



ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ТЕЛЕСКОПИЧЕСКОЙ СИСТЕМОЙ ФИКСАЦИИ

Г.А. Колос, Т.В. Колесова

Известно, что отсутствие зубов служит причиной нарушения жевательной, речевой функции, диспропорции параметров лицевого скелета, нарушает социальную адаптацию, меняет характер питания¹.

При изготовлении съемных протезов часто возникает вопрос о выборе конструкции. Какими должны быть границы протеза, какие выбрать элементы фиксации².

Так, наличие традиционных кламмеров на передних зубах определяет съемность конструкции, что служит причиной психологических и личностных нарушений пациента.

Система фиксации в виде проволочного удерживающего кламмера является устаревшей, но достаточно часто используемой в клинической практике. Помимо отсутствия эстетики приносит непоправимый вред протезному ложу, вызывая повышенную атрофию альвеолярного отростка и подлежащих тканей, что в конечном результате приводит к ухудшению фиксации протезов³. Укоренившаяся практика изготовления частичных съемных протезов по стандартным оттискным ложкам без функционального оформления краев протеза также ухудшает фиксацию и стабилизацию протезов и практически исключает адаптацию к зубным протезам⁴.

Более того, последующее удаление зубов во фронтальном участке создает необходимость не совсем эстетичной реставрации, в виде приварки искусственных зубов в еще неустаревшие протезы, что связано с моральными и материальными затратами⁵.

Учитывая перечисленное, цель нашего исследования заключалась в оценке в сравнительном аспекте отдаленных результатов протезирования пациентов с частичной потерей зубов съемными протезами с телескопической системой фиксации.

Для достижения поставленной цели нами были сформулированы и решены следующие задачи:

1. Оценить клиническую эффективность частичных съемных протезов с телескопической системой фиксации.

2. Провести сравнительную характеристику частичных съемных протезов с кламмерной и телескопической системой фиксации в динамике 1–2 года.

3. Дать практические рекомендации по ортопедическому лечению пациентов с частичной потерей зубов с различной системой фиксации.

На базе городской стоматологической поликлиники нами обследовано и проведено ортопедическое лечение с последующим динамическим наблюдением 62 пациентов основной группы и группы сравнения (32 человека) в возрасте от 38 до 75 лет.

Основная группа в свою очередь была поделена на две подгруппы по количеству оставшихся в полости рта зубов:

I подгруппа – пациенты с одиночно стоящими зубами на верхней и нижней челюсти (42 человека в возрасте 51–75 лет);

II подгруппа – пациенты с наличием в полости рта более 3–4 зубов на верхней и нижней челюсти (20 человек в возрасте 38–50 лет).

Группа сравнения включала пациентов, ранее протезируемых частичными съемными протезами с кламмерной системой фиксации (32 человека в возрасте 41–75 лет). При этом всего было изготовлено 120 зубопротезных единиц.

Оценка клинической эффективности частичных съемных протезов с телескопической системой фиксации проводилась по макроуровню. Это степень фиксации протезов, их устойчивости при проведении функциональ-

ных проб, определение краевого прилегания к слизистой альвеолярного отростка, состояния десневого края опорных колпачков под базисом съемного протеза и определение уменьшения объема тканей протезного ложа под базисом частичных съемных протезов с телескопической системой фиксации.

Динамику изменения объема тканей под базисами съемных протезов изучали известным способом⁶. С помощью съемных протезов снимали слепки в положении центральной окклюзии под небольшим давлением прикуса, используя корригирующий материал «Stomaflex». Величина объема отделенного от базиса протеза слепка и была равна степени атрофии тканей под базисом протеза. Силиконовые материалы прочные, долго не дают усадку, и поэтому измерения, проводимые по ним, точные⁷.

Клинические исследования проводили до протезирования, через 1–2 года после ортопедического лечения.

Наблюдение за пациентами I подгруппы показало, что протезы находятся в хорошем состоянии: отсутствуют сколы, трещины. Оценка фиксации частичных съемных протезов в этой подгруппе показала, что у пациентов одиночно стоящими зубами удержание протеза через 1 год сохранялось за счет плотного прилегания чешуйки искусственного зуба и внутренней поверхности базиса протеза.

У 6 пациентов через 2 года отмечалось ухудшение фиксации протеза во время функции или проведенных нами функциональных проб. Внутриротовая микробазировка быстротвердеющей пластмассой Tempgon (Япония) в области опорных колпачков уточняла границу прилегания и восстанавливала потерянную фиксацию.

В этой же подгруппе оценка краевого прилегания протеза к слизистой альвеолярного отростка показала, что край частичных съемных протезов сохраняет плотность прилегания через 1–2 года. Объясняется это тем, что изготовление съемных протезов всегда производилось через припасовку индивидуальных ложек, вне зависимости от количества оставшихся зубов. Таким образом, край протеза оформлялся индивидуально с проведением функциональных проб Гербста.

При анализе состояния десневого края опорных колпачков под базисом съемного протеза мы не обнаружили существенных отличий по времени ношения протезов. Не выявлена ретракция десны, ее воспаление.

Все пациенты, у которых край колпачка не погружался более чем на 0,2 мм, не предъявляли жалоб на нарушение жевательной, речевой функции.

Анализ клинической эффективности частичных съемных протезов II подгруппы проводился по тем же параметрам. Через год после ортопедического лечения показатели эффективности были значительно выше, чем в I подгруппе, что объясняется большим количеством оставшихся зубов, используемых в качестве опорных и удерживающих протез на протезном поле.

Показатели эстетики у пациентов I и II подгрупп практически одинаковы и не зависят от количества оставшихся зубов. Большая зависимость определялась положением опорных зубов в зубной дуге и видом прикуса. Наиболее благоприятными условиями для эстетичной постановки являются прямой и ортогностический вид прикуса и прямо стоящие, параллельные опорные зубы.

Во II подгруппе у четырех пациентов наблюдали откол вестибулярных чешуек. Это осложнение объясняется дефицитом места для их размещения из-за более вестибулярного наклона опорных зубов, что в последующем определило относительное противопоказание для назначения телескопических колпачков.

В группе сравнения у пациентов с частичными съемными протезами при кламмерной системе субъективных фиксаций показатели были идентичны, но отсутствовал один из основных показателей — это эстетичный фактор. Кламмер, расположенный на передних зубах, особенно на верхней челюсти, при разговоре, улыбке определял съемность конструкции, что существенно влияло на настроение пациентов, их пожелания замены кламмерной системы фиксации на более эстетичные. В настоящее время возрастает количество пациентов, желающих улучшить косметические результаты протезирования частичными съемными протезами, вне зависимости от возраста и пола.

Помимо степени фиксации протезов, состояния десневого края опорных колпачков и эстетической оценки нами изучалась динамика уменьшения объема тканей под базисами протезов в зависимости от элементов фиксации (телескопическая коронка или удерживающий кламмер) и времени ношения протезов.

Изменения объема альвеолярного отростка, твердого неба и мягких тканей протезного ложа при пользовании съёмными протезами с телескопической системой фиксации показаны в таблице 1.

Изменения объема тканей протезного ложа под базисом частичных съёмных протезов у больных группы сравнения (с кламмерной системой фиксации) приведены в таблице 2.

Из таблицы 2 следует, что в день наложения протезов больным объем тканей под базисами протезов верхней и нижней челюсти уменьшился на $26,41 \pm 1,20$ мм и $18,60 \pm 2,20$ мм соответственно.

Спустя 1 год эти цифры составили для верхней и нижней челюсти $317,6 \pm 2,8$ мм и $236,40 \pm 1,37$ мм соответственно.

Таблица 1

**Динамика уменьшения объема тканей протезного ложа под базисом
частичных съёмных протезов у больных основной группы
(с телескопической системой фиксации)**

Сроки исследования	Объем тканей протезного ложа (уменьшение в куб. мм)	
	верхняя челюсть $m \pm m$	нижняя челюсть $m \pm m$
В226,20 первый 1 день	$21,20 \pm 1,20 < 0,05$	$10,21 \pm 1,30 < 0,05$
Через 1 год	$226,20 \pm 2,10 < 0,05$	$112,31 \pm 1,40 < 0,05$
Через 2 года	$239,40 \pm 1,40 < 0,05$	$118,61 \pm 1,21 < 0,05$

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что в день наложения протезов наблюдалось незначительное несоответствие базиса протеза верхней челюсти протезному ложу – на $21,20 \pm 1,20$ мм и базиса нижнего протеза тканям – на $10,21 \pm 1,30$ мм. Это связано с податливостью мягких тканей под базисом протеза и консистентностью слепочного материала.

Через 1 год пользования протезами объем тканей под базисами верхней и нижней челюстей уменьшился на $226,20 \pm 2,10$ мм и $112,31 \pm 1,40$ мм соответственно. Через 2 года после сдачи частичных съёмных протезов наблюдается уменьшение объема тканей на верхней челюсти на $239,40 \pm 1,4$ мм а на нижней челюсти на $118,61 \pm 1,21$ мм.

Через 2 года пользования протезами объем тканей протезного ложа верхней челюсти уменьшился на $432,41 \pm 4,0$ мм и $361,17 \pm 4,21$ мм.

Данные наших исследований динамики изменения объема тканей протезного ложа под частичными съёмными протезами с различной системой фиксации на опорных зубах показывают, что атрофические процессы тканей протезного ложа не останавливаются. Нами отмечено снижение объема тканей протезного ложа под базисами частичных съёмных протезов с кламмерной системой фиксации в 1,2–2 раза по сравнению с группой, где фиксация осуществлялась с помощью телескопической коронки. Это связано с тем, что телескопическая система

Таблица 2

**Динамика уменьшения объема тканей протезного ложа под базисом
частичных съёмных протезов у больных группы сравнения
(с кламмерной системой фиксации)**

Сроки исследования	Объем тканей протезного ложа (уменьшение в куб. мм)	
	верхняя челюсть $m \pm m$	нижняя челюсть $m \pm m$
В226,20 первый 1 день	$26,41 \pm 1,20 < 0,05$	$18,60 \pm 2,20 < 0,05$
Через 1 год	$317,60 \pm 2,8 < 0,05$	$236,40 \pm 1,37 < 0,05$
Через 2 года	$432,41 \pm 4,0 < 0,05$	$361,17 \pm 4,21 < 0,05$

обладает опорно-удерживающей функцией и распределение жевательной нагрузки осуществляется как на пародонт опорных зубов, так и на слизистую оболочку протезного ложа, вызывая меньшую атрофию протезного ложа, чем удерживающий кламмер, который не препятствует вертикальным нагрузкам при функции, что способствует большому погружению протеза на протезное ложе, вызывая атрофию альвеолярного отростка и подлежащих тканей.

Таким образом, результаты определения степени атрофии тканей протезного ложа показывают, что независимо от методов фиксации у всех пациентов происходит прогрессирующая атрофия, но с использованием телескопической системы фиксации атрофия замедляется в 1,2–2 раза по сравнению с группой при кламмерной системе фиксации. И вновь вступает принцип облегчающей реставрации частичных съемных протезов с телескопом, так как традиционная перебазировка устраняет несоответствие протеза тканям протезного ложа, сохраняя функциональную ценность протеза и главное – эстетику.

Поэтому предлагаемое ортопедическое лечение больных частичными съемными протезами с телескопической системой фиксации, подтвержденное результатами динамического наблюдения, позволяет рекомендовать его для дальнейшего широкого применения в клиническую практику.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ См.: Практическая геронтостоматология и гериатрия / М.Л. Заксон, Г.Д. Овруцкий, М.И. Пясецкий, А.М. Солнцев. Киев: Здоровье, 1993.

² См.: Клаус Янсон. Как получить отличные слепки // Дент. Арт. 1998. № 3; Kuhl M., Rofach A. Kauflächen Komplex und Lagerbelastung // Dtsch., Zahnärztl. Z. 1979. Bd. 34. № 8. S. 591–594; Accuracy of impression materials for complete – arch fixed partial dentures / K.Z. Chaig-Chilin, G.I. Libert, S.I. Donegan, V.B. Dhurn // I. Prasthet. Dent. 1988. V. 59, № 3. P. 288–291.

³ См.: Абакаров С.И. Современные конструкции несъемных зубных протезов. М.: Высш. шк., 1994; Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. М.: Медицина, 1990; Марков Б.П. Фиксация протезов на беззубых челюстях // Зубной техник. 2001. № 4; Способ определения степени атрофии альвеолярного отростка под базисом съемного протеза: Пат. РФ № 2189199 по заявке 2001 г. / Садыков М.И., Меленберг Г.В.

⁴ Способ адаптации к зубным протезам: Пат. РФ № 2014037 от 15.06.1994 г. / Миняева В.А., Цимбалстов А.В., Сергеева Г.А., Петросян Л.Б..

⁵ См.: Миняева В.А., Цимбалстов А.В. Использование прежних зубов челюстных протезов при изготовлении новых: Метод. рекомендация. Л., 1990.

⁶ Способ определения степени атрофии...

⁷ См.: Миликевич В.Ю., Моторкина Т.В. Методика получения оттиска при лечении частичного отсутствия зубов комбинированными цельнолитными протезами // Зубной техник. 1999. № 2; Ряховский А.Н. Изучение влияния методики выполнения оттисков на глубину проникновения корректирующего материала в «зубодесневую борозду» в условиях сухого операционного поля. 2003. № 2 (11). С. 4–6.