

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Болтаев Абдуазиз Вохидович

*Клиник ординатор кафедры Ортопедического
стоматологии, Сам.гос.мед.университет Самарканд, Узбекистан*

Хожимуродов Бурхон Равшанович

*Научный руководитель ассистент кафедры
стоматологии Сам.гос.мед.университет, Самарканд, Узбекистан*

Аннотация. *Актуальность проблемы. Фиксации протезов на беззубых челюстях за последние несколько десятков лет уделяют огромное внимание. Имеющиеся сведения об анатомо-топографических особенностях строения беззубых челюстей, мимических и жевательных мышц, мягких тканях протезного ложа у больного и разработка методов получения функциональных слепков позволили рационально применить законы физики для фиксации протезов на беззубой верхней челюсти.*

Анализ работ, опубликованных отечественными и зарубежными учеными в последнее десятилетие, свидетельствует о наличии большого числа исследований, проведенных на новом теоретическом уровне, которые содержат ряд новых оригинальных факторов, позволяющих добиться фиксации протезов на верхней челюсти.

Однако проблема ортопедического лечения больных после полной утраты зубов на верхней челюсти при неблагоприятных анатомо-топографических условиях протезного ложа у больного (индивидуальные особенности строения мягких тканей неба, степень атрофии альвеолярных отростков и тела челюсти) остается нерешенной по настоящее время.

Данная проблема осложняется, когда полная утрата зубов на верхней челюсти обусловлена заболеваниями пародонта. Но, несмотря на рациональную терапию заболеваний пародонта, существуют, к сожалению, их пределы излечиваемости, и наступает время, когда повысить эффективность лечения невозможно и зубы подлежат удалению. После утраты зубов на верхней челюсти продолжается убыль костной ткани, и это еще больше осложняет протезирование.

В настоящее время разработано много методов улучшения функциональной эффективности протезов после полной утраты зубов на верхней и нижней челюстях, вместе с тем статистические материалы последних лет свидетельствуют о том, что 25% больных с отсутствием зубов не могут пользоваться съёмными пластиночными протезами

Цель исследования. разработка оптимального пути повышения эффективности ортопедического лечения больных после полной утраты зубов на верхней челюсти с выраженной атрофией альвеолярного отростка на основе комплексной клинко-функциональной оценки состояния сосудов и слизистой оболочки протезного ложа.

Методы и материалы. Впервые проведены комплексные исследования тканей протезного ложа, которые позволили определить закономерности атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти. Установлено, что внутренняя поверхность альвеолярного отростка в области моляров, зона альвеолярного бугра, скуловая линия и небо менее всего подвержены атрофии, что создает условия для возможной преимущественной опоры при фиксации протеза. Впервые изучены и обоснованы клинко-физиологические и клинко-анатомические аспекты тканей протезного ложа беззубой верхней челюсти при различных степенях атрофии альвеолярного отростка. Предложен новый комплексный метод диагностики и ортопедического лечения больных после полной утраты зубов. Разработана объективная методика оценки функциональных и эстетических качеств протезов. На основании результатов комплексной оценки податливости и болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа и кровоснабжения его тканей разработана собственная методика получения функционального слепка верхней челюсти после полной утраты зубов при различной степени атрофии альвеолярного отростка. Процесс атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти протекает наиболее значительно в вертикальном направлении, на наружной ее поверхности и особенно - с вестибулярной стороны в горизонтальном направлении; внутренняя поверхность альвеолярного отростка верхней челюсти в области моляров менее подвержена атрофии; различия между правой и левой стороной несущественны. Учитывая топографию мест прикрепления мимических и жевательных мышц к верхней челюсти, границы съемного пластиночного протеза следует оформлять функционально: в области преддверия полости рта - используя, так называемое, "потенциальное пространство"; в щечной области - строго по переходной складке. При этом функциональные пробы проводить с сокращением мышц умеренной амплитуды и напряжения с целью получения адекватного отображения рельефа тканей протезного ложа. Разработана методика получения функционального слепка с беззубой верхней челюсти, применение которой повышает функциональные и эстетические качества изготавливаемых протезов. Результаты проведенного комплексного исследования позволяют определить границы протеза в зависимости от степени атрофии, формы альвеолярного отростка верхней челюсти, а также мест прикрепления мимических и жевательных мышц, что выявляет зоны для возможной преимущественной опоры при фиксации протеза. Повторное обследование через 1 месяц и коррекции протеза (по показаниям) позволяют добиться хорошей его стабилизации, что является (наряду с эстетическими требованиями) полноценным про-тетическим лечением больного.

Вывод. Выявлены характерные закономерности формы и степени атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти: а) атрофия альвеолярного отростка выражена в большей степени с вестибулярной стороны нежели с небной; б) величина атрофии альвеолярного отростка максимально выражена: при 3 степени - по всему альвеолярному отростку равномерно; при 4 степени - в области премоляров и моляров; при 5 степени - в области резцов и клыков; в) процесс атрофии преобладает в альвеолярном отростке верхней челюсти; различия в размерах тела верхнею челюсти в связи с разной степенью атрофии возможно обусловлены генетическими факторами и этот вопрос следует изучить дополнительно.

Процесс атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти протекает наиболее значительно в вертикальном направлении, на наружной его поверхности и особенно - с вестибулярной стороны в горизонтальном направлении. Внутренняя поверхность альвеолярного отростка верхней челюсти в области моляров менее подвержена атрофии. Различия между правой и левой стороной обнаружены не существенные.

Степень болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа находится в прямой зависимости от степени атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и состояния слизистой оболочки протезного ложа; при выраженной атрофии и истонченности слизистой оболочки протезного ложа болевая чувствительность повышается.

Исследование болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа помогает выбрать рациональную конструкцию протеза, проводить контроль эффективности ортопедического лечения больных в период адаптации к протезу.

Дальнейшие обследования больных показали, что болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа верхней челюсти стала ниже, чем до наложения протезов.

Восстановление нормальной болевой рецепции слизистой оболочки протезного ложа в ответ на местное раздражение является критерием для оценки качества зубных протезов, а также объективным показателем адаптации больного к пластинчному съёмному протезу.

Методика получения функционального слепка с беззубой верхней челюсти основывается на результатах комплекса исследований, направленных на выявление зон повышенной напряженности прикрепленных к ней мышц, ее нейтрализацию и создание оптимального периферического клапана, начиная с получения предварительного слепка.

Возможность нагрузки на ткани протезного ложа при изготовлении съёмных протезов определяется при выявлении зон с возможной преимущественной опорой: внутренний скат альвеолярного отростка верхней челюсти в области бывших

моляров, бугры верхней челюсти, слизисто-железистая зона, что достигается путем получения дифференцированного слепка.

Ключевые слова. *Атрофия, протез, полная атрофия, слепок, беззубый верхний челюсть*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Амрахов Э.Г. Сравнительная экспериментально-клиническая оценка отечественных внутрикостных имплантатов. //Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. - 1985.-28 с.

Балуда И.В. Состояние тканей протезного ложа у больных с концевыми дефектами зубных рядов при лечении с использованием имплантатов. // М. -Автореф. дисс. канд. мед. наук. 1990. - 22 с.

Бетельман А.И. Дослщження слизової оболочкi порожнини рта. Вщбитки при протезуваннi беззубих щелеп //Ортопедическая стоматология. -Киев. 1960. - С.32-36.

Бетельман А.И. Ортопедическая стоматология. // М. Медицина. - 1965.404с.

Бетельман А.И., Бынин Б.Н. Слизистая оболочка полости рта. Индивидуальные ложки //Ортопедическая стоматология. М., 1951. - С. 118-120; С. 142150.

Бетельман А.И., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология. М. - Медицина.- 1978.-481с.

Большаков Г.В., Будылина С.М., Исаев А.А. Чувствительность зубов к термическому воздействию //Профилактика, лечение и реабилитация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. М. - 1986. - С.14-17.

Брандсбург Б.Б. Хирургические методы лечения заболеваний челюстей (с данными типовой анатомии).// Харьков. Госмедиздат УССР. - 1931. - 235с.

Брахман Г.Б. Анатомо-физиологические данные в клинике протезирования беззубых челюстей: // Дисс. канд. мед. наук. М. - 1944. - 146с.

Брахман Г.В. Условия фиксации полного протеза на беззубой нижней челюсти //Стоматология. 1940. - №5. - С. 18-19.

Бусыгин А.Т., Еганова Т.Д. Особенности строения слизистой оболочки протезного ложа верхней и нижней челюсти, ее податливость и способность к нагрузке //Тр. 1-й Респ. науч. тематич. конф. по стоматологической анатомии. -М. 1970. - С.30-34.