

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ИЗЛОЖЕНИИ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Бабаева Низора Мухиддиновна

*Ассистент кафедры общей гигиены и экологии Бухарского
государственного медицинского института*

Резюме. Среди проблем ортопедической стоматологии важное место занимают особенности повторного протезирования у больных с полной потерей зубов. После завершения ортопедического лечения пациенты, как правило, сразу же остаются довольны результатами, при отсутствии явных признаков изменений в органах и тканях челюстно-лицевой области или самих протезах долго не обращаются к врачу.

Ключевые слова. Протезирование, челюстно-лицевой, патология, травма, скула.

Современная медицина достигла больших успехов в лечении новообразований челюстно-лицевой области. По статистике ряда авторов опухоли этой области составляют около 15% среди стоматологических заболеваний и до 25% всех новообразований человека. При этом опухоли верхней челюсти встречаются примерно в три раза чаще, чем нижней (Кабаков Б.Д. с соавт., 2018). У мужчин злокачественные образования этой локализации отмечаются чаще, чем у женщин, преимущественно в возрасте 40—60 лет [3].

Приобретенные дефекты верхней челюсти образуются также в результате огнестрельных ранений, травм, осложнений различных заболеваний и подразделяются по форме, размеру, состоянию окружающих тканей, сохранности или отсутствию зубов. Среди них выделяют дефекты альвеолярной части, твердого и мягкого нёба с проникновением и без проникновения в верхнечелюстную пазуху, а также дефекты, образовавшиеся после полной резекции правой или левой верхней челюсти, или резекции обеих. Для определения групповой принадлежности дефекта верхней челюсти применяются различные классификации Горбанева-Тимофеева Л.В. с дополнениями Костур Б.К. и Миняевой В.А. (1985), Слепченко М.А (1974), Aramany М.А. (1978), Сысолятин П.Г. (2001), J.S.Brown (2007) и др.) [2].

Обращаемость с целью восстановления послеоперационных дефектов верхней челюсти заметно возросла. Задачей ортопедического лечения этой группы пациентов является восстановление внешнего вида пациента, функций речи, жевания и глотания, сохранение оставшихся зубов, профилактика травмы краев послеоперационного дефекта и атрофии тканей протезного ложа.

Добиться эффективных результатов протезирования и скорейшей социальной адаптации пациента можно лишь при условии тесного сотрудничества стоматолога-ортопеда с челюстно-лицевым хирургом, совместного планирования объема вмешательства, дальнейшего протезирования и реабилитации. При этом протезирование может проводиться в разные сроки после оперативного вмешательства. Наибольший положительный результат дает непосредственное протезирование. Это связано с тем, что наложение протеза до заживления раны дает эффект послеоперационной повязки, а формирующийся по форме внутренней части протеза рубец образует протезное ложе, способствующее хорошей фиксации конструкции в дальнейшем.[5] Раннее протезирование также дает возможность врачу - стоматологу добиться оптимальной фиксации челюстно-лицевого протеза и восстановления утраченных функций в ближайшие сроки после хирургического вмешательства.[6] При планировании протезирования в отдаленные сроки бывает сложно добиться желаемых результатов, так как приходится сталкиваться с уже сформировавшимися рубцовыми тканями и тяжами в области послеоперационного дефекта, что не позволяет добиться надежной фиксации и протез может смещаться в момент функции [5]. Ограничение открывания рта осложняет проводимые манипуляции, а особенность психологического состояние у таких пациентов не дает положительного настроения и уверенности в успехе проводимого лечения. [9]

Восстановление речи, возможность самостоятельного приема пищи и восстановление внешнего вида пациента в ближайшие сроки после операции должны являться приоритетными при выборе методов непосредственного и раннего челюстно-лицевого протезирования.

Выбор конструкции и метода лечения зависит от объема оперативного вмешательства, причины, топографии, размера послеоперационного дефекта, количества сохранившихся зубов и состояния тканей протезного ложа. [8].

В более отдаленные сроки повторное протезирование проводится преимущественно из-за снижения лечебно-профилактических свойств протезов.

Наблюдения за результатами повторного протезирования, проведенного с применением калотты и или объемного моделирования, показали, что фиксация новых протезов всегда была выше, чем старых. Пациенты быстрее привыкали к ним, не предъявляя жалоб на утомляемость мышц, стучание зубов и какие-либо другие неприятные ощущения. После протезирования удалось вызвать на повторный осмотр 18 пациентов через различные сроки после лечения. При этом выяснилось, что все эти пациенты хорошо пользуются протезами, свободно откусывают и пережевывают разнообразную употребляемую пищу. Имевшаяся до повторного протезирования у 5 пациентов мацерация в области углов рта

исчезла. У одного больного после протезирования исчезли боли в височно-нижнечелюстном суставе, а у 7 пациентов, жаловавшихся на нарушение речи, она восстановилась. [12]

Анализ данных литературы и результаты наших исследований показывают, что причинами повторного протезирования наиболее часто являются невозможность пользоваться протезами из-за плохой фиксации, ухудшения жевательной эффективности из-за стираемости пластмассовых зубов, снижения межальвеолярной высоты и нижней трети лица, боли в области височно-нижнечелюстных суставов, нарушение четкости речи и эстетики. Изменившиеся условия во рту (атрофия альвеолярных отростков, изменение формы и ширины альвеолярных дуг, уплощение неба, изменение положения переходной складки и др.) требуют внесения конструктивных изменений в новые протезы. Отсюда следует, что тактика врача при повторном протезировании должна иметь отличия от той, которой придерживаются при первичном обращении больного. [10]

В процессе пользования полными съемными протезами с пластмассовыми зубами под влиянием жевания происходит постепенное стирание их окклюзионных поверхностей. Это способствует более плотному смыканию зубных рядов, обеспечивает плавное скольжение нижнего зубного ряда по верхнему, устойчивость протезов и улучшение функции жевания, речи, височно-нижнечелюстных суставов, мышц челюстно-лицевой области. Однако дальнейшее стирание зубов приводит к снижению межальвеолярной высоты, в результате чего изменяется внешний вид лица, уменьшается объем полости рта, нарушается акт жевания, речь, функция височнонижнечелюстных суставов. [11]

В таких случаях, как правило, изготавливают новые протезы без учета особенностей старых. К ним пациенты привыкают снова длительное время, а если этого не происходит, отказываются от них, продолжая пользоваться старыми, что ведет к усугублению дисфункциональных состояний жевательного аппарата. Особенности тактики повторного протезирования касаются прежде всего целесообразности и возможности изменения межальвеолярной высоты у больных, продолжительное время пользующихся протезами, со снижением этого параметра; изменения формы и ширины искусственной зубной дуги; расширения границ протезного базиса и вариации его формы. Следовательно, восстановление межальвеолярной высоты в старых протезах, если по другим причинам они не требуют переделки, является наиболее актуальной проблемой практической стоматологии. [6]

Протезирование у больных этой группы имеет еще одну особенность, на которую в отечественной литературе не обращали внимания. Мы имеем в виду психофизиологическую сторону вопроса, заключающуюся в том, что у

пациентов, пользующихся продолжительное время съёмными протезами, вырабатываются стойкие привычки, изменение которых тем труднее, чем старше возраст.

Очевидно, что если установить новый протез без предварительной подготовки, то он будет восприниматься как совершенно инородное тело и период адаптации может длиться очень долго.[7] Жевательная мускулатура чрезвычайно чувствительна к форме протеза, в результате чего основная нагрузка ложится на те группы мышц, которые расположены вдоль его внешнего контура. Если же в эту функциональную систему установить новый, измененный протез, то система будет воспринимать его как другое, инородное тело. Продолжительность нового периода адаптации зависит от возраста больного и времени пользования старым протезом.

Эффективность протезирования пациентов с приобретенными дефектами нижней челюсти в немалой степени зависит от этиологии, топографии и протяженности дефекта на нижней челюсти, а также с изменениями слизистой оболочки.

В современном мире, существенно изменился подход к замещению дефектов нижней челюсти. Успешно проводимые костнопластические операции, позволяют получить оптимальное протезное ложе для протезирования.

Однако традиционное ортопедическое лечение пациентов зубочелюстными протезами с полимерными базисами, не всегда бывает эффективным, это связано с возникновением функциональных перегрузок тканей протезного ложа, при откусывании и пережевывании пищи. Нагрузка падает через искусственные зубы на базис или каркас протеза, что приводит к возникновению зоны прогиба под седлом или базисом. В зоне концентрации нагрузки возникает напряжение не только в мягких тканях, но и в кости вокруг трансплантата или имплантата, что ведет к нарушению трофики тканей и их атрофии в последующем, а также рубцеванию слизистой.

Чтобы избежать вышеуказанных осложнений, Асташиной предложен альтернативный метод протезирования пациентов, зубочелюстными протезами с разнотолщинными цельнолитыми титановыми каркасами после пластической подготовки протезного ложа. Использование такой конструкции препятствует возникновению функциональной перегрузки тканей.

Техника изготовления такой конструкции состоит в получении оттиска, изготовлении и анализе диагностических моделей, планировании конструкции протеза в соответствии с рекомендациями челюстно-лицевого хирурга. Далее изготавливают гипсовую рабочую модель, а по ней - индивидуальную ложку, и припасовки ее в полости рта. Границы ложки уточняют визуально, а затем с помощью функциональных проб достигают фиксации. Функциональный оттиск

получают альгинатными или силиконовыми слепочными материалами, выбор которых осуществляют исходя из податливости слизистой оболочки. Для формирования объемности края рабочего оттиска окантовывают. [11]

В дальнейшем идут этапы - получение функционального оттиска с нижней челюсти и анатомического с верхней челюсти, изготовление рабочих моделей из супергипса, определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей. При микростомии необходимо использовать восковые шаблоны с жесткими базами. Зубочелюстной протез конструируется в артикуляторе, а пространственное расположение челюстей определяют по верхней челюсти и переносят по средствам лицевой дуги.

Основным отличием создания протеза разной толщины с титановыми каркасами, состоит в особенностях этапа формирования восковой композиции. По стандартам толщина седловидной части составляет 0.5 мм, а размеры дуги 4.0x2.0 в поперечнике, при этом край базиса окантовывают восковой заготовкой в виде шнура диаметром 0.8 мм. [2]

При моделировании каркаса или базиса протеза для замещения дефекта рационально увеличивать их толщину до 2.0-2.5 мм в следующих участках: в области седла, располагающегося над трансплантатом или имплантатом, а так же в зоне перехода седла конструкции в дугу. Край ограничителя базиса необходимо окантовывать восковой заготовкой диаметром 1.0-1.2 мм. Такой подход обеспечивает снижение уровня развивающихся функциональных напряжений в области трансплантата или имплантата. Поскольку титановый сплав обладает низким удельным весом, такое увеличение объема каркаса конструкции не влияет отрицательно на функции зубочелюстной системы.

REFERENCES

1. Muhitdinovna B. N. CASES OF OCCURRENCE OF DENTAL DISEASES IN WORKERS OF PRODUCTION ENTERPRISES //Journal of new century innovations. – 2023. – Т. 37. – №. 2. – С. 68-72.
2. Muhitdinovna B. N. The Use of Ozone Therapy in the Complex Treatment of Flat Leukoplakia of the Oral Mucosa //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2023. – Т. 2. – №. 12. – С. 728-733.
3. Артыкова М. А., Набиева Н. А. Клинико-анамнестические факторы риска развития симптоматической эпилепсии при детском церебральном параличе //журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2021. – №. SPECIAL 1.
4. Artikova M. A., Djurayeva D. N. Clinical and anamnestic risk factors for the development of symptomatic epilepsy in infantile cerebral palsy //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2021. – Т. 2. – №. 10. – С. 29-34.

5. Артыкова М. А. Клинико-Неврологические Особенности Больных, Перенесших Коронавирусную Инфекцию (Covid-19) //Central asian journal of medical and natural sciences. – 2021. – С. 338-342.
6. Abdurakhmanovna A. M., Abdurakhimovna N. N. Content and distribution of haptoglobin phenotypes in children with cerebral palsy complicated by symptomatic epilepsy. – 2021.
7. Artykova M. A., Nabieva N. A. Radiated semiotics of perfusion brain disorders in epilepsy in children cerebral paralysis. – 2020.
8. Artikova M. A., Nabiyeva N. A. Complicated symptomatic epilepsy, content and distribution of haptoglobin phenotypes in children with cerebral palsy //Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation. – Т. 32. – С. 3.
9. Sadulloeva I. K. Correlation Relationship of Immunological and Thyroid Parameters in Congenital Heart Diseases in Children //International Journal of Formal Education. – 2022. – Т. 1. – №. 8. – С. 25-33.
10. Саъдуллоева И. К., Кароматова Ф. А. Состояние кортикоидного статуса при врожденных пороках сердца у детей //журнал новый день в медицины. – 2021. – Т. 3. – С. 35.
11. Саъдуллоева И. К., Кароматова Ф. А. COVID-19 билан касалланган оналардан туғилган чақалоқларда интерферон ҳолатининг хусусиятлари //Journal of Science-Innovative Research in Uzbekistan. – 2023. – Т. 1. – №. 2. – С. 175-180.
12. Саъдуллоева И. К. Характеристика госпитализированных детей с врожденными пороками сердца по бухарской области //barqarorlik va yetakchi tadqiqotlar onlayn ilmiy jurnali. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 439-443.
13. Sadulloeva I. K. Peculiarities of the functioning of the neuro-immuno-endocrine system in congenital heart diseases in children. – 2022.
14. Саъдуллоева И. К., Кароматова Ф. А. Особенности Новорожденных Родившихся От Матерей С Covid-19 //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – С. 362-366.
15. Sadulloeva I. K. et al. Clinical Case a Rare Complication of Primary Infectious Thromboendocarditis in a 10-Year-Old Child //european journal of innovation in nonformal education. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 21-25.
16. Sadulloeva I. K. Ashurova NG Clinical and immunological features of congenital heart defects in adolescent girls //Europe's Journal of Psychology. – 2021. – Т. 17. – №. 3. – С. 172-177.
17. Sadulloeva I. K. Characteristics of immune system and functions of endocrine secretion in children with congenital heart disease after surgical correction //Ёш олимлар Республика илмий-амалий анжумани илмий ишлар тўплами. Термиз. – 2017. – С. 135-136.

18. Fozilov U. A. Diagnosis And Prevention Of Caries Development In Orthodontic Treatment //World Bulletin of Social Sciences. – 2021. – Т. 3. – №. 10. – С. 97-104.
19. Fozilov U. A. Prevention of caries development during orthodontic treatment //World Bulletin of Social Sciences. – 2021. – Т. 3. – №. 10. – С. 61-66.
20. Abdurazzakovich F. U. The Role and Importance of Obturators in the Optimization of the Treatment of Dental Caries //European Journal of Research Development and Sustainability. – 2021. – Т. 2. – №. 6. – С. 84-86.
21. Fozilov, U. A., and Olimov S. Sh. "Improving The Treatment of Abnormal Bite Caused by Severe Damage To The Jaw." *Journal of Advanced Zoology* 44.S-5 (2023): 370-378.
22. Abdurazzakovich F. U. Development of innovative diagnostic and prophylactic dental obturators aimed at preventing the development of caries and its complications in the orthodontic treatment of patients. – 2021.
23. Fozilov U. A. Evaluation of the efficiency of Demineralizing Agents in Treatment with Removable and Fixed Orthodontic Equipment in Children //International Journal on integrated Education. – 2020. – Т. 3. – №. 7. – С. 141-145.
24. Fozilov U. A. Clinical and Diagnostic Characteristics of the Development of Tooth Decay in Children During Orthodontic Treatment with Removable and Non-removable Equipment //JournalNX. – С. 227-228.
25. Fozilov U. A. Diagnostics and prevention of the development of caries and its complications in children at orthodontic treatment //JournalNX. – 2020. – Т. 6. – №. 07. – С. 276-280.
26. Фозилов У. А. О проблеме скученности фронтальных зубов //Academy. – 2017. – №. 7 (22). – С. 94-96.