания слоя мягкого подкладочного материала. По общеизвестной методике проводили нанесение мягкой подкладки с коррекцией межальвеолярной высоты в центральной окклюзии, с последующей полировкой и шлифовкой протеза. При осмотре на 3 день после остеосинтеза больные жалоб не предъявляли, фиксация протезов нижней челюсти челюстей была удовлетворительной, коррекция не требовалась.

Использование мягкого подкладочного материала при выраженной атрофии челюстей, а также необходимостью улучшения фиксации полных съемных протезов показало хорошие результаты в комплексном лечении при переломах челюстей с частичной и полной адентей.

Наш клинический опыт применения мягкого подкладочного материала показал, что последний имеет достаточно широкие показания к применению, удобен в использовании, не вызывает неприятных ощущений у пациента и побочных эффектов. Методика нанесения мягкой подкладки и ее окончательной обработки занимает около 10 минут, что дает возможность к применению у больных после оперативного вмешательства.