ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ЧАСТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ралло В.Н.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

При полном отсутствии зубов применяются съемные протезы, изготовленные в основном из акриловых пластмасс. Срок их использования составляет 3–5 лет, поскольку к этому времени нарушается фиксация и стабилизация протезов в 8,7% случаев, происходят частые переломы в 15–24% (Гроссман В.Д., 1966; Пискур В.В., 2011). Однако в доступной литературе мы не нашли данных о переломах полных съемных протезов в первый год их пользования, поскольку они встречаются очень редко.

Цель исследования — изучение состояния полных съемных протезов и протезного ложа на верхней челюсти при частых переломах.

Под нашим наблюдением находились 7 пациентов (5 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 62 до 74 лет, у которых возникли частые переломы базиса полных съемных протезов на верхней челюсти. Все пациенты отмечали, что переломы базиса произошли через 5–6 мес. после протезирования. После первой починки повторные переломы базиса протеза происходили через 1,5–2 мес., а последующие переломы возникали в более короткие сроки — через 2–3 недели.

При осмотре базисов верхней челюсти отмечались срединные переломы, которые начинались от центральных резцов, где сосредотачивается самое большое давление (Коробко В.Т., 1962) и достигали границ мягкого неба.

Внутренняя поверхность базиса отличалась по цвету, т. к. починки проводились самотвердеющей пластмассой. Определить, была ли изоляция торуса или нет до починки протеза невозможно, но то, что ее нет после починки — факт. Этим можно объяснить дальнейшие переломы базиса протезов в более короткие сроки после первой починки.

При осмотре протезов в полости рта отмечалось соответствие границ протезному ложу и достаточно хорошая фиксация и стабилизация. У всех пациентов атрофия альвеолярного отростка соответствует классификации Шредера (II тип).

У 3 пациентов визуально и пальпаторно определялся незначительный торус, располагающийся по линии небного шва в средней трети неба. У одного пациента торус возвышался над тканями твердого неба на 1,5–2 мм, шириной 4–5 мм, располагался по средней линии, начиная от резцового сосочка и не доходя на 3–4 мм до границ мягкого неба. У 3 пациентов только пальпаторно можно обнаружить небный шов, по обе стороны которого в средней трети неба определялись небольшие участки диаметром 10–12 мм, покрытые мало податливой слизистой оболочкой. Причин переломов базиса полных съемных протезов много, однако чаще всего — недостаточная или отсутствие изоляции торуса и костных образований, покрытых мало податливой слизистой оболочкой. Во время жевания это приводит к образованию центров повышенного давления, его концентрации в этих участках, а в последующем к переломам базиса. Поэтому при протезировании пациентов полными съемными протезами на верхней челюсти необходимо получать функциональные оттиски под естественным жевательным давлением, которые возникают при разжевывании пищи. Для этих целей мы применяем следующую методику. В качестве индивидуальной ложки использовали полный съемный протез верхней челюсти после починки. При хорошей фиксации и стабилизации протеза, как правило, нет необходимости в уточнении границ протеза, за исключением дистальной (задней). Восковой пластинкой или основной массой «Zetta» увеличивают заднюю границу на 2–3 мм, отдавливаляя таким образом слизистую оболочку протезного ложа по линии «А». Затем на внутреннюю поверхность базиса протеза наклеивают лейкопластырь, накладывают корригирующую массу «Zetta» , вводят в полость рта. Пациента просят открыть и закрыть рот с максимальным сжатием зубов и различными движениями щек и губ (пациента заранее тренируют). Оформление границ базиса протеза проис-

Репозиторий БГМУ

ходит самим пациентом без вмешательства врача, т. е. активное оформление. После затвердевания массы функциональный оттиск выводят из полости рта и отливают модель высокопрочным гипсом. С нижней челюсти получают анатомический оттиск и отливают модель. Протез с верхней челюсти после отливки модели не снимают, а по отпечаткам зубов сопоставляют с моделью нижней челюсти и загипсовывают в окклюдатор или артикулятор. В лаборатории зубной техник снимает полный съемный протез с модели, переносит анатомические ориентиры, изготавливает восковой базис, армирует его металлической сеточкой, проводит постановку искусственных зубов.

В клинике проверяют конструкцию протеза, уточняют визуально и пальпаторно торус и участки с мало податливой слизистой оболочки протезного ложа, очерчивают их границы для изоляции. После полимеризации протез накладывают в полость рта и дают соответствующие наставления.

Заключение. Ближайшие результаты пользования полными съемными протезами на верхней челюсти в течение 6–12 мес., изготовленными по данной методике, показали, что пациенты успешно пользуются протезами, трещин и переломов базисов нет.

Выводы:

1. При изготовлении новых полных съемных протезов на верхней челюсти после частых переломов функциональные оттиски необходимо получать под естественным жевательным давлением, используя при этом в качестве индивидуальной ложки «старый протез» после его починки.

2. Обязательным условием профилактики частых переломов полных съемных протезов на верхней челюсти является не только изоляция торуса и твердых тканей неба с малой податливостью слизистой оболочки, но и армирование протеза.

ИМ БГМУ