

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ВИГОТОВЛЕННЯ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ З РОЗШИРЕНИМИ МЕЖАМИ ПРИ ОДИНОКО ЗБЕРЕЖЕНИХ ЗУБАХ

Шепенко А. Г.,
к. мед. н. Бреславець Н. М.,
Салія Л. Г.

Україна, Харків,
Харківський національний медичний університет, Кафедра ортопедичної стоматології

Abstract. *The problem of the small number of teeth saving for patients treated with partial removable dentures is relevance, due to their ability to perceive the vertical loads, and significantly reduce the atrophy of the alveolar bone degree.*

Prosthetic treatment its a complex task due to peculiarities of the clinical picture of the mouth. These teeth very often have the adverse relationship between the height of clinical crown and length of the root and transcend the occlusal plane. The antagonists lost leads to increase of the clinical crowns height at the expense of secondary displacement of the teeth. Biggest supragingival part of tooth increases the load on the root, and application of clasp fixation causes rapid loss of these teeth for older patients with limited adaptation possibilities of periodontal tissue.

So, the save teeth and supporting tissues of the prosthetic aria for a longer period it's an important task which should solve every dentist in their practice.

Provisions planning of the occlusal plane, with defining the relations of the remaining teeth, as well as modeling individual occlusal surface and expended borders of dentures basis will stabilize dentures and remove loss of teeth.

Keywords: *partial removable dentures, small number of teeth, expended borders, dentures basis.*

Часткова втрата зубів є однією з найпоширеніших патологій зубощелепної системи. Порушення неперервності зубного ряду викликає появу дефектів для оцінки яких розроблені різні класифікації, які є основою формулювання ортопедичного діагнозу. Серед них найвідоміші класифікації Кеннеді, А. І. Бетельмана, С. І. Гаврилова [2]. Особливістю класифікації С. І. Гаврилова є виділення в окрему групу щелеп з одиноко збереженими зубами [2, 3]. Проблема збереження поодиноких зубів при частковому знімному протезуванні до сих пір не втратила актуальності [6, 7]. Це обумовлено їх здатністю сприймати вертикальні навантаження, розвантажуючи ділянки слизової оболонки, істотно зменшувати ступінь атрофії коміркового відростка.

Найчастіше на щелепах залишаються ікла, у таких випадках фіксація протеза є точковою і якщо супроводжується значною або повною атрофією коміркового відростка, то це остаточно ускладнює стабільність протеза та скорочує термін користування ним. При жувальних рухах можливе різке зміщення протеза і майже все навантаження припадає на зуб, що залишився, а це спричинить його передчасну втрату. Протезування при цьому є складним завданням внаслідок особливостей клінічної картини ротової порожнини. Ці зуби найчастіше мають несприятливі взаємовідношення між висотою клінічної коронки і довжиною кореня, і що виходять за межі оклюзійної площини. Втрата антагоністів призводить до збільшення висоти клінічної коронки за рахунок вторинного зміщення зубів. Збільшення позакоміркової частини зуба підвищує навантаження на корінь, а в людей старшого віку з обмеженими адаптаційними можливостями пародонту застосування кламерної фіксації спричиняє швидку втрату цих зубів [4, 8].

У спеціальній літературі обговорюється питання про доцільність збереження поодиноких зубів, особливо на нижній щелепі навіть при їх рухливості, а також використання телескопічної фіксації і кореневих анкерів [5, 7]. Рецепторний апарат періодонта збережених зубів забезпечує більш високу тактильну чутливість, що створює умови для більш ефективного функціонування зубопротезних конструкцій [1].

При видаленні останнього зуба порушується динамічна функція жувальних м'язів, змінюється їх нервово-рефлекторна регуляція і стають особливо помітними атрофічні процеси.

Тому, збереження на триваліший термін зубів і опорних тканин протезного ложа — важливе завдання, яке повинен вирішувати кожен стоматолог-ортопед у своїй повсякденній практиці.

Мета дослідження - вивчення можливості покращення функціональної цінності часткових знімних пластинкових протезів і зменшення негативного впливу на протезне ложе і окремо збережені зуби, шляхом збільшення меж базису протезу за рахунок передсінку ротової порожнини у ділянці одиноко збереженого зуба. Приведення розміру базиса протеза до меж, які він має при повній відсутності зубів, попереднього планування положення оклюзійної площини, з визначенням відношення зубів, що залишилися, до неї, а також моделювання індивідуальної оклюзійної поверхні.

Матеріал та методи. Клінічне спостереження проведено за 12 хворими у віці від 58 до 75 років, яких протезували частковими знімними пластинковими протезами, при наявності окремо збережених зубів. Одночасно на обох щелепах (5 випадків) і повною відсутністю зубів на верхній щелепі (7 випадків) при одиноко збережених зубах на нижній щелепі. Виготовлено всього – 17 знімних протезів. Попередньо отримували діагностичні моделі і за допомогою воскових шаблонів визначали центральне співвідношення щелеп для оцінки відношення збережених зубів до протетичної площини, для вирішення питання величини укорочення зубів і покриття їх штучними коронками.

Проводили паралелометрію діагностичних моделей для визначення шляху уведення протеза і виявлення ретенційних ділянок на коміркових відростках у ділянці наявних зубів. При цьому моделям надавали нахил на столику паралелометра таким чином, щоб вісь зуба співпадала з аналізуючим стержнем приладу. У подальшому на діагностичних моделях виготовляли індивідуальні ложки-базиси з прикусними валиками.

Зазвичай межі базису протеза проходять у ділянці відсутніх зубів по перехідній складці щічної та губної ділянок, обминаючи рухомі тяжі слизової оболонки, вуздечки язика і нижньої та верхньої губи.

Індивідуальні ложки-базиси, які ми виготовляли, доходили до перехідної складки у ділянці присінкового схилу окремо збереженого зуба, їх ми пропонуємо називати відкритими ложками-базисами з прикусними валиками. Відкрита ложка-базис дозволяє вже на цьому етапі перевірити у клініці шлях уведення майбутнього протеза і оцінити вплив штучної ясни у ділянці окремо збереженого зуба на контури нижньої третини обличчя і, зокрема, контури м'яких тканин, що оточують ротову щілину.

Припасування їх виконували за допомогою функціональних проб та пасивних рухів в обмежених межах. Використання проб Гербста в повному обсязі вважаємо недоцільним із-за зменшення площі базису. На край відкритої ложки-базису (товщиною не менше 1,5-2мм) після припасування і визначення центрального співвідношення щелеп наносили термопластичний матеріал для функціонального оформлення країв відкритої ложки-базису, у подальшому отримували відбиток корегуючою масою силіконового відбиткового матеріалу з межами функціонально-присмоктувального, як при повній відсутності зубів. При моделюванні протетичної площини використовували лінійку А. Л. Сапожникова та апарат І. І. Змійова [2, 4].

Результати та обговорення. Аналіз результатів проведеного лікування, за 2 роки спостережень, показав: у 8 пацієнтів відзначалася хороша фіксація і стабілізація протезів, ясенний край без запальних явищ, окремі зуби збережені. У 2 пацієнтів збільшилася рухливість опорного зуба, 1 пацієнт втратив опірний зуб, ще у 1 пацієнта визначалося запалення крайових ясен. Слід зазначити, що це були випадки з окремо збереженими зубами на нижньої щелепі 3 ступеню рухливості. Тому, можна говорити, що використання наведеної нами методики дозволяє покращити фіксацію та стабільність протезів і одночасно на більший термін зберегти зуби, що залишилися, попередити швидко атрофію частини коміркового відростка за рахунок правильного розподілу навантажень між зубами і протезним ложем. Так як, збільшення розмірів базису на нижній щелепі обмежено топографо-анатомічними особливостями протезного ложа, нам здається важливим використання присінкового схилу коміркового відростка біля окремо збереженого зуба для збільшення площі базису часткового знімного пластинкового протеза і відповідно зменшення питомого тиску, що припадає на протезне ложе. Розширення меж базису особливо важливе при значній атрофії коміркового відростка, враховуючи, що у ділянці окремо збережених зубів він зберігається краще і буде додатковим фактором анатомічної ретенції. Отже, комірковий відросток у ділянці окремо збереженого зуба охоплюється базисом з обох боків, а зуб утримуючим кламером, або кламером Кетену.

Використання паралелометрії при вивченні моделі дозволяє виявити можливі піднутрення на коміркових відростках і їх завчасне блокування, для полегшення накладання готового протеза. Необхідною і обов'язковою умовою при накладанні протеза є звільнення маргінального краю ясен з обох боків від щільного прилягання базису протеза, для запобігання

його травмування. Неперервна штучна ясна у фронтальній ділянці часто дозволяє покращити естетичні параметри обличчя, розправити складки і зморшки на губах та щоках, що позитивно оцінюється пацієнтами.

Протези з неперервною штучною ясною можуть маскувати дефект або деформацію зубощелепної системи особливо при диспропорціях щелеп, якщо протез виготовляється на щелепу з меншими розмірами.

При значних піднутреннях, які виявляються за допомогою паралелометрії, ці ділянки, можуть бути заповнені еластичною пластмасою. Навіть при значній атрофії коміркового відростка, у ділянці зубів, він зберігається краще і служить додатковим пунктом анатомічної ретенції протеза, тому що, зміщення протеза при навантаженнях обмежується не тільки зубом, а й пристінковим схилом коміркового відростка.

Висновки. Розширені межі базису стабілізують протез та відтермінують втрату зубів, а при видаленні останніх, протез легко лагодиться і перетворюється у повноцінний повний знімний протез, так як, його межі функціонально оформлені. Це відповідає принципам об'ємного моделювання базисів протезів, сприяє відновленню втрачених контурів обличчя і позитивно впливає на формування зовнішності пацієнта. Виготовлені за такою методикою часткові знімні пластинкові протези потребують більше уваги і часу при їх накладанні, але мають вищі функціональні та естетичні показники і зберігають тканини протезного ложа та зуби на більший термін.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боянов Б. К. Протезиране на беззъби челюсти Б. К. Боянов; проф. В. Ю. Курляндски Непрекъснато усъвършенстване, София – 2013. 376 с.
2. Гаврилов Е. И. Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами. М. Медицина, 1973.- с. 366.
3. Гаврилов Е. И. Протез и протезное ложе. - М. Медицина, 1979.- с. 263.
4. Кирилук М. І. Конструювання зубних знімних пластинчатих протезів при малій кількості зубів на щелепі./ М. І. Кирилук// Автореф. дис. к. мед.н. 14.00.21. Укр. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. //К. –1993. 23с.
5. Лещук С. Є. Клінічні питання покривних протезів у сучасній ортопедичній стоматологічній практиці (частина перша). / С. Є. Лещук, Ю. В. Вовк// Укр. стомат. альманах – 2002, №3, с. 48-51.
6. Оптимизация ортопедического лечения пациентов с одиночно стоящими зубами на челюстях / В. П. Тлустенко, М. И. Садыков, В. П. Потапов, Е. С. Головина, А. М. Нестеров // Современная ортопедическая стоматология. - 2009. –№ 11. - С. 12-16.
7. Щерба П. В. Особливості ортопедичного лікування хворих із поодиноким збереженими коренями і зубами. / П. В. Щерба// Автореф. дис.канд. мед. наук: 14.00.22 / Львівський національний медичний ун-т ім. Данила Галицького. – Л., 2005, 21 с.
8. Рожко М. М. Знімні конструкції пластинчатих зубних протезів. Проблема взаємодії з протезним полем / М. М. Рожко, М. І. Кирилук // Матеріали науково-практичної І конференції «Актуальні проблеми ортопедичної стоматології». – Івано- Франківськ, 1995. – С. 128.