

АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ К СЪЕМНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ ПРИ АДЕНТИИ, В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ (Литературный обзор)

Салимов Одилхон Рустамович

*Заведующий кафедрой пропедевтики ортопедической стоматологии,
Д.м.н., доцент*

Рахимов Бахтиёрджон Гафурджанович

*ассистент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии
Ташкентского государственного стоматологического института*

Аннотация: *Анатомо-физиологические особенности жевательного аппарата обуславливают характер предварительной терапевтической, хирургической и ортопедической (ортодонтической) подготовки перед протезированием, особенности конструкции будущего протеза, его границы и соответствующие материалы, методики работы врача. От правильного их учета и качества изготовленного протеза зависят следующие клинические данные: степень восстановления функций жевания и речи, внешний вид больного, фиксация и стабилизация протеза, частота и характер поломок, изменения слизистой оболочки протезного ложа, наличие болевых ощущений и др. [3.5]*

В данной статье :*на примере научных трудов зарубежных и отечественных авторов рассматриваются процессы адаптации больных к съемным зубным протезам в современной стоматологии*

Ключевые слова: *зубные протезы, адаптация, жевательный аппарат, полное отсутствие зубов.*

Большое влияние на увеличение сроков адаптации к зубному протезу имеют возникающие болевые ощущения от давления протеза (острые края челюстей, пролежни). Это является следствием того, что в данных случаях протез оказывает нарастающее раздражающее действие, в силу чего торможение не вырабатывается и протез ощущается как инородное тело. Торможение возможно лишь после того, как будут сняты все дополнительные раздражители. Следует отметить, что не только анатомо-физиологические особенности жевательного аппарата влияют на клинические данные, но и наоборот. [7,8,9,11,15] Так, целенаправленное распределение жевательных нагрузок, приходящихся на протезное ложе, предупреждает преждевременную атрофию альвеолярной дуги и образование избытков слизистой оболочки в виде «болтающегося гребня». Это позволяет длительное время сохранять выгодные анатомо-физиологические условия полости рта для протезирования, особенно при необходимости его повторения через несколько лет.

При некачественном изготовлении протезов, пониженной способности слизистой оболочки переносить механическое давление, неблагоприятных анатомических условиях (узкие альвеолярные дуги с истонченной слизистой оболочкой) протезного ложа, нарушении гигиены полости рта на слизистой оболочке могут развиваться локальные и разлитые воспалительные процессы [К.Сыдыгалиев, 2002; Т.Н.Юшманова, Ю.Л.Образцов, 2010].

При полном отсутствии зубов В.Н.Копейкин (2006) рекомендует менять зубные протезы каждые 3-4 года, что обусловлено прогрессирующей атрофией костной ткани в области протезного ложа. Исследования В.П.Наумова (2004) также показали, что уменьшение площади беззубых челюстей зависит от сроков пользования полными съемными протезами, так как через три года площадь протезного ложа верхней челюсти уменьшается на 6,7%, нижней — на 10,3% от первоначальной величины.

При изготовлении мостовидных зубных протезов также необходимо решать вопрос о количестве зубов, которые могут быть использованы в качестве опорных. Этому помогает использование простого и доступного статического метода оценки функциональной ценности жевательного аппарата. [20-24]

Для учета роли каждого зуба в обеспечении функции жевания предложены статические системы учета жевательной эффективности. В то же время в системе Н.А.Агапова ценность зубов не зависит от состояния тканей пародонта, при исчислении жевательной эффективности остаточного зубного ряда степень поражения определяется 100-процентным вычетом из общей суммы коэффициентов удаленных зубов и их антагонистов. Кроме того, для зубов мудрости, имеющих антагонисты, устанавливается коэффициент, равный величине их жевательной поверхности, что в некоторых случаях делает значение функциональной способности жевательного аппарата более 100%. [26.27]

По данным R.Grumb и G.Rooney (2008), скорость атрофии альвеолярных дуг челюстей у больных, пользующихся полными съемными зубными протезами, составляет 1 мм в год, а при отсутствии протезов — 0,1 мм в год на верхней и 0,4 мм в год — на нижней челюсти.

Пренебрежительное отношение к рекомендациям по использованию стоматологических материалов и технического оборудования, нарушение режима полимеризации пластмасс, обжига металлов и обработки готового протеза и т.п. (технико-технологический аспект) приводят к дефектам изготовленных зубных протезов в виде неоднородной кристаллической решетки металлических конструкций, их усадки, наличия в базисе протеза пузырьков, пористости, разводов, участков с повышенным внутренним напряжением, наличия остаточного мономера и т.п. Подобные дефекты обуславливают возникновение в клинике таких осложнений, как явление гальванизма, аллергия организма, изменение слизистой оболочки полости рта, растрескивание и поломки протезов и т.п. (медицинский аспект), а следовательно, снижают функциональные, эстетические и гигиенические качества

зубных протезов или делают их непереносимыми. Очевидно, что адаптация к таким протезам будет растянута во времени или невозможна. Поэтому необходимо особо внимательно относиться к инструкциям промышленных предприятий-изготовителей по использованию стоматологического оборудования и материалов и выполнять их. Следует отметить, что этот аспект в большей своей части относится к зубным техникам, так как вышеописанные ошибки возникают в процессе зуботехнического производства. Следовательно, зубным техникам также нужно соблюдать деонтологические правила при выполнении своих обязанностей. Неслучайно, говоря о медицинской деонтологии, имеют в виду не только систему взаимоотношений, которые устанавливаются между врачом и больным, но и принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и исключение неблагоприятно влияющих упущений в медицинской деятельности [Е.М.Тер-Погосян, АК.Иорданишвили, 2005; М.З.Штейнгарт, 2006, 2008]. Соблюдение технологии работы со стоматологическими материалами и правильная эксплуатация технического оборудования являются важными факторами в профилактике многих осложнений протезирования, возникающих в клинике в период адаптации больных к зубным протезам.

Интересны и практически значимы исследования А.В.Цимбалистова (1996) по изучению реабилитации больных со вторичным сниженным прикусом с позиций системного реагирования. Им было установлено, что с нарастанием морфологических и функциональных нарушений в процессе развития патологических состояний адаптационно-компенсаторный запрос к системе органов челюстно-лицевой области возрастает.

В то же время увеличивается объем конструкций и лечебных мероприятий, необходимых для возмещения утраченных органов. По данным А.В.Цимбалистова (2000), успех реабилитационных мероприятий в клинике ортопедической стоматологии является результатом адекватного воздействия на все компоненты патологических процессов в челюстно-лицевой локализации, а именно: синдромом эндогенной интоксикации сложной этиологии, включающий заболевания полости рта, токсические эффекты конструкционных материалов и соматические нарушения.

Кроме того, было доказано, что интегральная оценка метаболического статуса по веществам низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) олигопептидов больных с патологией ротовой полости соответствует общеклинической соматической оценке состояния органов и систем пациента. Эти показатели одновременно свидетельствуют об имеющемся хроническом эндотоксикозе при наличии в полости рта патологических изменений и стоматологических конструкций. Изменение коэффициента ВНиСММ мочи / ВНиСММ слюны в процессе лечения и приближение его показателя к нормальным величинам ($1,4 \pm 0,3$) может говорить об эффективности проведенного лечения, а сам показатель, будучи весьма

информативным, может с успехом применяться в клинической стоматологии для регистрации адаптации больных в процессе реабилитации.

Наш клинический опыт подтвердил мнение Н.Н.Уразаевой (2007), что использование адгезивных средств может существенно повышать эффективность фиксации полных пластиночных протезов при неблагоприятных анатомо-физиологических условиях жевательного аппарата. Неслучайно за рубежом, в частности в Великобритании, адгезивные средства широко используются, и за год их расходуется около 88 т [G.D.Stafford, 2000]. Кроме улучшения фиксации и стабилизации съемных протезов, применение адгезивов с соответствующими фармакологическими препаратами позволяет лечить грибковые поражения протезного ложа [E.H.Scher, G.M.Ritchie, D.J.Flowers, 2008].

Эффективность адгезивов доказана с применением объективных методов исследования. Так, Н.Н.Уразаева (2007) при изучении функционального состояния височных, жевательных и подбородочных мышц установила, что амплитуда электромиограмм (ЭМГ) височных и жевательных мышц при сжатии зубных рядов у пациентов, применявших адгезивы, была на 25-42% выше аналогичных показателей у протезоносителей, не употреблявших адгезивных композиций.

В то же время амплитуда ЭМГ подбородочных мышц при жевании в случаях применения адгезивных средств была в 1,7 раза ниже, чем без таковых. При этом сроки адаптации к полным протезам сокращались с 15-30 до 5-8 дней.

Гнатодинамометрические исследования позволили установить, что при использовании адгезивного препарата в 2,5-3 раза увеличивалась сила максимального сжатия челюстей [Н.Н.Уразаева, 2007].

Изучение силы фиксации протеза на нижней челюсти методом отрыва от протезного ложа без адгезивного средства сразу после его нанесения и через 1,3 и 24 часа показало, что сила фиксации протезов в 95,3% случаев увеличивалась сразу после применения адгезива, в 85,7% - через 3 ч и только в 33,3% - через 24 ч [F.D.Mizza, J.V.Dikshit, N.S.Muradia, 2003]. Изучение клинической эффективности отечественного адгезивного порошка (ЦНИИС МЗ СССР и ИХД Латвийской ССР) показало, что он значительно улучшает силу фиксации базиса: через 3 мин - на 436 г, через 1 ч - на 338 г и через 3 ч - на 136 г. Сила фиксации со временем снижалась, но положительное влияние этого адгезива было статистически достоверно значимым в течение 3 ч [Н.Н.Уразаева, 1991].

Использование адгезивов было также эффективно при использовании зубочелюстно-лицевых протезов и позволяло сохранить «герметичность» протезов в течение 2 ч [Н.Н.Уразаева, ТАКатаргина, В.М.Чучков, 2000].

Для оптимизации периоды адаптации больных к съемным зубным, зубочелюстно-лицевым протезам, улучшения их функциональной присасываемости, фиксации и стабилизации, а также устранения болевых ощущений и лучшей регенерации травматических эрозий на слизистой оболочке рта авторами предложен

гель-адгезив, содержащий анестезин, каротоллин, метилурацил и медицинский гель-гидросил. При необходимости лечения грибковых поражений слизистой оболочки полости рта (в том числе протезного ложа и поля) в этот лечебный стоматологический гель дополнительно вводили леворин.

Учитывая вышеизложенное целью наших дальнейших исследований является изучить процессы адаптации и оптимизировать тактику ортопедическую стоматологическую помощи.

Список литературы:

1. Агзамходжаев С.С., Каландарова Ш.С., Ходжиметов А.А. Биохимические показатели смешанной слюны у лиц, пользующихся съемными пластиночными протезами: научное издание //Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2009. - N4. - С. 69-72.
2. рутюнов С.Д., Огородников М.Ю., Степанов А.Г., Геворкян Э.М., Чергештов М.Ю. Ортопедическое лечение полного отсутствия зубов съем-ным пластиночным протезом с внутрислизистыми полиуретановыми им-плантатами //Современная ортопедическая стоматология, 2008. -N9. -С.59-59.
3. Ирсалиев Ф.Х. Характеристика контингента больных с аллергическими заболеваниями, нуждающихся в стоматологической помощи / Ф.Х. Ирсалиев, Ж.Х. Ахмедов, В.Ф. Гариб // Стоматология. - Ташкент, 2009. - №1-2. - С. 39-41.
4. Ирсалиев Х.И. Состояние барьерно-защитных комплексов протезного ложа при пользовании съемными пластиночными протезами / Х.И. Ирсалиев, Ж.У. Абдувакилов, П.М. Ахмедов // Stomatologiya. - Ташкент, 2003. - №1-2. - С. 120-122.
5. Каливрадзиян Э.С., Кукуев В.И., Подопригора А.В. Повышение эффективности ортопедического лечения съемными пластиночными протеза-ми, изготовленными из полимеров, модифицированных наноразмерным серебром //Современная ортопедическая стоматология. -2011. - N16. - С.5-6.
6. Копейкин В.Н. Ошибки и осложнения при применении съемных пластиночных и бюгельных протезов //Мед. бизнес, 2003.-N1.-С.9-12.
7. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология. М.: Медицина, 2001. 624 с.
8. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю.Ошибки в ортопеди-ческой стоматологии: Профессиональные и медико-правовые аспекты. - М., 2002. -240 с.
9. Кресникова Ю.В. Клинико-эпидемиологическое исследование результатов ортопедического лечения больных с частичным отсутствием зубов //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., - 2008. - 21с.
10. Миняева В.А. Проблемы съемного зубочелюстного протезирования.- СПб., 2005. – 190 с.

- 11.Рахматуллаев Ф.Т. Результаты санитарно-химических исследований нового базисного материала "Сопакр" : научное издание / Ф. Т. Рахматуллаев // Стоматология. - Ташкент, 2010. - №1-2. - С. 165-167.
- 12.Саввиди К.Г. Особенности повторного протезирования полными съёмными протезами при подвижном альвеолярном гребне : научное издание / К. Г. Саввиди, Г. Л. Саввиди // Стоматология. - Москва, 2009. - №5. - С. 56-58.
- 13.Трезубов В.В., Косенко Г.А. Качественная характеристика съёмных пластиночных зубных протезов с термопластическими базисами //Институт стоматологии. - 2011. - N1. - С.58-59.
- 14.Akbarov Avzal Nigmatullaevich, Khabilov Bekzod Nigmonovich, Kosimov Ahror Abror ugli. VARIETY OF BONE-PLASTIC MATERIALS AND THEIR MAIN PROPERTIES (LITERATURE REVIEW) Web of Scientist: International Scientific Research Journal 3 (9), 140-146
15. Туляганов , Ж., Миррахимова , М., & Косимов , . А. (2022). ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА УРОВЕНЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 2(6), 477–481.
16. Акбаров Авзал Нигматуллаевич, & Хабилов Даврон Нигманович. (2022). АКТУАЛЬНОСТЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. Proceedings of International Conference on Scientific Research in Natural and Social Sciences, 1(1), 38–41. Retrieved from - <https://econferenceseries.com/index.php/srnss/article/view/30>
17. Акбаров Авзал Нигматуллаевич, Хабилов Даврон Нигманович, & Мухитдинова Фарзона Гайратовна. (2022). ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19. Proceedings of International Conference on Scientific Research in Natural and Social Sciences, 1(1), 42–45. Retrieved from <https://econferenceseries.com/index.php/srnss/article/view/31>
- 18.Al-Ghannam N.A., Fahmi F.M. Effect of direct relining on stresses at the denture base and the metal frame of removable partial dentures //J. Contemp. Dent. Pract. -2005 Feb.15. –Vol.6. -N1. –P.37-47.
- 19.Applegate OC. Essentials of Removable Partial Denture Prosthesis 10rded. Philadelphia: Saunders -2005. -189 p.
- 20.Bosshart M. Как преодолеть устаревшие догмы при изготовлении полных съёмных протезов? / М. Bosshart // Новое в стоматологии. - Москва, 2009. - №5. - С. 30-43
- 21.Christensen G.J. What has happened to removable partial prostho-dontics? // J. Am. Dent. Assoc. -2003 Jan. –Vol.134. -N1. –P.111-113.
- 22.Eliason C.M. RPA clasp design for distalextension removable partial dentures. // J.Prosthet. Dent. -2003. –Vol.49. -N1. –P.25-27.

23. Farina D., Marletti R. Comparison of algorithms for estimation of EMG variables during voluntaric contractions. *J. Of Electromyography and Kinesiology*. 2000, 10, 337—349.
24. Hindels G.W. Load distribution in extension saddle partial dentures // *J. Prosthet. Dent.* -2001. –Vol.85. -N4. –P.324-329.
25. Kaplan D. Flexible removable partial dentures: design and clasp concepts // *Dentistry Today.com*. Issue Date: December 2008, Posted On: 12/15/2008
26. Kokich V.O., Kiyak H.A., Shapiro P.A. Comparing the Perception of Dentists and Lay People to Altered Dental Esthetics // *J. Esthet. Dent.* -2009. -N11. –P.311-324.
27. Kratochvil F.J., Thompson W.D., Caputo A.A. Analysis of stress patterns on teeth and bone with retainers for removable partial dentures // *J. Prosthet. Dent.* -2001. – Vol.46. -N1. –P.21-28.
28. Sato Y., Tsugar K., Abe Y., Asahar S., Akagawa Y. Analysis of stiffness and stress in I-bar clasps // *J. Oral Rehab.* -2011. –Vol.28.-N6.-P.596-600.
29. Thie Ch. Благодаря рукам... Часть 1 : научное издание / Ch. Thie, A. Hirsch, F. Hirsch // *Новое в стоматологии* . - М., 2012. - Том 181 N1. - С. 64-76
30. Thie Ch. Благодаря рукам... Часть 2 : научное издание / Ch. Thie, A. Hirsch, F. Hirsch // *Новое в стоматологии* . - М., 2012. - Том 182 N2. - С. 94-103