

ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Предложена новая методика изготовления полных съемных зубных протезов для совершенствования ортопедической помощи при повторном протезировании пациентов с полной потерей зубов.

Ключевые слова: *полная потеря зубов, повторное протезирование, полные съемные протезы.*

V. V. Piskur

CHARACTERISTICS OF REPEATED PROSTHODONTICS TREATMENT OF COMPLETE EDENTULISM

The new method of complete dentures fabrication was suggested to improve prosthodontics treatment process and edentulous patients life quality.

Key words: *complete edentulism, full dentures, dentures duplication*

Полное съемное протезирование – один из самых сложных видов лечения в ортопедической стоматологии, что связано с глубокими нарушениями анатомо-функциональных взаимоотношений в зубочелюстной системе. Стоматология сегодня – это высокие технологии и прецизионная техника, но что касается съемного пластиночного протезирования, то здесь успехи практической стоматологии менее значительные. Ни с одним из других видов ортопедического лечения не связано такого количества разнообразных и противоречивых теорий, мнений и предложений. Совершенствование методов и технологий в этой области стоматологии сдерживается отсутствием основополагающей базы гарантирующей положительные результаты лечения.

По данным Луцкой И.К. [7], полностью отсутствуют зубы у 5,6% жителей Беларуси в возрасте 50–59 лет; 60-69 лет – 9,9%; 70-79 лет – 29,5%; после 80 лет – 40,2%. Среди них 29,9% имеют протезы и пользуются ими, 18,4% не пользуются вследствие плохой фиксации. В пожилом возрасте количество пациентов с полной вторичной адентией, по данным Борисенко Л.Г. [3,4], составляет 15%. От всего количества съемных протезов 24,4% составляют протезы полного зубного ряда [2]. В повторном изготовлении протезов нуждаются 55% 60-летних пациентов [1].

Представление о старости, как об отрицательной, непродuktивной и бесполезной фазе жизни, когда человек уже не так важен для общества, нужно полностью пересмотреть. Эпидемио-

логические, социальные и психологические исследования вскрывают сложную, многофакторную природу заболеваний человека, их основные тенденции и частоту, позволяя предполагать, что социально-экономический, психологический статус и стиль жизни, влияние окружающей среды, географический регион проживания и недостаточная доступность стоматологической помощи в детстве, личный опыт общения с врачом способствуют развитию основных стоматологических заболеваний, обуславливающих утрату зубов, вызывая преждевременное старение. К особенностям заболеваний у пожилых людей, вызванных самой природой старения, относятся: множественные патологические состояния, неспецифическое проявление болезней, быстрое ухудшение состояния, если не обеспечено лечение, высокая частота осложнений, необходимость реабилитации [2].

По данным ВОЗ, до 26% пациентов после протезирования полными съемными протезами не пользуются ими по различным причинам. Анализ неудовлетворительных результатов ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов позволил выделить основные факторы, из-за которых пациенты не пользуются протезами [8]: анатомо-физиологический; клинико-технологический; психологический; токсико-аллергический; комбинированный.

Причинами повторного протезирования в отдаленные сроки чаще всего являются, невозможность пользоваться протезами

из-за плохой фиксации; ухудшение жевательной эффективности из-за стираемости пластмассовых зубов; снижение высоты нижней трети лица, приводящее к уменьшению объема полости рта, что проявляется чувством неловкости и утомляемостью языка во время разговора; нарушение четкости речи; боли в области височно-нижнечелюстных суставов; нарушение эстетики.

В качестве причин, диктующих необходимость замены протезов, как правило, приводятся субъективные данные о затрудненном пользовании пациентами протезами, значительно реже указываются морфофункциональные изменения в жевательном аппарате. Очевидна необходимость дальнейших исследований по определению критериев, на основании которых можно было бы объективно ставить вопрос о повторном протезировании. При этом необходимо учитывать и изменения, происходящие в самих протезах, которые могут привести не только к снижению их функциональной ценности, но и к ускорению и углублению протекающих процессов.

Протезирование имеет еще одну особенность. Мы имеем в виду психофизиологическую сторону вопроса: у пациентов, пользующихся продолжительное время съемными протезами, вырабатываются стойкие привычки, изменение которых тем труднее, чем старше возраст. Некоторые просьбы пациентов объясняются многолетними привычками и принесут успех лечению, т.е. повысят эффективность протезирования, а иногда и предвещают неудачу.

Полное отсутствие зубов приводит к нарушению здоровья, вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма – пережевывания пищи, что сказывается на процессе пищеварения и поступлении в организм необходимых питательных веществ, а также служит причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта. Нарушение дикции сказывается на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения вместе с изменением внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут вести к изменениям психоэмоционального состояния, вызывающие расстройства психики. Отсутствие зубов становится одной из причин развития таких осложнений как дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и соответствующего болевого синдрома. Протезирование пациентов при полном отсутствии зубов представляет большую проблему создания протезов, полноценных в функциональном и эстетическом отношении. Лечение таких пациентов, в конечном счете, направлено на общее оздоровление человека, на продление его деятельного периода жизни.

Сохранность зубов и полноценное функционирование жевательного аппарата - критерии здоровья человека, которые обеспечивают полноценное качество жизни. Отсутствие зубов или некачественные зубные протезы существенно снижают качество жизни [3,4].

Изготовление съемных зубных протезов является одним из сложнейших видов ортопедического лечения, для которого необходимы высокий профессионализм врача и зубного техника и применение современных технологий. 25% от общего количества съемных протезов, изготавливаемых в зуботехнических лабораториях, составляют съемные протезы при полном отсутствии зубов. Большой удельный вес указанных конструкций свидетельствует о том, что пациенты с полным отсутствием зубов зачастую неоднократно обращаются для повторного протезирования из-за неудовлетворительного качества протезов [5]. Это подтверждают и данные литературы [8], согласно которым 20-27% пациентов имеющих полные съемные протезы ими не пользуются, а 53% - используют только с эстетической целью, т.е. каждый 4 пациент, получивший протез, вовсе не пользуется им из-за неудовлетворительного качества или плохой фиксации в полости рта. Приведенные данные свидетельствуют об актуальности проблемы восстановительного лечения пациентов при полном отсутствии зубов.

Методика дублирования протезов возникла в ответ на возрастные изменения в группе

лиц с полной потерей зубов. Многие пациенты, из числа нуждающихся в новых протезах, являются лицами старческого возраста, зубы у них утрачены в течение длительного времени, и условия для повторного протезирования полными съемными протезами оцениваются, как плохие. Пациенты этой группы зачастую абсолютно лишены способности, адаптироваться к новым протезам, значительно отличающимся от прежних по конструктивным особенностям, а техника дублирования позволяет минимизировать различия в конструкции старых и новых протезов.

Показания к использованию методики дублирования:

- пациенты пожилого возраста, которые в течение длительного срока пользовались полными съемными протезами на верхнюю и нижнюю челюсти и были ими довольны, но в настоящее время отмечают плохую фиксацию протезов и их изношенность;

- пациенты, у которых в анамнезе отмечается плохая адаптация и проблемы с использованием съемными протезами, если им показано изготовление копий наиболее удачных из предыдущих протезов с внесением в конструкцию контролируемых изменений;

- ранее изготовленные непосредственные протезы, в тех случаях, когда необходима их замена по причине резорбции кости после удаления зубов;

- изготовление новых протезов с восстановлением межальвеолярной высоты и сохранением прежней формы базиса и размеров зубов;

- изготовление нового протеза при частых поломках старого (трещины, переломы базиса);

- желание пациента иметь несколько абсолютно одинаковых протезов.

Изготовление полных съемных пластиночных протезов по общепринятой методике включает в себя 9 этапов, а предложена нами методика дублирования состоит из меньшего количества клиничко-лабораторных этапов (5), что позволяет оптимизировать ортопедическое лечение при повторном протезировании пациентов с полным отсутствием зубов.

Клинические этапы: обследование пациента, постановка диагноза, определение плана лечения и выбор конструкции протеза, изучение старых зубных протезов в полости рта и вне её, дублирование имеющихся протезов, получение функциональных оттисков при жевательном давлении и в центральном соотношении челюстей; проверка восковой конструкции протезов; припосовка и наложение протезов.

Лабораторные этапы: отливка моделей, изготовление воскового базиса, постановка искусственных зубов; окончательное изготовление протезов (замена воска на пластмассу).

После обследования, постановки диагноза, составления плана лечения, изучения старых зубных протезов приступаем к дублированию. Используем предложенную нами специально адаптированную кювету (патент №2567) для дублирования рисунка 1.

Кювета для дублирования зубных протезов выполнена разъемной и состоит из двух частей: основания и верхней части. Основание кюветы снабжено двумя стержнями с винтами с противоположных сторон и направляющим пазом, а также соответствующей выемкой в верхней части для плотного соединения частей кюветы. Последовательность работы с кюветой такова: вначале ее раскрывают, нижнюю часть заполняем альгинатной, силиконовой или гидроколлоидной массой и погружаем в неё

половину старого зубного протеза той частью, которая прилежит к слизистой оболочке. После затвердевания массы в нижней части кюветы в верхнюю также вносим дублирующую массу, сопоставляем обе части, с помощью двух винтов плотно соединяем две части кюветы и ждем когда дублирующая масса затвердеет.

Затем через некоторое время раскрываем кювету и извлекаем старый протез (рисунком 2), а освободившийся объём заполняем в зависимости от поставленных целей: воском, термопластической массой или самотвердеющей пласт-



Рисунок 1. Кювета для дублирования



Рисунок 2. Раскрытая кювета со старым протезом

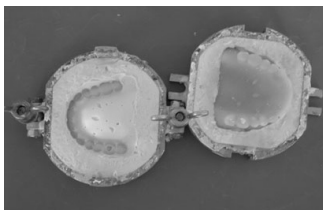


Рисунок 3. Раскрытая кювета с продублированным протезом

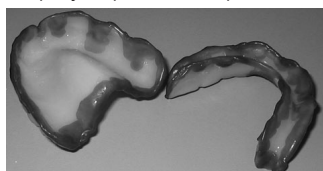


Рисунок 4. Продублированные протезы с уточненными границами

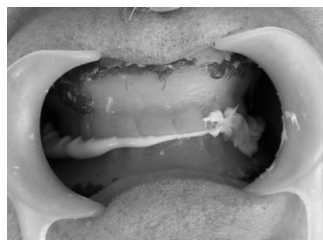


Рисунок 5. Получение функциональных оттисков

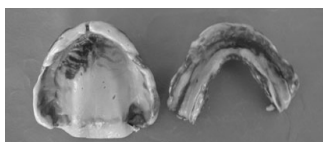


Рисунок 6. Функциональные оттиски



Рисунок 7. Продублированные протезы в окклюдаторе



Рисунок 8. Конструирование зубных рядов

массой.

После полимеризации пластмассы раскрываем кювету и извлекаем продублированный протез, как показано на рисунке 3. Далее проводим необходимую шлифовку и полировку.

Далее продублированные протезы припасовываем в полости рта, уточняем окклюзионные контакты, корректируем границы протезов с помощью термопластической массы рисунку 4.

Для получения функциональных оттисков замешиваем силиконовую корригирующую массу и вносим на внутреннюю поверхность протезов. Протезы вводим в полость рта, на жевательную поверхность наносим фиксатор окклюзии и просим пациента закрыть рот, так мы получаем функциональный оттиск под индивидуальным жевательным давлением и в центральном соотношении челюстей характерным для каждого нашего пациента с полным отсутствием зубов рисунку 5,6.

Следующий этап – лабораторный. В зуботехнической лаборатории зубной техник отливает рабочие модели, загіпсовывает их в артикулятор или окклюдатор, затем проводит постановку зубов по индивидуальной окклюзионной поверхности одного из протезов. Эти манипуляции представлены ниже на предлагаемых рисунках 7,8.

Далее клинический этап – проверка восковой конструкции протеза в полости рта. Это очень важный и ответственный момент, так как на этом этапе проводят оценку результатов всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления полных съемных протезов и еще можно внести необходимые изменения. Этап проводят по обычным правилам рисунку 9.

После проверки конструкции переходим к лабораторному этапу – окончательное изготовление протезов (замена воска на пластмассу) рисунку 10.

Клинический этап – припасовка и наложение протезов в полости рта рисунку 11. На данном этапе мы накладываем протезы при не-

обходимости проводим коррекцию вновь изготовленных полных съемных протезов, а также даем пациенту подробную информацию по правилам пользования и ухода за ними. Обязательно беседуем с пациентом о сроках и необходимости своевременного последующего протезирования.

Пациент получает при повторном протезировании новые протезы идентичные тем, которыми он пользовался ранее. Использование методики дублирования полных съемных протезов при повторном протезировании позволяет избежать или уменьшить проблемы адаптации к вновь изготовленным протезам, которые незначительно конструктивно отличаются от протезов, изготовленных при первичном обращении за ортопедической помощью рисунку 12.

К преимуществам данной методики относятся:

- уменьшение продолжительности лечения из-за сокращения клинико-лабораторных этапов изготовления полных съемных протезов;
- быстрая адаптация к полным съемным протезам путём изготовления протеза похожего на ранее изготовленный;
- уменьшение стоимости лечения из-за сокращения этапов при изготовлении и времени лечения в клинике ортопедической стоматологии.

Литература

1. Алимский, А.В. К вопросу обеспечения ортопедической стоматологической помощью лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов, проживающих в Москве и Подмосковье / А.В. Алимский, В.С. Вусатый, В.Ф. Прикулс // Стоматология. - 2004.-№4.-С.72.
2. Алимский, А.В. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии / А.В. Алимский, В.С. Вусатый, В.Ф. Прикулс // Российский Стоматологический Журнал. - 2004.-№2.-С.38-40.
3. Борисенко, Л.Г. Анализ обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в Республике Беларусь / Л.Г.Борисенко // Медицинский Журнал. - 2006. - № 4. - С.32-34.
4. Борисенко, Л.Г. Оценка эффективности программы стоматологической помощи пожилому населению Беларуси / Л.Г.Борисенко [и др.]; // Медицинский Журнал. - 2007. - № 2. - С.20-22.
5. Жулев, Е.Н. Методика получения функционального оттиска у больных с полной потерей зубов / Е.Н. Жулев, А.А. Манаков // Стоматология. - 2007.- №4.-С.55-58.
6. Калининская, А.А. Потребность в стоматологической ортопедической помощи / А.А. Калининская, В.Н. Сорокин, Б.В. Трифонов // Российский Стоматологический Журнал. - 2006.-№6.-С.47-49.
7. Луцкая, И.К. Потребность в стоматологической помощи лиц старших возрастных групп / И.К. Луцкая // Стоматология. -1995.- с.62-64.
8. Садыков, М.И. Анализ неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов / М.И. Садыков // Казанский медицинский журнал.-2002.-№ 3.-С.219-220.



Рисунок 9. Проверка восковой конструкции протеза



Рисунок 10. Новые протезы изготовленные по методике дублирования



Рисунок 11. Новые протезы в полости рта пациента



Рисунок 12. Старые и новые съемные протезы

Поступила 11.12.2012 г.