https://doi.org/10.23946/2500-0764-2021-6-2-136-141

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТКИ С МИКРОСТОМИЕЙ

СМЕРДИНА Л.Н., ТЁ Е.А.,* СМЕРДИНА Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия

Резюме

В статье представлен клинический случай стоматологической реабилитации пациентки с микростомией. Микростомия (сужение ротовой щели) возникла после резекции альвеолярного отростка верхней челюсти в результате рака. Открывание рта у пациентки затруднено из-за рубцовых деформаций. Пациентке требовалось изготовление частичного съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть. Протезирование стало возможным после нормализации состояния слизистой оболочки рта. Описаны особенности подготовки оттиска к отлитию модели при полном отсутствии альвеолярного отростка справа и переходной складки после хирургического вмешательства. Из-за отсутствия альвеолярного отростка нами предложено формирование борта из воска и его соединение с оттиском. Сформированный на оттиске борт позволил сохранить и обозначить границу съемного протеза при отлитии и вскрытии модели. Изготовленный съемный протез максимально заместил имеющийся дефект челюсти и зубов, обеспечил восстановление функции жевания, речи, увлажнение слизистой оболочки рта, улучшение эстетики лица и психоэмоционального состояния пациентки.

Ключевые слова: микростомия, стоматологическая реабилитация, подготовка оттиска.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования

Собственные средства.

Для цитирования:

Смердина Л.Н., Тё Е.А., Смердина Ю.Г. Стоматологическая реабилитация пациентки с микростомией. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2021; 6(2):136-141. https://doi.org/10.23946/2500-0764-2021-6-2-136-141

Корреспонденцию адресовать:

Тё Елена Александровна, 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а, e-mail: teelena@mail.ru

© Смердина Л.Н. и др.

CASE REPORTS

ORAL REHABILITATION OF MICROSTOMIA

LIDIYA N. SMERDINA, ELENA A. TYO *, YULIYA G. SMERDINA

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation

English ▶

Abstract

Here we present a clinical case of microstomia with the focus on the oral rehabilitation of the patient. Microstomia, an abnormal contracture of the mouth, occurred in this case as a result of alveolar resection due to cancer, and scarring impeded mouth opening. The patient needed a partial removable laminar denture for the upper jaw. Prosthetics became possible upon normalization of oral mucosa. We describe the imprint preparation features in conditions of lacking right alveolar appendix and crossover fold after surgery. The formation of the wax board in combination with molding allowed demarcation of denture border. The laminar denture successfully replaced jaw and teeth defects, restored proper mastication, improved mouth moistening and speech, as well as facial aesthetics and quality of life.

Keywords: microstomia, oral rehabilitation, imprint preparation.

Conflict of Interest
None declared.

Funding
There was no funding for this project.

For citation:
Lidiya N. Smerdina, Elena A. Tyo, Yulia G. Smerdina. Oral rehabilitation of microstomia. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2021; 6(2):136-141. https://doi.org/10.23946/2500-0764-2021-6-2-136-141

***Corresponding author:**
Dr. Elena A. Tyo, 22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation, e-mail: teelena@mail.ru
© Dr. Lidiya N. Smerdina et al.

Введение

Микростомия – сужение ротовой щели, образующееся в результате ранения приротовой области, после операций по поводу опухолей, после ожогов лица, а также при системной склеродермии и туберкулезной волчанке.

Такие травмы сопровождаются формированием не только физического дефекта, но и тяжелыми психологическими последствиями [1].

Рубцы мягких тканей, окружающих полость рта, снижают их эластичность, препятствуют открыванию рта и уменьшают ротовую щель. Долго существующие келоидные рубцы вызывают деформацию зубных рядов и обезображивают лицо пациентов, что в свою очередь приводит к изменению их психики.

Протезирование отсутствующих зубов у пациентов с микростомией затруднено из-за ограничения открывания рта.

Выбор конструкции съемного протеза определяется степенью сужения ротовой щели. При значительной микростомии и дефектах альвеолярного отростка иногда применяют разборные или шарнирные протезы, но ввиду сложности конструкции их следует избегать. Протезы должны быть простыми и доступными. Уменьшение базиса протеза и сужение искусственной зубной дуги облегчают введение и выведение протеза из полости рта [2].

При микростоме, потере эластичности и растяжимости тканей приротовой области, а также в тех случаях, когда протез велик по своему размеру и его нельзя ввести в полость рта, применяют складной протез. Вместо складного протеза можно применить разборный протез. Разборные протезы делают из двух или трех частей, соединяющихся во рту при помощи штифтов и трубок в вертикальной и горизонтальной плоскости. Лучший результат ортопедического лечения достигается после оперативного расширения ротовой щели. Если операция не показана (возраст больных, состояние здоровья, системная склеродермия, туберкулезная волчанка), протезирование проводят при суженной ротовой щели и встречаются с большими трудностями при осуществлении ортопедических манипуляций [3,4].

Стоматологическая реабилитация пациентов, в том числе после лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, направлена на максимальное восстановление утраченных структур лица и полости рта. Ортопедическая стоматологическая помощь представляет большие трудности в связи с наличием ограничения открывания рта, рубцовой ткани, атрофии альвеолярных отростков челюстей т.д.

При показаниях к хирургическим методам устранения микростомы возможно добиться свободного открывания рта. Хорошие результаты хирургического лечения микростомы отмечают многие хирурги [5,6]. После хирургической ликвидации микростомы становятся возможными терапевтические и ортопедические манипуляции в полости рта.

Клинический случай

В качестве примера реабилитации пациентки с микростомией, которой хирургическое лечение невозможно, приводим клинический случай. Пациентка Ш., 1950 года рождения, обратилась в клинику Кемеровского государственного медицинского университета с жалобами на нарушение функции жевания, нарушение речи из-за дефекта нижней челюсти справа, отсутствие зубов справа на верхней и нижней челюстях, сухость во рту, онемение нижней челюсти справа, несмыкание губ, вытекание жидкости и пищи из полости рта.

Из анамнеза выяснено, что пациентке диагностирован рак альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти справа, базалиома верхней губы, рак кожи лица, лейкоплакия слизистой оболочки рта, многократно проводились оперативное лечение, криодеструкция, фотодинамическая и лучевая терапия с 1993 года по 2010 год.

Рисунок 1.
Вид открытого рта атипичной формы.

Figure 1.
Open mouth of atypical shape.

В декабре 2014 года резецирован альвеолярный отросток верхней челюсти справа по поводу рецидива высокодифференцированного плоскоклеточного рака.

В сентябре 2015 года по той же причине резецирован альвеолярный отросток нижней челюсти справа, часть дна полости рта и правой щеки.

В апреле 2018 года удалена фибропапиллома с озлокачествлением на верхней челюсти.

В течение 2014–2018 годов в послеоперационных периодах, после лучевой и фотодинамической терапии наблюдалась у врача стоматолога-терапевта по поводу очагового плёнчатого радиомукозита и лучевых язв слизистой оболочки рта. Проводилось местное обезболивание и антисептическая обработка тканей, аппликации протеолитических ферментов, противовоспалительных и кератопластических средств. Обычно снятие острых явлений и заживление очагов осуществлялось в течение 3–4 недель.

Протезирование стало возможным после последнего курса фотодинамической терапии летом 2018 года и нормализации состояния слизистой оболочки рта.

При внешнем осмотре лицо асимметрично, деформирована правая сторона с западением щеки в области угла рта и отсутствием носогубной складки справа. В относительном физиологическом покое губы справа не смыкаются, виден центральный резец и частично полость рта. Открывание рта затруднено из-за рубцовых деформаций справа (**рисунок 1**).

При разговоре подтекает слюна справа, нарушена артикуляция.

В полости рта слизистая оболочка альвеолярных отростков на верхней и нижней челюстях справа гиперемирована с постоперационными тяжами и рубцами. Слизистая оболочка щеки справа пришита к нижней челюсти в области проекции альвеолярного отростка.

Альвеолярные отростки на верхней и нижней челюстях справа отсутствуют. Соответственно нет и зубов (с 1.2 по 1.8 и с 4.1 по 4.8).

Зубная формула:

о	о	о	о	о	о					к	и	и	к		о
8	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
о	о	о	о	о	о	о	о							о	о

Соотношение оставшихся зубов по ортогнатическому типу с явлениями воспаления и атрофии тканей пародонта.

Мостовидный протез (металлокерамический) с опорой на зубы 2.3 и 2.6.

Диагноз: Частичное вторичное отсутствие зубов (II класс по Кеннеди на верхней челюсти и I класс на нижней челюсти), отсутствие альвеолярных отростков на верхней и нижней челюстях справа, рубцовые деформации на верхней челюсти, нижней челюсти справа, хронический пародонтит, микростомия. Метахронный рак альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей справа (T2N0M0), состояние после комбинированного лечения. Лейкоплакия слизистой оболочки рта.

План лечения: ортопедическое (стоматологическое) лечение – изготовление частичного съемного пластиночного протеза с кламмерной фиксацией на верхнюю челюсть. Изготовление съемного протеза на нижнюю челюсть невозможно из-за постоперационного осложнения.

При снятии оттиска мы столкнулись с той же проблемой, которую отмечали Гаврилов Е.И., Оксман И.М. (1978). Авторы считают, что снятие оттиска осложняется в связи с трудностью введения ложки с оттискной массой в полость рта и выведения ее оттуда обычным способом. Особенно трудно вывести оттиск из-за его большого объема при дефекте альвеолярного отростка.

Рекомендуется снятие оттиска разборными или стандартными ложками, но распиленными. Методика заключается в последовательном получении оттиска с каждой половины челюсти. По разборному оттиску получают индивидуальную ложку, и при помощи неё изготавливается окончательный оттиск.

Второй метод получения оттиска предполагает вначале нанесение оттискной массы на протезное ложе, а затем покрытие ее пустой стандартной ложкой.

В третьем способе получения оттиска формируется восковая индивидуальная ложка в по-

лости рта, по которой изготавливается пластмассовая ложка, и только потом снимается оттиск жесткой ложкой.

В последнее время появилось много разборных ложек как на верхнюю, так и на нижнюю челюсть, и есть выбор, каким способом снимать оттиск (стандартными, разборными или индивидуальными ложками).

Пациентке Ш. нам удалось снять оттиск с верхней челюсти стандартной ложкой (номер 1) эластическим оттискным материалом (**рисунок 2**).

Подготовка оттиска к отлитию модели имела свои особенности. Так как альвеолярный отросток на верхней челюсти справа полностью отсутствует, то мы сформировали борт из воска и соединили его с оттиском, что обеспечило сохранение протезного ложа при изготовлении модели как при отлитии, так и при вскрытии модели (**рисунок 3**).

Такая подготовка оттиска была необходима из-за полного отсутствия альвеолярного отростка справа и отсутствия переходной складки после хирургического вмешательства. Слизистая оболочка рта, покрывающая верхнюю челюсть, сразу переходила на слизистую щеки справа (**рисунок 4**).

Сформированный на оттиске борт позволил сохранить (**рисунок 5**) и обозначить границу съемного протеза (**рисунок 6**).

Границы съемного протеза укорочены в связи рубцовыми изменениями тканей полости рта справа. По этой же причине нельзя полноценно восстановить зубной ряд. Установлены только три искусственных зуба, которые закрыли внешний дефект (**рисунок 7**).

Рисунок 2.

Оттиск с верхней челюсти стандартной ложкой (номер 1) эластическим оттискным материалом.

Figure 2.

Upper jaw imprint made with standard spoon (number 1) and elastic imprint material.

Рисунок 3.

Оттиск с верхней челюсти со сформированным бортом из воска.

Figure 3.

Upper jaw imprint with a wax board formed.

Рисунок 4.

Отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти справа.

Figure 4.

Absence of the right alveolar appendix at the upper jaw.

Рисунок 5.

Отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти справа.

Figure 5.

Absence of the right alveolar appendix at the upper jaw.

Рисунок 6.

Модель верхней челюсти, с обозначенными границами съемного протеза.

Figure 6.

Upper jaw model with the demarcated borders of a removable denture.

Рисунок 7.

Частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть с кламмерной фиксацией.

Figure 7.

Partial removable laminar denture of the upper jaw with clasp fixation.

Рисунок 8.

Частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть с кламмерной фиксацией в полости рта.

Figure 8.

Partial removable laminar denture of the upper jaw with clasp fixation in the oral cavity.

Антагонисты справа отсутствуют и их восстановление невозможно (слизистая оболочка щеки пришита к слизистой резецированной части альвеолярного отростка).

С частичным съемным протезом на верхней челюсти пациентка чувствует себя более комфортно (**рисунок 8**).

До протезирования ее угнетало, что вследствие дефекта мягких тканей лица из-за рубцовых изменений видна полость рта. Помимо этого, после изготовления протеза произошло уменьшение сухости во рту, улучшение речи, прекращение разбрызгивания слюны при разговоре.

Заключение

Таким образом, несмотря на трудности при осуществлении ортопедических манипуляций, отсутствие единого методологического подхода к лечению пациентов в сложных условиях отсутствия зубов и альвеолярных отростков при ограничении открывания рта, наличии рубцово-измененной ткани в области протезного ложа с невозможностью оперативного расширения ротовой щели, успех стоматологической реабилитации с обеспечением морфофункционального и эстетического восстановления вполне может быть достигнут. Выбор конструкции съемного протеза должен определяться индивидуальными особенностями пациента, в том числе возможностью полноценного снятия оттиска. Подготовка полученного оттиска перед отлитием модели путем его модификации с учетом имеющегося дефекта, обеспечивает сохранение протезного ложа при изготовлении модели. В результате получен простой и доступный протез, позволивший максимально возможно заместить имеющийся дефект челюсти и зубов, с обеспечением пациенту восстановления функции жевания, речи, увлажнения слизистой оболочки рта, улучшения эстетики лица и психоэмоционального состояния.

Литература:

1. Короткова Н.Л., Иванов С.Ю., Митрофанов Н.В., Мураев А.А. Восстановительное лечение пациентов с послеожоговыми деформациями ротовой области. *Стоматология*. 2013;(6):41-44.
2. Ковалёва А.С., Амоян Э.Ф., Хакуй С.А. Ортопедические методы лечения при контрактурах и микростомии. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016;11(4):688-689.
3. Карасева В.В., Борисов О.С. Особенности протезирования больного с микростомией при полной потере зубов. *Проблемы стоматологии*. 2007;(5):26-27.
4. Карасева В.В. Опыт использования армирующей кварцевой сетки для ортопедической реабилитации пациентки с микростомией. *Проблемы стоматологии*. 2014;(4):45-48.
5. Короткова Н.Л., Дмитриев Г.И. Оперативное лечение больных с последствиями ожогов лица. *Вопросы травматологии и ортопедии*. 2011;(1):22-25.
6. Курбанов У.А., Давлатов А.А., Джанобилова С.М., Холов Ш.И. Хирургическое лечение послеожоговых рубцов лица с контрактурой периоральной области. *Вестник Авиценны*. 2015;(3(64):7-15.

References :

1. Korotkova NL, Ivanov SYU, Mitrofanov NV, Murayev AA. Rehabilitation of patients with postburn deformations of the mouth cavity. Stomatologiya. 2013;6:41-44. (In Russ.).
2. Kovaleva A.S., Amoyan E.F., Khakuy S.A. Orthopedic treatments for contractures and microstomies. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016;11(4):688-689. (In Russ.).
3. Karaseva VV, Borisov OS. Osobennosti protezirovaniya bol'nogo s mikrostomiey pri polnoy potere zubov. *Actual problems in dentistry*. 2007;(5):26-27. (In Russ.).
4. Karaseva VV. Experience of quartz reinforcing mesh for orthopedic rehabilitation patient with mikrostomiey. *Actual problems in dentistry*. 2014;(4):45-48. (In Russ.).
5. Korotkova NL, Dmitriyev GI. Operative treatment of patients with consequences of burns of a face. *Voprosy travmatologii i ortopedii*. 2011;(1):22-25. (In Russ.).
6. Kurbanov UA, Davlatov AA, Dzhanobilova SM, Kholov ShI. Surgical treatment of postburn- scarred face scars with the contraction of the perioral region. *Avicenna bulletin*. 2015;(3(64):7-15.(In Russ.).

Сведения об авторах

Смердина Лидия Николаевна, *доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической и ортопедической стоматологии с курсом материаловедения ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а).*
Вклад в статью: *клиническое наблюдение и лечение пациента, анализ результатов обследования и лечения, написание статьи.*
ORCID: *0000-0001-9871-6119*

Тё Елена Александровна, *заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической и ортопедической стоматологии с курсом материаловедения ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а).*
Вклад в статью: *клиническое наблюдение и лечение пациента, анализ результатов обследования и лечения, написание статьи.*
ORCID: *0000-0002-9851-1604*

Смердина Юлия Геннадьевна, *кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры терапевтической и ортопедической стоматологии с курсом материаловедения ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а).*
Вклад в статью: *клиническое наблюдение и лечение пациента, анализ результатов обследования и лечения, написание статьи, внутриротовые фотографии.*
ORCID: *0000-0002-2094-7870*

Статья поступила: 27.10.2020г.
Принята в печать: 29.05.2021г.
Контент доступен под лицензией CC BY 4.0.

Authors

Prof. Lidiya N. Smerdina, *MD, DSc, Professor, Department of Dental Therapy, Orthodontics and Materials Science, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation).*
Contribution: *provided the medical care; wrote the manuscript.*
ORCID: *0000-0001-9871-6119*

Prof. Elena A. Tyo, *MD, DSc, Professor, Head of the Department of Dental Therapy, Orthodontics and Materials Science, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation).*
Contribution: *provided the medical care; wrote the manuscript.*
ORCID: *0000-0002-9851-1604*

Dr. Yuliya G. Smerdina, *MD, PhD, Associate Professor, Department of Dental Therapy, Orthodontics and Materials Science, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation).*
Contribution: *provided the medical care; wrote the manuscript.*
ORCID: *0000-0002-2094-7870*

Received: 27.10.2020
Accepted: 29.05.2021
Creative Commons Attribution CC BY 4.0.