УДК 616. 314-089. 23-776678. 5

В. І. Гризодуб, О. П. Голубничий, Н. В. Кричка, Д. В. Гризодуб,

С. А. Гордієнко, Абед Ібрагім Мохамед Ель-Халабй, М. В. Кажоцина

ВИЗНАЧЕННЯ ОКЛЮЗІЙНОЇ КРИВОЇ ПРОТЕЗІВ У РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ ХВОРИХ ПРИ ПОВНІЙ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Натепер медична реабілітація хворих із повною відсутністю зубів є актуальною і залежить від ефективності відновлення функції жувального апарату пластмасовими протезами. Підтвердженням цьому є те, що, за даними низки авторів, 20-24,9% хворих не користуються протезами, а в 37% випадків змушені пристосовуватися до користування протезами з недостатньою фіксацією і стабілізацією [1,2,4]. Причиною такого стану є те, що немає функціональної оцінки ефективності якості протезів у напрямку їх фіксації і стабілізації на беззубих щелепах [1,3]. В зв'язку з цим метою нашого дослідження було визначення у хворого з повною відсутністю зубів (ПВЗ) орієнтації у тривимірних координатах жувальної (оклюзійної) кривої в ротовій порожнині відносно альвеолярних відростків та щілини ротового отвору, що утворена зубами.

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом дослідження були 95 хворих із повною відсутністю зубів та їхні протези, з них 52 особи жіночої статі та 43 особи чоловічої статі віком від 57 — 66 років і старші. Вимірювання висоти нижньої третини обличчя при фізіологічному спокої нижньої щелепи здійснювали за допомогою штангенциркуля, а довжину губ та висоту альвеолярних відростків нижньої і верхньої щелеп - за допомогою учнівського рейсфедера та звичайної лінійки з міліметровим градуюванням. Висоту нижньої третини обличчя визначали анатомо-функціональним методом за допомогою ложок-базисів та воскових валиків.

На прикусному блоці відмічали проекцію зіткнення верхньої та нижньої губ по протяжності щілини ротового отвору за допомогою штифтів із дроту д-0,6 мм, які заглиблювали в прикусний блок. Потім за допомогою прикусного блока на індивідуальних ложках гіпсові моделі щелеп закріплювали в оклюдаторі або артикуляторі та вимірювали спочатку довжини губ перехідної складки, яка збігалася з краєм індивідуальної ложки базису до лінії на прикусному блоці, що відповідала змиканню країв губ. Отже, отримали загальну довжину як верхньої, так і нижньої губ.

Результати досліджень. Ми вимірювали простір між верхівками гребенів альвеолярних відростків верхньої і нижньої щелеп, які знаходяться у фізіологічному спокої, н/щ у вертикальній, трансверзальній, сагітальній площинах, а також довжину верхньої і нижньої губ, тобто здійснювали лабіометрію. Для цього застосовували термінологію за класифікацією довжини губ, яку запропонувала Калініна Н. В. Разом з тим, ми не змогли використати лабіометри конструкції ЦОЛІУВ та методику їх застосування, яка передбачає вимірювання тільки верхньої губи.

Завдяки тому, що ми вимірювали довжину верхньої і нижньої губ відносно всієї їхньої довжини, яка починається від перехідної складки до її краю в співвідношенні до висоти альвеолярного відростка.

Отже, ми пропонуємо таку робочу класифікацію довжини губ:

перший тип – середня губа 1 та 2 ступенів (42 пацієнти);

другий тип – коротка губа 1 та 2 ступенів (37 пацієнтів);

третій тип – довга губа 1 та 2 ступенів (14 пацієнтів).

Характеристика довжини губ та критерії їх оцінки при вимірюванні такі.

Перший тип - середня губа.

Половина довжини губи, що починається від перехідної складки, доходить до верхівки альвеолярного відростка, а її друга половина знаходиться над альвеолярним відростком.

Перший ступінь: половина губи (1/2 всієї довжини), що починається від перехідної складки, збільшується до 2 мм і знаходиться на рівні верхівки альвеолярного відростка (23 пацієнти).

Другий ступінь: половина губи (1/2 всієї довжини), що починається від перехідної складки, зменшується до 2 мм і знаходиться на рівні верхівки альвеолярного відростка (19 пацієнтів).

Другий тип – коротка губа.

Більша частина довжини губи, від перехідної складки до верхівки альвеолярного відростка, а її друга половина знаходиться над альвеолярним відростком.

Перший ступінь: половина губи (1/2 всієї довжини), що починається від перехідної складки, збільшується до 5 мм і знаходиться на рівні верхівки альвеолярного відростка (21 пацієнт).

Другий ступінь: край губи знаходиться майже на рівні верхівки альвеолярного відростка (у випадах гіпертрофії альвеолярного відростка або атрофії м'язів, що утворюють губи) (16 пацієнтів).

Третій тип - довга губа.

Частина губи з меншою довжиною, що починається від перехідної складки; доходить до верхівки, знаходиться на рівні альвеолярно-

го відростка, а її друга знаходиться над альвеолярним відростком.

Перший ступінь: половина губи (1/2 всієї довжини), що починається від перехідної складки, збільшується до 5 мм і знаходиться на рівні верхівки альвеолярного відростка, а над ним виступає частина губи з більшою довжиною (9 пацієнтів).

Другий ступінь: частина довжини губи, що знаходиться на рівні верхівки альвеолярного відростка, зменшується до кількох мм або зовсім збігається з перехідною складкою (у випадках значної або повної атрофії альвеолярного відростка) (5 пацієнтів).

Дані спостережень по вимірах довжини верхньої та нижньої губ у співвідношенні до альвеолярного відростка в ділянці, звідки беруть початок губи, та між альвеолярним простором дають можливість визначити орієнтацію щілини ротового отвору відносно верхівок альвеолярного відростка. Завдяки цьому створюються умови побудови оклюзійної кривої штучних зубів, яка забезпечує достатню функцію і стабілізацію протезів, що підвищує їхню функціональну ефективність.

Висновки

З вищенаведеного можна зробити висновок, що дослідження довжини губи, які утворюють щілину ротового отвору, висоти альвеолярного відростка в ділянці губ беззубих щелеп, котрі знаходяться у фізіологічному спокої нижньої щелепи, дає можливість виготовити оклюзійні (прикусні) валики на індивідуальних ложках у тримірних вимірах, тобто в сагітальній, трансверзальній та вертикальній площинах з урахуванням індивідуальних особливостей, зазначених у запропонованій нами класифікації. За допомогою таких оклюзійних (прикусних) валиків спочатку визначали центральне співвідношення беззубих щелеп функціональним методом, потім отримували функціональний відбиток у закритому роті під силою тиску, що утворюють жувальні м'язи. При цьому є можливість здійснювати імітацію жувальних рухів нижньої щелепи та розмовні проби. Важливим, на наш погляд, є те, що при побудові оклюзійних (прикусних) валиків у оклюдаторі (артикуляторі) використовується повна інформація щодо розташування щілини ротового отвору та її взаємовідношення з альвеолярними відростками, а також просторової орієнтації беззубих щелеп, яка здійснюється за допомогою лабіометрії. Завдяки їй можна значно точніше орієнтувати в ротовому просторі оклюзійну (жувальну) поверхню, спочатку при визначенні центрального співвідношення беззубих щелеп, а потім при постановці зубів, що значно поліпшує стабілізацію знімних протезів на беззубих щелепах.

Література

1. Варес Э. Я. Восстановительная реабилитация полной утраты зубов / Э. Я. Варес. - Донецк: Медицина, 1993. – 240 с.

2. Калинина Н. В. Протезирование при полной потере зубов / Н. В. Калинина. - М. : Медицина, 1990. – 223 с.

3. Кіндій Д. Д. Порівняльна характеристика методів полімеризації базисних пластмас / Д. Д. Кіндій // Питання ортопедичної стоматології: зб. наук. праць. – Полтава, 1997. - С. 45-48.

4. Уразаева Н. Н. Повышение эффективности фиксации полных пластиночных протезов при неблагоприятных анатомо-физиологических условиях: дис. ...канд. мед. наук : 14. 00. 21/ Н. Н. Уразаева. - М., 1987. – 11 с.

Стаття надійшла 6. 05. 2010 р.

Резюме

По результатам клинических и экспериментальных исследований, которые направлены на улучшение качества протезов, предложены следующие разработки: классификация соотношения альвеолярных отростков беззубых челюстей. Вышеизложенные оригинальные разработки позволяют предупреждать, определять дефекты в протезах на этапах их изготовления. Апробация в клинике этих разработок показала целесообразность их использования для восстановления функции приема пищи, четкости и громкости произношения слов и норм эстетики лица, что в конечном итоге улучшает качество лечения больных с полным отсутствием зубов.

Ключевые слова: функция, классификация, эффект, протезы.

Summary

These elaborations were suggested as the results of the clinical and experimental researches which were directed on the improvement of the denture quality. They deal with the classification of correlation of the alveolar appendices of the toothless jaws. These original researches allow preventing, determining and eliminating defects of the dentures at the phases of their making. The clinical approbations of these researches showed the expediency of their application for the restoration of function of food intaking, of clearness and loudness of pronunciation and aesthetic norms of the face and as a result- the improvement of the patients' with absolute teeth absence treatment quality in general.

Key words: function, classification, effect, prosthetics.