

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии ИПО

Травматизация слизистой оболочки полости рта при ортодонтическом лечении. Этиология, классификация, диагностика, лечение и профилактика

Выполнил: ординатор 2-го года кафедры стоматологии ИПО

по специальности «Ортодонтия»

Снеткова Василина Алексеевна;

рецензент: к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

Красноярск, 2020

План:

1. Классификация травматических поражений полости рта
2. Характеристика патологических изменений при острой травме слизистой оболочки рта
3. Характеристика патологических изменений при хронической механической травме
4. Травмирующие элементы ортодонтической аппаратуры
5. Лечение: местное и общее
6. Профилактика
7. Список литературы

Классификация заболеваний слизистой оболочки рта А.К. Иорданишвили (2012)

Различают:

- Механическую
- Химическую
- Физическую
- Комбинированную травму

Проявления зависят от силы и длительности воздействий повреждающего агента, местных условий а также общей реактивности организма

Классификация

По механизму действия и характеру течения различают:

```
graph TD; A[По механизму действия и характеру течения различают:] --> B[Острую механическую травму]; A --> C[Хроническую механическую травму];
```

Острую механическую травму

возникает однократно при наличии кратковременного сильного воздействия (ранение посторонними предметами из металла, кости, пластмассы и др.)

«острыми» называют, если они сохраняются менее чем три недели

Хроническую механическую травму

раздражитель слабый, но воздействие более длительно. Хроническое действие проявляется при накусывании слизистой оболочки зубами, травме пластиночными протезами, дефектами зубов при кариесе и некачественном пломбировании

«хроническими» называют, если они сохраняются более трех недель

Характеристика патологических изменений при острой травме слизистой оболочки рта

Острая травма приводит к локальному дефекту тканей и сопровождается кровотечением, отеком, болью, которая может усиливаться при разговоре и приеме пищи

Эрозии - поверхностные дефекты эпителиального слоя без включения подлежащей соединительнотканной основы. Часто их размеры, форма и локализация совпадают с формами и размерами источника травмы



Язва - глубокое поражение всех слоев слизистой оболочки, с вовлечением подслизистой основы и мышечной ткани



Характеристика патологических изменений при хронической механической травме

Элементы:

- Изменение цвета (гиперемия, катаральное воспаление)
- Нарушение целостности (эрозии, язвы)
- Пролиферативные явления (папилломатоз)
- Нарушенное ороговение (гиперкератоз)



Папилломатоз –
разрастание в сторону
эпителия сосочкового
слоя слизистой

Травмирующие элементы ортодонтической аппаратуры

- Существует большое количество ортодонтических приспособлений, помогающих устранять зубочелюстные аномалии. Несмотря на их эффективность, все они вызывают травмирование слизистой оболочки рта разной интенсивности.
- Уровень дискомфорта зависит от многих факторов: информированность и мотивация пациента к лечению, общее состояние организма и полости рта, степень сложности различных нозологических форм зубочелюстно-лицевых аномалий, вид и способ применяемых ортодонтических аппаратов

Травмирующие элементы ортодонтической аппаратуры: съемные пластинки

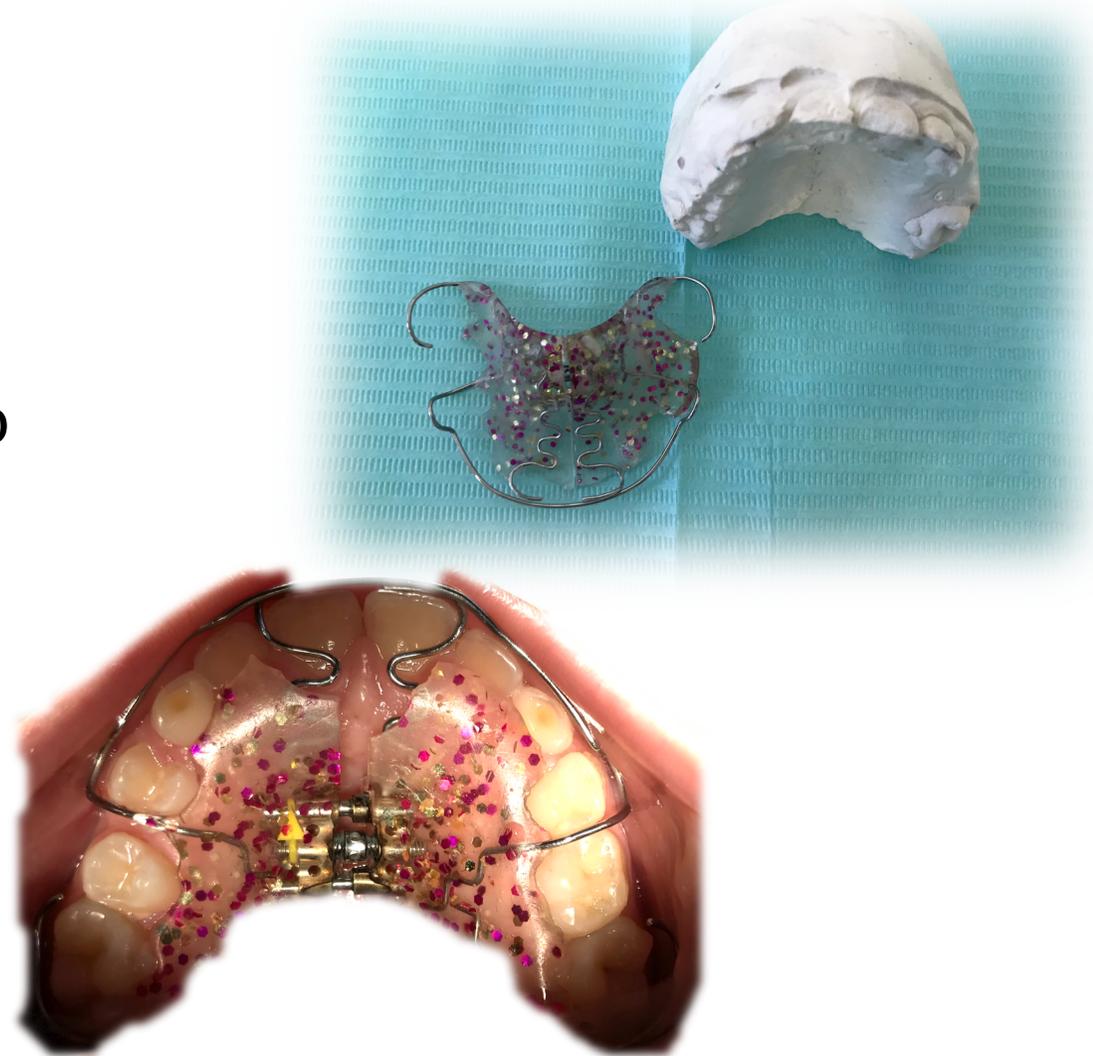
В качестве травмирующих элементов ортодонтических пластинок могут выступать:

- **Некачественно припасованные кламмеры** (после получения из зуботехнической лаборатории аппарата, ортодонт обязан провести примерку и подкорректировать кламмеры так, чтобы они не травмировали мягкие ткани пациента)



Травмирующие элементы ортодонтической аппаратуры: съемные пластинки

- **Острые края базиса пластинки** (это также должно контролироваться ортодонтом при сдаче аппарата и корректироваться при необходимости при помощи прямого наконечника, фрез и резинок)



Травмирующие элементы ортодонтической аппаратуры: съемные пластинки

- Сам базис пластинки может
отдавливать небо пациента

Ошибка может быть на этапе снятия оттиска, а именно использование более вязких оттискных масс, которые вызывают компрессию протезного ложа. Необходимо помнить, что оттиски под съемные пластинки всегда должны быть декомпрессионными и изготавливаться из материалов с более низкой вязкостью (Альгинат, А-силиконовая масса 3M Express XT Penta Putty)



Травмирующие элементы вестибулярной брекет-системы: брекететы, крючки

- Для реализации плана лечения необходим подбор брекетов с определенными техническими характеристиками: величиной профиля, дополнительными крючками, металлическими клипсами, кобояши и т.п.
- От того, какие показатели торка имеет брекет, зависит под каким углом наклона будет на нем располагаться крючок.
- Ряд производителей решил эту проблему путем изготовления съемных крючков, устанавливаемых на брекет только на время ношения резиновых тяг. Но в большинстве своем брекететы имеют припаянные крючки, царапающие слизистую оболочку губ и щек на протяжении всего курса ортодонтического лечения.

Травмирующие элементы вестибулярной брекет-системы: крючки



Металлические лигатурные брекет-системы с припаянными крючками (3M Unitek, Германия)



Металлический брекет Damon Q (Ormco, США) с закругленными гранями и без крючков



Съемный крючок для брекетов Damon Q, который вставляется в вертикальный паз брекета только при необходимости ношения эластиков, что позволяет избежать неоправданной травматизации слизистой оболочки

Травмирующие элементы вестибулярной брекет- системы: дуги

- На первых этапах лечения применяется тонкая эластичная дуга, способная к временной деформации, только она может быть достаточно изогнута, чтобы войти в пазы брекетов даже при выраженном нарушении положения зубов. При нивелировании зубного ряда происходит выпрямление дуги — это величина её восстановления после временной деформации. Именно на эту величину дуга выходит из паза крайних брекетов, причиняя дискомфорт и боль.



Травмирующие элементы вестибулярной брекет-системы: межчелюстные эластики

Ортодонтические тяги (резинки) изготавливаются в виде эластичных колец разных по толщине и диаметру. Их задача контролировать перемещение челюсти, благодаря чему слегка меняется положение рядов. Крепится резиновая тяга за замочек брекета с обеих сторон челюсти. Для достижения максимального эффекта совместной работы резиновых тяг для брекетов и самих брекетов, в ортодонтии существуют различные способы крепления эластиков, которые индивидуально назначает ведущий ортодонт. Однако для их изготовления не всегда используется гладкий материал, из-за чего на их поверхности могут образоваться заусенцы и разрывы. Анатомические особенности строения альвеолярных отростков, а также некорректный выбор схемы ношения резинок могут привести к фрикционной травме



- Нередко в дополнение к брекет-системе пациенту предлагается использование дополнительных аппаратов: нёбные бюгели, дистализаторы, аппараты для нёбного расширения, микроимплантаты. Все эти приспособления могут стать причиной эрозий и язв на слизистой оболочке полости рта.



Аппарат MARPE для небного расширения с опорой на мини-винты



- Кроме того, постоянное их присутствие во рту усиливает активность жевательных и околожевательных мышц, что приводит к парафункциональным движениям губ и языка. Наиболее распространенные корректоры дистальной окклюзии устанавливаются в боковых отделах полости рта, за щеками. Они не видны окружающим, однако травмируют мягкие ткани, пациенты адаптируются к таким аппаратам довольно сложно

Местное лечение Травматические поражения. Хроническая механическая травма.

1. Устранение причины
2. Антисептическая обработка
3. Обезболивание
4. Кератопластические препараты
5. Санація полости рта
6. Обучение гигиене

Общее лечение Травматические поражения. Хроническая механическая травма.

1. Обезболивание по показаниям
2. Средства, повышающие общую резистентность организма: витамины А,С,Е, поливитамины, биостимуляторы
3. Нейротропные препараты(тнормализирующие процессы торможения и возбуждения, тонизирующие, успокаивающие)

Лечение декубитальной язвы. Местное

1. Устранить или ослабить действие раздражающего фактора
2. Обезболивание (10% лидокаин, 15% лидоксор)
3. Аппликация протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин) при наличии фибринозного налета
4. Антисептическая обработка (р-ры календулы, ромашки, зверобоя или 0,02% р-ром фурацилина, 1% р-р димексида)
5. Кератопластические средства (витамин А и Е в масле, каратолин, винилин, масло шиповника, метилурациловая, солкосерилловые мази)
6. Полоскания полости рта

Лечение декубитальной язвы. **Общее**

1. Обезболивание (Нурофен, Найз, Анальгин и т.д.)
2. Поливитамины (Компливит, Витрум)
3. Успокаительные (р-р пустырника, валерианы, Негрустин, Персен)
4. Диета

Профилактика

Пациентам с хронической механической травмой СОПР можно предложить следующую схему лечебно-профилактических мероприятий:

- Профессиональная гигиена полости рта.
- Обучение рациональной индивидуальной гигиене полости рта, ортодонтических конструкций и контролируемая чистка зубов и оценка гигиены полости рта после обучения.

Использование пенки «Splat Oral Care Foam 2 in 1» каждый раз после приема пищи, а также в тех случаях, когда использование зубной щетки и ершика затруднено.

- Коррекция диеты.
- Санация полости рта.
- Зубная паста R.O.C.S. Цветок жасмина (R.O.C.S.) - для ежедневной чистки зубов 2-3 раза в день.

Профилактика

Профессиональная гигиена полости рта

Для пациентов с брекет-системой рекомендована профессиональная гигиена полости рта с применением воздушно-пескоструйной обработки и ультразвука 1 раз в 3-4 месяца.





Профилактика

Обучение рациональной индивидуальной гигиене полости рта, ортодонтических конструкций

После приема фиксации ортодонтической конструкции пациентам выдают памятку по гигиене, рекомендуют использовать дополнительные предметы и средства гигиены (ершики, флоссы, ирригатор, специальные пенки), обучают приемам.

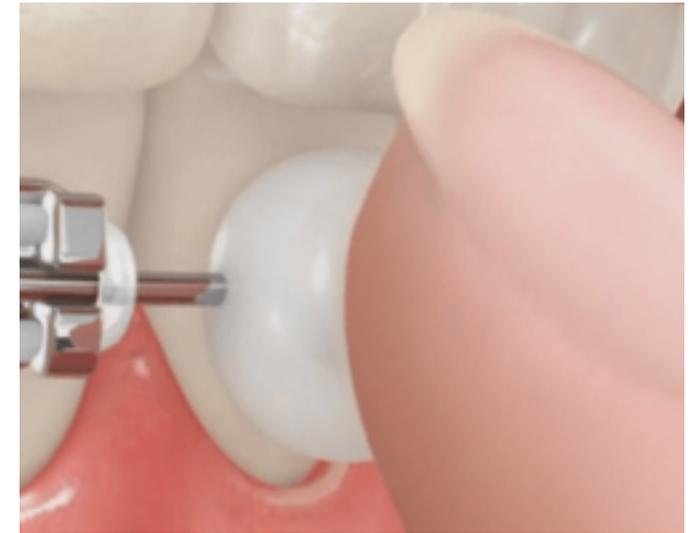
Пациентам со съемными ортодонтическими конструкциями отдельно рассказывают об уходе за конструкцией, необходимости хранения ее в отдельном контейнере, о том, что конструкцию как и зубы надо чистить каждый день с пастой и отдельной щеткой.



Профилактика

Использование ортодонтического воска

- Ортодонтический воск помогает минимизировать травматическое воздействие отдельных частей брекет-системы, и при этом, не повреждает саму конструкцию.
- Помимо привыкания к замочкам брекет-системы, воск может понадобиться в случае выпадения дуги из паза.



Как использовать воск?

- очистить брекететы от остатков пищи и тщательно вымыть руки;
- отрезать небольшой кусочек воска и немного подержать в руках, для того чтобы он стал более пластичным;
- закрыть воском части брекет-системы, травмирующие слизистую;
- снимать воск перед приемом пищи.

Список литературы

1. Аверьянов С. В., Хайрзаманова К. А., Пупыкина Е. В. Повышение эффективности использования стоматологических пленок при лечении травм слизистой полости рта //ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИННОВАЦИОННЫХ РАЗРАБОТОК: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ. – 2017. – С. 144-146.
2. Косюга С. Ю., Ботова Д. И. Состояние полости рта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 6-0. – С. 215-215.
3. Мехмани И. Г., Мамедов Ф. Ю., Сафаров А. М. Влияние ортодонтического лечения на функциональное состояние органов и тканей полости рта //Ліки України плюс. – 2014. – №. 2. – С. 63-65.
4. Ризаев Ж. А. и др. ВЛИЯНИЕ БАЗИСА ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ НА ТКАНИ ТВЁРДОГО НЁБА НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ //Stomatologiya. – 2018. – №. 2. – С. 41-42.
5. Севбитов А. В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ. – 2017.
6. Хайрзаманова К. А., Аверьянова К. С., Исаева А. И. СВОЙСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА //Актуальные вопросы стоматологии детского возраста. – 2018. – С. 258-262.
7. Хайрзаманова К. А., Аверьянова К. С., Исаева А. И. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА //Актуальные вопросы стоматологии детского возраста. – 2018. – С. 254-258.

Спасибо за внимание!