

## ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНО- ЧЕЛЮСТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Повышение эффективности комплексного лечения больных с приобретенными дефектами челюстей (ПДЧ) остается одной из актуальных проблем современной стоматологии.

Значимость этой проблемы возрастает в связи с увеличением количества пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу удаления новообразований [1], производственного и бытового травматизма [2]. Кроме того, не уменьшается число пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, техногенных аварий и катастроф, локальных вооруженных конфликтов. Наличие дефектов челюстных костей неизбежно приводит к развитию функциональных нарушений, в первую очередь к дисфункции жевания. При дефектах верхней челюсти возможно образование ороназального сообщения, что вызывает расстройство дыхания, глотания, звукообразования (открытая гнусавость). Дефекты челюстных костей приводят к утрате зубов, вызывают асимметрию лица, т.е. сопровождаются утратой эстетического оптимума человека [3].

Приобретенные дефекты имеют различную локализацию и форму. После сифилиса рубцы располагаются вокруг дефекта и имеют звездчатую форму; после огнестрельных ранений рубцы большей частью массивные, плотные; после воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области – спаяны с подлежащими тканями; после резекции челюстей – ровные, гладкие, расположены по краю дефекта [4].

Дисфункция зубочелюстной системы способствует возникновению патологических изменений со стороны ВНЧС. На фоне нарушенной функции жевания у пациентов с ПДЧ нередко формируются заболевания желудочно-кишечного тракта или утяжеляется их течение. Выраженные структурно-функциональные нарушения челюстно-лицевой области ведут к изменению психо-эмоционального статуса пациентов. У больных с ПДЧ формируются сложные клинические условия для проведения рационального ортопедического лечения. При этом, по данным ВОЗ, 100% пациентов, имеющих



**Карасёва В.В.**

к. м. н., доцент,  
кафедра ортопедической  
стоматологии ГБОУ ВПО  
УГМА, г. Екатеринбург,  
merger@k66.ru

### Резюме

На примере клинических случаев разобраны особенности изготовления съемных протезов на верхней челюсти и пути решения проблемы адаптации к ним у пациентов с данной проблемой. Оценены результаты проведенного ортопедического лечения.

Проведен мониторинг врачей-ортопедов – слушателей ФУВа – о приеме сложно-челюстных пациентов.

*Ключевые слова:* онкология, врожденные и приобретенные дефекты твердого и мягкого неба, челюстно-лицевое протезирование, адаптация к съемным протезам.

ADAPTATION FEATURES TO DENTURE IN THE MAXILLA PATIENTS WITH HARD-MAXILLO PATHOLOGY  
Karaseva V.V.

### The summary

In the case of clinical cases analyzed characteristics of manufacturing dentures in the maxilla and ways of solving the problem of adaptation in patients with this problem. Evaluated the results of orthopedic treatment. Monitored orthopedic physicians – students Fuwa for the admission of hard-jaw patients.

*Keywords:* oncology, congenital and acquired defects of hard and soft palate, maxillofacial prosthetics, adaptation to removable dentures.

данную патологию, нуждаются в протетическом лечении. В докладе ВОЗ «Глобальные цели стоматологии 2020» указывается, что профилактика и лечение приобретенных дефектов челюстей должны стать важнейшей стратегической задачей современной стоматологии [5].

Врожденные дефекты твердого и мягкого неба относятся к порокам развития челюстно-лицевой области, которые возникают вследствие неправильного развития зачатков лица в течение первых 2-3 месяцев зародышевой жизни и являются распространенной аномалией развития. Расщелины неба бывают частичными (твердого неба или мягкого неба) или полными (твердого и мягкого неба); односторонними и двусторонними (имеется несращение одного небного отростка с носовой перегородкой или обоих); сквозными, проникающими через все слои неба, и несквозными (слепыми) без расщепления слизистой оболочки твердого неба [6]. Врожденные дефекты неба устраняются хирургическим путем в детском возрасте. При этом зачастую происходит недоразвитие верхней челюсти, рубцовая деформация свода неба, адентия и ретенция зубов, деформация зубных рядов, формирование неправильного прикуса.

Особенности протезирования больных с зубочелюстной патологией зависят от величины и локализации дефекта, состояния оставшихся зубов, степени открывания рта и наличия или отсутствия рубцовых изменений мягких тканей, окружающих дефект.

Помимо этого, зачастую существенным моментом, усугубляющим ситуацию, является нежелание (и/или боязнь) врачами-ортопедами принимать пациентов с данной патологией, вынуждая тем самым пациентов пользоваться старыми протезами

сверх нормативных сроков или вовсе обходиться без них. Все это значительно ухудшает качество жизни пациентов и создает большие проблемы в их социальной адаптации и реабилитации.

С целью изучения отношения практических врачей к вопросу оказания ортопедической помощи пациентам со сложно-челюстной патологией, нами проведен мониторинг мнения врачей стоматологов-ортопедов – слушателей ФУВа. География опрошенных была довольно обширна, поскольку на вопросы анкеты ответили 196 респондентов, проживающих в Свердловской, Тюменской, Челябинской, Московской и Кировской областях, а также Приморском (г. Уссурийск) и Краснодарском крае. Это позволяет сделать вывод об актуальности данного исследования не только для нашего региона и считать полученные данные достоверными. Анкетирование проводили во время лекции, посвященной вопросам онкологической настороженности на стоматологическом приеме и особенностях оказания ортопедической помощи больным со сложно-челюстной патологией.

Перед началом лекции лишь 9% респондентов ответили положительно на вопрос о приеме больных со сложной патологией. В основном это врачи со стажем работы более 10 лет. Подавляющее же число ортопедов (91%) не принимают таких больных (рис. 1).

Отрадно отметить, что после лекции мнение респондентов, положительно ответивших на этот же вопрос, увеличилось вдвое (18%), хотя справедливости ради констатируем, что процент тех, кто не будет оказывать помощь людям, остро нуждающимся в помощи специалистов, по-прежнему достаточно высок. Основными причинами отрицания были названы: боязнь манипуляций, нежелание,

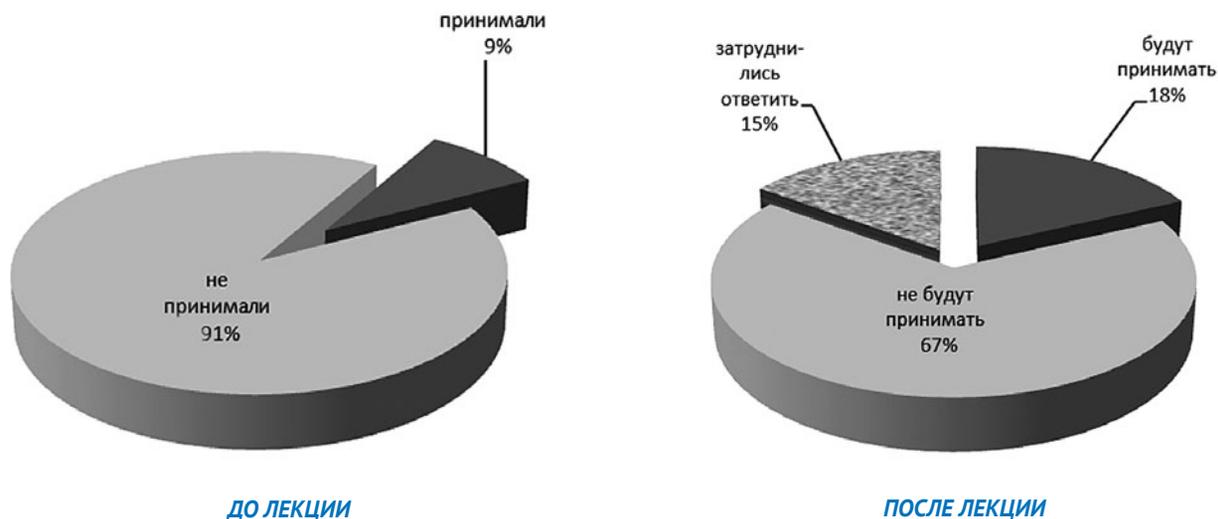


Рис. 1. Распределение мнения врачей-ортопедов о приеме больных со сложно-челюстной патологией (в %)

неумение, отсутствие финансовых возможностей у пациентов и др.

На примере нескольких клинических случаев рассмотрим особенности протезирования и адаптации к съемным протезам на верхней челюсти у больных со сложно-челюстной патологией.

### Клинический случай 1

На кафедру ортопедической стоматологии УГМА из райцентра направлен пациент В., 73 лет, для отдаленного протезирования после резекции правой верхней челюсти, проведенной более 10 лет назад (рис. 2). Тогда же ему был изготовлен непосредственный протез, который впоследствии ни разу не переделывался, а лишь осуществлялись приварки искусственных зубов на место удаляемых зубов (рис. 3). Пользовался пациент таким протезом с большим трудом, поскольку тот не соответствовал границам, и его постоянно необходимо было удерживать губами и нижней челюстью, препятствуя выпадению.

Для создания опоры протеза большое значение имеет альвеолярный гребень и остатки твердого неба. Широкое твердое небо более выгодно, чем высокое сводчатое. Для предупреждения опрокидывания протеза используют опору внутри дефекта. Эта опора может быть обеспечена кон-

тактом протеза с любой анатомической структурой, служащей достаточно твердым основанием: нижняя стенка орбиты, передняя поверхность височной кости возле височной ямки, носовая перегородка и крыловидная пластинка. Для уменьшения смещения резекционного протеза в вертикальном направлении необходимо уменьшить массу, делая его пустотелым (рис. 4).

Наложение протеза включает ряд проверочных тестов: окклюзионные взаимоотношения, герметизация, фиксация и др. Основными признаками герметизации ротовой полости является восстановление речи (устранение открытой гнусавости). Признаком герметизации полости рта является и то, что при приеме жидкой пищи, проглатывании воды, а также при полоскании при наклонном положении головы вода не попадает в нос. Кроме того, должна появиться возможность надуть щеки и при этом воздух не должен проходить через нос, а также должно быть свободное открывание рта (рис. 5). Необходима также точная проверка артикуляции. При этом нужно стремиться к максимальному восстановлению нижнего зубного ряда (санация и замещение дефектов коронок зубов и дефектов зубного ряда протезами).

### Клинический случай 2

На кафедру ортопедической стоматологии УГМА обратилась пациентка С., 46 лет, для отдаленного протезирования после резекции правой верхней челюсти, проведенной более 10 лет назад. У пациентки с полной потерей зубов имеется обширный дефект верхней челюсти справа, сообщающийся с носовой полостью и гайморовой пазухой, альвеолярный отросток на левой стороне полностью атрофирован (рис. 6). В протезировании по месту жительства ей было отказано. Чтобы иметь возможность общения с людьми (пациентка работает киоскером), она приспособила для ношения старый частичный съемный протез, изготовленный еще до



Рис. 2. Больной В., 73 лет.  
Клиническая картина



Рис. 3.  
Вид старого протеза



Рис. 4.  
Вид нового (полого)  
протеза

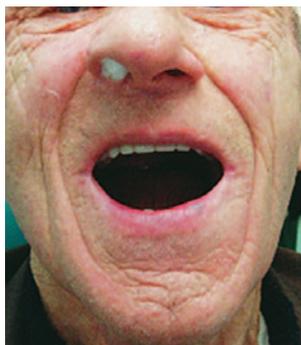


Рис. 5. Больной В., 73 лет.  
Тест на фиксацию – при  
широком открывании рта  
протез не смещается



Рис. 6.  
Больная С., 46 лет.  
Клиническая картина



Рис. 7.  
Вид старого протеза  
с пластином белого цвета

операции, фиксируя его на детский пластилин (рис. 7).

Нами был изготовлен новый полный съемный резекционный протез (рис. 8), который вполне успешно прошел тесты на фиксацию (рис. 9) и герметизацию (рис. 10).



Рис. 8.

Вид нового протеза



Рис. 9. Больная С., 46 лет.

Тест на фиксацию – при широком открывании рта протез не смещается

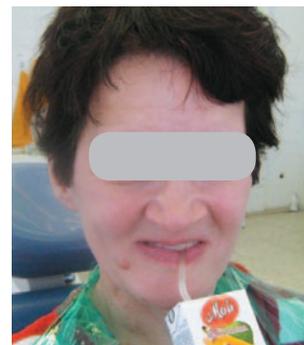


Рис. 10.

Проверка на герметизм – жидкость не затекает в полость носа

### Клинический случай 3

На кафедру ортопедической стоматологии УГМА обратился пациент З., 47 лет, с врожденным дефектом твердого неба для повторного протезирования. На верхней челюсти зубы имеют подвижность 2-3 степени, альвеолярные отростки атрофированы, твердое небо плоское, деформировано после «ушивания» дефекта, имеются рубцы и тяжи (рис. 11). Старым протезом пациент пользуется более 20 (!) лет (рис. 12). Клиническая картина усугубляется тем, что протез имеет плохую фиксацию, не соответствует протезному ложу, отстает от альвеолярных отростков, есть дефекты зубного ряда. На нижней челюсти – частичная потеря зубов, осложненная генерализованным пародонитом (протезирование не проводилось) (рис. 13).

Нами был изготовлен частичный съемный протез с дублированным зубным рядом в области 2.5 зуба (рис. 14) и частичный съемный протез на нижнюю челюсть. В результате были восстановлены утраченные функции, окклюзионные взаимоотношения, появилась возможность свободного открывания рта благодаря хорошей фиксации протезов (рис. 15).

Перечисленные выше клинические случаи объединяет сложность анатомических условий и длительность пользования старыми протезами из-за отказа врачей изготовить новые, что еще больше усугубило условия для протезирования.

Считаем необходимым отметить, что столь значительные положительные результаты проведенного нами ортопедического лечения, помимо правильного рационального конструирования протезов, стали возможны благодаря дополнительному использованию для лучшей фиксации адгезивных средств. Одним из оптимальных в применении является крем «Корега» фирмы «Глаксо Смит Кляйн Хелскер» (Великобритания), использующий третье поколение адгезивов – двойную соль Гантрез (сополимер винилметилового эфира и малеинового ангидрида), которая,



Рис. 11. Больной З., 47 лет.

Клиническая картина (без протеза)



Рис. 12.

Вид старого протеза



Рис. 13. Больной З., 47 лет.

Клиническая картина (с протезом)



Рис. 14. Вид нового протеза

с дублированным зубным рядом в области 2.5 зуба



Рис. 15. Больной З., 47 лет.

Тест на фиксацию – при широком открывании рта протез не смещается

действуя, как «водяной магнит», притягивает влагу из полости рта, за счет чего происходит образование сетчатой структуры – «сшивка» компонентов. Крем не токсичен (не содержит цинк) и, что особенно нравится пациентам, обеспечивает герметизацию, препятствуя попаданию частиц пищи под базис протеза; удерживает съемный протез в течение всего дня; улучшает восприятие окклюзионных нагрузок при пережевывании разных продуктов; обеспечивает комфорт при жевании за счет сохранения амортизационного эффекта [7]. Помимо этого, он легко наносится, имея удобное узкое горлышко тюбика (рис. 16).

Поскольку при длительном пользовании съемными сложно-челюстными протезами в жевательном аппарате создается устойчивое анатомо-физиологическое равновесие, ориентированное на параметры старого протеза, после наложения новых протезов всем пациентам объяснялись правила пользования и возможный дискомфорт, связанный с ними. В процессе привыкания пациенты обучаются рациональному введению протеза, правильному уходу и использованию средств гигиены за полостью рта и протезом (рис. 17).

Все пациенты после незначительных необходимых коррекций быстро адаптировались к протезам: восстановилась речь, нормализовался прием

пищи, улучшился внешний вид и общее психо-эмоциональное состояние.

Срок годности съемных челюстно-лицевых протезов ограничивается 2-4 годами, после чего требуется их замена или перебазировка. Необходимость изготовления новых протезов может быть обусловлена плохой фиксацией или нарушением герметизации ротовой полости, желанием больного иметь запасные протезы и т.п. Обо всем этом пациенты обязательно были информированы.

Таким образом, можно констатировать, что проблемы адаптации к съемным протезам, несмотря на новые технологии в стоматологии, до сих пор не решены, особенно при полной потере зубов. Наиболее остро они проявляются у лиц со сложно-челюстной патологией. Целью протезирования при такой патологии является восстановление утраченных функций, что порой бывает весьма проблематичным из-за сложности рельефа протезного ложа и отсутствия оптимальных условий для фиксации съемных протезов. Несмотря на это, применяя знания конструирования съемных протезов с учетом сложных анатомо-физиологических особенностей протезного поля на верхней челюсти у больных со сложно-челюстной патологией и используя доступные современные средства, улучшающие фиксацию протезов, можно добиться значительных результатов в адаптации и тем самым повышении качества жизни таких пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Асташина Н.Б. Комплексное лечение и реабилитация пациентов с приобретенными дефектами челюстей. Экспериментально-клиническое исследование. Автореф. Дисс....Докт. Мед. Наук. 14.00.21 – Стоматология // Пермь 2009. – С. 46.
2. Матрос-Таранец И.Н., Калиновский Д.К., Алексеев С.Б. и др. Челюстно-лицевой травматизм в промышленном мегаполисе: современный уровень, тенденции, инфраструктура. Донецк, 2001. – 193 с.
3. Goiato M.C. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis / M.C.Goiato, A.A.Pesqueira, C.R. da Silva et al. // Literature review Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. – 2009. – Vol. 62. – №2. – P. 157-286.
4. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Учебник. СПб: Фолиант, 2002. – С. 543-547.
5. Global goals for oral health 2020 / M.Hobdell, P.E. Petersen, J. Clarkson, N.Johnson // International Dental Journal. – 2003. – Vol. 53. – P. 285-288.
6. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 640 с.: ил.
7. Жолудев С.Е. Особенности протезирования полными съемными протезами и адаптации к ним у лиц пожилого и старческого возраста // Уральский медицинский журнал. – 2012. – №8 (100). – С. 31-35.

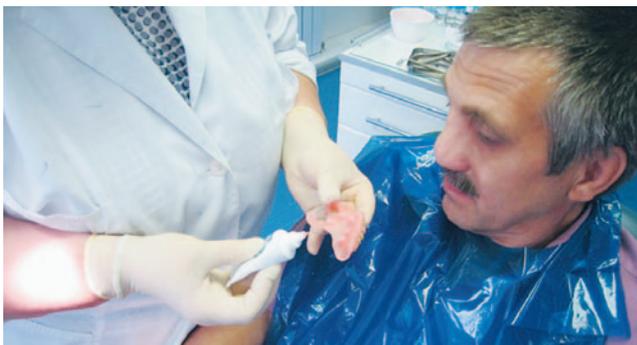


Рис. 16. Обучение пациента навыкам нанесения крема «Корега»



Рис. 17. Средства гигиены, рекомендованные пациентам