

раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида и др.) и десенсибилизирующие средства; витамины (В₁, В₂, С, РР), анальгетики, обильное питье и др.

Наряду с хирургическими и медикаментозными мероприятиями, применяли методы, направленные на устранение факторов, вызвавших или усугубляющих течение заболевания. В частности, устраняли травмирующие факторы (коррекция протеза, стачивание острых краев зубов и др.), проводили санацию полости рта и ЛОР-органов, назначали общеукрепляющее лечение. С целью профилактики развития стойких и рубцовых контрактур языка на 3—4-й день после вмешательства начинали лингвальную гимнастику.

Лечебная помощь больным 2-й группы заключалась в проведении неотложных мероприятий в зависимости от вида травматического повреждения языка.

При механических и огнестрельных повреждениях языка первичную хирургическую обработку раны, которую проводили под инфильтрационным и проводниковым обезболиванием, завершали наложением кетгутовых швов на мышцы и шелковых — на слизистую оболочку. При этом должную поверхность языка ушивали более частыми швами, что являлось профилактикой сращения последнего с дном полости рта (особенно при их сочетанных повреждениях). При первичной хирургической обработке из тканей языка удаляли инородные тела, освежения краев раны не проводили, так как больные поступали на ранних сроках. При переломе челюсти или зубов по показаниям осуществляли остеосинтез или накладывали на зубные шины, либо удаляли корни сломанных зубов.

После первичной хирургической обработки ран языка больным назначали антибиотики, анальгетики, витамины, димедрол, хлористый кальций, а также жидкую или протертую пищу. Важное значение придавали гигиеническому содержанию полости рта, поэтому не менее 4—6 раз в день проводили как ирригацию полости рта, так и очищение языка и зубных рядов ватными шариками, смоченными раствором фурацилина и гидрокарбонатом натрия. Движения языка больные начинали по истечении 3 сут после наложения швов, а в последующем в зависимости от показаний им назначалась активная лингвальная гимнастика.

При ожогах кристаллическим перманганатом калия первая помощь заключалась в обильной ирригации полости рта с целью вымывания кристаллов. В последующем на ожоговую поверхность наносили 0,2% фурацилиновую мазь, винилин, 1% линимент синтомицина с 0,5% новокаином или 5—10% метилурациловую мазь. Аналогично лечили ожоги нашатырным спиртом. При обморожении языка использовали рыбий жир и синтомициновую эмульсию с новокаином.

При декубитальных язвах проводили устранение травмирующего фактора с последующими полосканиями полости рта антисептиками. Каких-либо лекарственных средств, ускоряющих эпителизацию декубитальных язв, не применяли.

В заключение следует отметить, что терапия воспалительных заболеваний и травматических повреждений языка необходимо начинать в возможно ранние сроки. При этом в зависимости от показаний следует предусматривать активные хирургические и медикаментозные мероприятия с учетом тяжести клинической картины и возможности развития серьезных осложнений (распространение процесса на соседние анатомические образования, сепсис, кровотечение, асфиксия и др.), а также назначать раннюю лингвальную гимнастику.

Поступила 21 февраля 1984 г.

НОВЫЕ МЕТОДЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.314.22—007.271—08

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА НОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА

Е. Н. Сухорецкая

*Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. Г. Г. Насибуллин) Казанского
института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Одной из наиболее распространенных аномалий зубочелюстной системы является глубокий прикус, который наблюдается в течение всего периода формирования зубочелюстной системы. Его основным клиническим признаком служит нарушение режуще-бугоркового контакта с перекрытием нижних фронтальных зубов. Глубокий прикус «в чистом виде» встречается редко. Довольно часто он сочетается с аномалиями в

сагиттальной плоскости, а также с аномалиями положения отдельных зубов. Такой прикус приводит к нарушению функций жевательного аппарата и организма в целом. Однако причинами, побуждающими больного обратиться к врачу, являются чаще всего косметический дефект, боль, чувство усталости в височно-нижнечелюстных суставах.

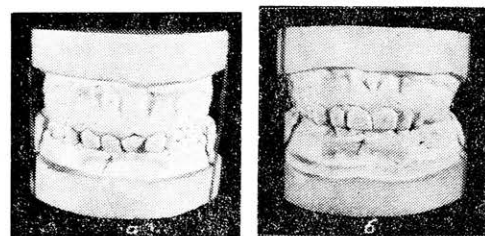
Для лечения глубокого прикуса в основном применяются съемные ортодонтические аппараты для верхней челюсти с жесткими пластмассовыми накусочными плоскостями А. Я. Катца, Д. А. Калвелеса, а также несъемный функционально-направляющий аппарат А. И. Гуляевой. Лечение глубокого прикуса у взрослых в большинстве случаев заканчивается протезированием.

Цель лечения глубокого прикуса — восстановление нормальной его высоты и режуще-бугоркового контакта, что особенно важно при травмировании слизистой оболочки десны противоположной челюсти.

Анализируя результаты лечения глубокого прикуса у 28 человек, мы отметили, что у 15 из них глубокий прикус сочетался со II формой прогнатии по Энгелю, у 10 — с аномалиями положения отдельных зубов. 8 больных были в возрасте от 12 до 15 лет, 12 — от 16 до 18, 8 — от 19 до 25 лет.

Новая конструкция ортодонтического аппарата для лечения глубокого прикуса представляет собой нижнечелюстное устройство, действующей частью которого являются металлические пружинящие накусочные пластины на нижние фронтальные зубы. В момент смыкания верхние передние зубы испытывают вертикальное давление вверх, а нижние — вниз. Разобщение в области жевательных зубов составляет не более 2—3 мм, длительность лечения сокращается в 1,5—2 раза по сравнению со сроками лечения при помощи жесткой накусочной площадки. При лечении глубокого прикуса, сочетанного со II формой прогнатии, накусочные пружинящие пластины изгибают таким образом, чтобы можно было переместить верхние фронтальные зубы из орального положения вестибулярно. Действие аппарата основано на принципе перераспределения жевательной нагрузки. В результате усиленного вертикального давления на фронтальные зубы и разобщения прикуса в области коренных происходит перестройка тканей альвеолярных отростков.

У большинства больных адаптация к нижнечелюстному аппарату с пружинящими накусочными площадками наступила через 3—5 дней. Жалоб на боли в области височно-челюстных суставов больные не предъявляли.



Модели челюстей у больной К., 16 лет. а — до лечения. Режущие края передних зубов верхней челюсти соприкасаются с десной нижней челюсти; б — после лечения. Передние зубы верхней челюсти смыкаются с зубами нижней, десневой край свободен, не травмируется зубами верхней челюсти.

Лечение: повышение прикуса с помощью нижнечелюстного аппарата О. М. Башаровой с пружинящими накусочными площадками и смещение резцов верхней челюсти вестибулярно. Продолжительность лечения — 10 мес. Наблюдение проводили в течение года. К концу лечения положение фронтальных зубов стало правильным, глубина прикуса уменьшилась значительно (см. рис).

Применяемая нами методика лечения глубокого прикуса позволяет проводить ортодонтическую подготовку перед протезированием у взрослых.

Поступила 7 февраля 1984 г.