

## ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ

Доля А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время зубное протезирование рассматривается как лечебное средство в нормализации не только функции жевания, глотания и речи, но и функции всей пищеварительной системы.

Установлено, что нарушение зубочелюстной системы влечет за собой развитие патологических процессов в нижележащих отделах пищеварительного тракта, в частности, при недостаточном измельчении пищи снижается кислотность желудочного сока. В свою очередь, пониженная кислотность может говорить о неполноценности жевательного аппарата [3].

Ортопедическое лечение больных с полной адентией является одной из сложнейших задач ортопедической стоматологии, конечный результат которого заключается в восстановлении утраченной функции жевания, норм эстетики и речи [4, 5, 8, 9].

Социально-экономические факторы, социально-демографические показатели, несвоевременное комплексное лечение заболеваний пародонта, осложнения после терапевтических манипуляций, ведущие к экстракции зубов, неумение или нежелание квалифицированно использовать для протезирования «проблемные зубы» (подвижные, имеющие значительное обнажение корня, находящиеся вне дуги зубного ряда), ошибки при выборе конструкции протезов, ведущие к перегрузке опорных зубов и последующему хирургическому вмешательству – все эти факторы формируют неуклонный рост количества больных, нуждающихся в ортопедическом лечении полными съёмными конструкциями протезов, и определяют практическую значимость проблемы [1, 2, 6].

### Цель работы

Оптимизация ортопедического лечения полными съёмными протезами методикой объёмного моделирования границ протезов термопластическим оттискным материалом «Ортокор-СТ».

### Материалы и методы

На базе Харьковской областной стоматологической поликлиники нами обследовано и проведено ортопедическое лечение 73 пациентов (30 (41%) женщин и 43 (59%) мужчин) в возрасте от 40 до 86 лет. Из них с полной вторичной адентией: верхней и нижней челюсти – 46 (63%) человек, верхней челюсти – 16 (22%) человек, нижней челюсти – 11 (15%) человек.

При отборе пациентов руководствовались основными показаниями к изготовлению полных съёмных конструкций зубных протезов; учитывали степень атрофии костной ткани и состояние слизистой оболочки альвеолярных отростков.

Среди отобранных пациентов впервые протезировалось 26 (35,5%), повторно – 47 (64,5%).

В процессе ортопедического лечения было изготовлено 119 полных съёмных пластиночных протезов: 92 (77,3%) – для верхней и нижней челюстей, 16 (13,4%) – только на верхнюю челюсть, 11 (9,3%) – только на нижнюю челюсть.

Для проведения клинических исследований, в зависимости от способа оформления границ ложки-базиса при ортопедическом лечении полными съёмными пластиночными протезами, были сформированы 2 группы из 38 человек. Пациентам контрольной группы (группа А) – 19 человек (50%) – протезы изготавливали по общепринятой методике с применением ложек-базисов. В опытной группе (группа В) – 19 человек (50%) – ортопедическое лечение проводили съёмными пластиночными протезами с применением объёмного моделирования границ ложки-базиса, используя термопластический материал «Ортокор-СТ». В зависимости от степени атрофии костной ткани обеих челюстей, пациенты были распределены на три подгруппы:

– подгруппа 1 (А1, В1 – по 6 (31,6%) человек) – на верхней челюсти I–II тип

по H.Schroder, и на нижней челюсти – I тип по L.Kohler;

– подгруппа 2 (A2, B2 – по 6 (31,6%) человек) - на верхней челюсти III тип по H. Schroder, и на нижней челюсти – II тип по L.Kohler;

– подгруппа 3 (A3, B3 – по 7 (36,8%) человек) - на верхней челюсти III тип по H.Schroder, на нижней челюсти – III–IV тип по L. Kohler.

Анатомические оттиски получали по общепринятой методике. Затем лабораторным способом изготавливали ложку-базис с прикусными валиками из тугоплавкого воска, припасовывали ее в полости рта при помощи функциональных проб Гербста, определяли высоту прикуса в положении центральной окклюзии. После чего истончали наружную поверхность края ложки-базиса, создавали уступ по всему краю (за исключением линии «А») на ее внутренней поверхности с помощью торцевой цилиндрической фрезы диаметром 2 мм. Глубина уступа 2мм, высота – 2-2,5 мм. Затем наносили валики шириной 5-7мм из термопластической оттисковой массы «Ортокор-СТ». Оформление края ложки-базиса производили при помощи пассивных и активных движений мимической и жевательной мускулатуры в течение 20-30 мин., после чего извлекали ложку-базис, промывали холодной проточной водой и проводили оценку качества оттиска. Следующим этапом получали функционально-присасывающийся оттиск по общепринятой методике.

Для определения функциональной эффективности ПСП, изготовленных по общепринятому методу и методу получения ФО с использованием объемного моделирования границ ложки-базиса термопластическим оттискным материалом «Ортокор-СТ», в зависимости от сочетания типа атрофии костной ткани челюстей исследовали жевательную эффективность (ЖЭ) и время разжевывания ореха.

Изучение показателей ЖЭ и времени разжевывания ореха проведено у 19 (50%) пациентов контрольной группы и 19 (50%) пациентов опытной группы.

Клиническую оценку обследования пациентов проводили в день наложения протезов на протезное ложе, через 7 дней, 1месяц, 6 месяцев и 12 месяцев.

При выполнении исследования использованы статистические методы оценки достоверности получаемых результатов [7].

#### Результаты исследования и их обсуждение

Средние показатели ЖЭ за исследуемый период представлены в таблице 1.

Среди пациентов контрольной группы показатели ЖЭ с момента наложения протеза и до года пользования ими возросли: в подгруппе А1 – на 19,37% (P<0,001), в подгруппе А2 – на 18,33 % (P<0,001), в подгруппе А3 – на 16,43% (P<0,001).

У пациентов опытной группы показатели ЖЭ за весь период наблюдений после наложения протеза возросли: в подгруппе В1 – на 26,88% (P<0,001), в подгруппе

Таблица 1

Средние показатели жевательной эффективности

I ääëî ä	I î ääöî î ü ëññëääóâî ü ö áí ëüí ü ö					
	Ä1	Ä1	Ä2	Ä2	Ä3	Ä3
í ääëþ äáí ëé	44,38± 1,9	51,25± 2,5	38,96± 2,5	46,46± 2,5	38,21± 3,1	45,71± 1,9
Ð	Ð<0,05*		Ð<0,05**		Ð<0,05***	
7 äí äé	54,58± 1,9	60,2± 1,9	42,54± 2,5	50,21± 2,5	43,57± 2,5	49,82± 1,9
Ð	Ð<0,05*		Ð<0,05**		Ð<0,05***	
1 î äñüö	56,25± 1,3	73,96± 2,5	48,33± 3,1	67,71± 2,5	47,68± 3,1	62,86± 3,1
Ð	Ð<0,001*		Ð<0,001**		Ð<0,001***	
6 î äñüöää	62,08± 1,9	76,25± 2,5	55,42± 2,5	69,79± 1,9	52,5± 2,5	65,54± 2,5
Ð	Ð<0,001*		Ð<0,001**		Ð<0,001***	
12 î äñüöää	63,75± 2,5	78,13± 1,9	57,29± 1,9	71,46± 2,5	54,64± 1,9	67,14± 2,5
Ð	Ð<0,001*		Ð<0,001**		Ð<0,001***	

Примечание.

\*Достоверность результатов между показателями подгрупп В1 и А1,

\*\* достоверность результатов между показателями подгрупп В2 и А2,

\*\*\* достоверность результатов между показателями подгрупп В3 и А3.

Средние показатели времени разжевывания ореха

Группы	Средние показатели времени разжевывания ореха				
	1 группа	7 группа	1 группа	6 группа	12 группа
А1	34,96±1,1	31,73±2,9	28,09±1,2	27,29±1,2	26,67±1,6
А2	38,59±1,1	34,76±0,3	28,18±1,2	27,45±1,1	27,06±1,0
А3	40,23±1,1	35,4±1,0	29,32±1,2	28,6±1,4	27,67±1,0
Б1	31,16±1,5*	27,81±1,1	19,93±1,1***	19,12±1,0***	18,73±1,3***
Б2	32,9±1,8**	28,42±0,5***	21,55±1,2***	20,99±1,1***	20,5±1,0***
Б3	33,7±1,4***	28,64±0,8***	22,17±1,2***	21,53±1,4***	21,08±0,6***

Примечание. Статистическая значимость различий между показателями опытной и контрольной групп: \*P<0,05; \*\*P<0,01; \*\*\* P<0,001.

В2 – на 25,0% (P<0,001), в подгруппе В3 – на 21,6% (P<0,001).

Время разжевывания ореха в день наложения ПСП у пациентов контрольной группы составило: в подгруппе А1 – 34,96±1,1 с, А2 – 38,59±1,1 с, А3 – 40,23±1,1 с. В течение одного месяца после протезирования временные данные жевания в подгруппе А1 снижаются на 18,8% (P<0,001), в подгруппе А2 – на 27,0% (P<0,001), в подгруппе А3 – на 27,1% (P<0,001) и далее приобретают устойчивый характер во всех подгруппах (табл. 2).

Время разжевывания ореха в день наложения протезов у пациентов группы В1 составило – 31,16±1,5с, В2 – 32,9±1,8с, В3 – 33,7±1,4с. Спустя один месяц с момента эксплуатации протезов время разжевывания резко сократилось и достигло оптимальной величины в подгруппе В1 – 19,93±1,1 с (P<0,001), В2 – 21,55±1,2с (P<0,001), В3 – 22,17±1,2 с (P<0,001). Эти временные параметры существенно не меняются (t<2) в течение дальнейшего срока обследования пациентов.

Анализируя полученные результаты, необходимо отметить, что показатели ЖЭ протезов пациентов опытной группы по истечению года наблюдения на 12,5% - 14,4% достоверно (P<0,001) превышают аналогичные показатели пациентов контрольной группы; максимальная ЖЭ и минимальное время разжевывания у больных с ПВА, протезированных по методике объемного моделирования границ ПСП термопластическим оттискным материалом «Ортокор-СТ», наступают через шесть месяцев после наложения протезов в полость рта.

### Выводы и перспективность исследования

Таким образом, использование предложенной нами методики объемного моделирования границ полного съемного пластиночного протеза позволяет получать функциональные оттиски с индивидуально оформленной функционально-тонической формой границ протеза, что способствует повышению жевательной эффективности и времени разжевывания пищи, тем самым, повышая качество ортопедической стоматологической помощи.

### Литература

1. Борисова Е.Н. Последствия полной и частичной утраты зубов в повседневной жизни людей пожилого и старческого возраста// Клиническая геронтология. 2001. №9. С. 32-37.
2. Брагин Е.А. Клинические аспекты реабилитации пациентов с полной потерей зубов съемными протезами с металлическим базисом// Современная ортопедическая стоматология. 2005. №3. С. 28-30.
3. Бынин Б.Н. Клинические параллели между патологией жевания и функциями желудочно-кишечного тракта // Советская стоматология. 1936. № 4.
4. Каливградиян Э.С., Голубев Н.А., Лещева Е.А., Гордеева Т.А., Алабовский Д.В., Машкова Н.Г., Полуказаков С.В. Проблемы ортопедической стоматологии на современном этапе развития и пути совершенствования зубного протезирования при полной потере зубов// Современная ортопедическая стоматология. 2005. № 3. С. 2-25.
5. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. М.: Медицина, 1990. 145 с.
6. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. М.: Медицина, 1998. 297 с.
7. Лысенков А.Н. Математические методы планирования многофакторных медико-биологических экспериментов. М.: Медицина, 1979. 343 с.
8. George A. Zarb, Charles L. Bolender, Gunnar E. Carlsson. Boucher S. Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients // Mosby, Inc. 1997. 558 p.
9. Iwao Hayakawa. Principles and practices of Complete Dentures// Quintessence Publishing Co., Ltd. Tokyo. 2001. 255 p.

Поступила в редколлегию 27.01.2009

**Оптимизация ортопедического лечения больных с полной адентией / Доля А.В.**

// Медицина и... 2009. № 1(23). С. 100-102

*Представлена усовершенствованная методика объемного моделирования границ базиса полного съёмного пластинчатого протеза термопластическим оттискным материалом «Ортокор-СТ» и некоторые клинические результаты ее применения.*

*Ключевые слова: полный съёмный протез, границы базиса протеза, «Ортокор-СТ».*

**Оптимізація ортопедичного лікування хворих на повну адентію / Доля Г.А.**

// Медицина і... 2009. № 1(23). С. 100-102

*Запропонована удосконалена методика об'ємного моделювання меж базису повного знімного пластинкового протезу термопластичним відбитковим матеріалом «Ортокор-СТ», а також надані деякі клінічні результати її застосування.*

*Ключові слова: Повний знімний протез, межі базису протезу, «Ортокор-СТ».*

**The optimization of the orthopedic treatment for the edentate patients / Dolia A.**

// Medicine and... 2009. № 1(23). P. 100-102.

*Summary. In the article given the improved method of 3D modeling of the edge of the complete plate denture by means of thermoplastic impression mass "Ortocor-ST". Also the researcher applied some of the clinical results of the application of the method 3D modeling of the edge of the complete plate denture.*

*Key words: The complete plate denture, the edge of the complete plate denture, "Ortocor-ST".*