

СТАТЬИ

УДК 616.31-053.9

**ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ****¹Нурбаев А.Ж., ¹Эркинбеков И.Б., ¹Калбаев А.А., ²Алымбаев Р.С.**¹*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, e-mail: r.alymbaev@yandex.com;*²*Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», Бишкек*

Подход врача-ортопеда при повторном лечении лиц пожилого и старческого возраста, пользующихся съемными зубными конструкциями, имеет отличия от той ортопедической методики, которой придерживаются при первичном обращении пациента: определяют степень фиксации протеза, ясность речи, проводят восстановление внешнего вида больного, при необходимости проводят фонетическую коррекцию. Таким образом, врач может предложить пациенту несколько вариантов протезирования. Делая конструкцию нового протеза, ортопед обычно внимательно изучает старый протез и изменившиеся условия полости рта (наличие атрофии альвеолярных отростков, изменение формы и ширины альвеолярных дуг, уплощение нёба, изменение положения переходной складки и др.). Все больные, обратившиеся в клинику по поводу повторного протезирования беззубых челюстей, были протезированы с применением функциональных оттисков. Установление нормальной межальвеолярной высоты при повторном протезировании является обязательным условием рационального протезирования. Восстановление производилось одномоментно. Больные после протезирования находились под нашим наблюдением от 1 месяца до 3 лет. Основными причинами повторного протезирования являются затрудненное пользование протезами из-за плохой фиксации, неудовлетворительное качество самого протеза, нарушение эстетики. Крайне важно восстановление речи и функции жевания. Отмечается длительное привыкание к протезам с новой высотой прикуса, отмечаются боли в суставах, чувство неловкости в мышцах, которые вскоре исчезают или проявляются слабо.

Ключевые слова: пожилой, старческий возраст, повторное ортопедическое лечение, атрофия альвеолярного отростка, прикус, гигиена полости рта

**FEATURES OF REPEATED ORTHOPEDIC TREATMENT
FOR ELDERLY PEOPLE WITH FULL REMOVABLE DENTURES****¹Nurbaev A.Zh., ¹Erkinbekov I.B., ¹Kalbaev A.A., ²Alymbaev R.S.**¹*I.K. Akhunbaev Kyrgyz State medical Academy, Bishkek, e-mail: r.alymbaev@yandex.com;*²*Scientific and Production Centre for Preventive Medicine, Bishkek*

The approach of the orthopedic surgeon in repeated prosthesis for elderly and senile patients using removable dentures differs from that for first-time patients regarding prosthesis fixation, restoration of the patient's appearance, clarity of speech with phonetic correction if needed. So, an orthopedic surgeon can offer the patient several options for prosthesis. Therefore, when constructing a new prosthesis, the orthopedist usually carefully examines the old prosthesis and makes an assessment considering the altered oral cavity conditions (atrophy of the alveolar processes, alteration of the shape and width of the alveolar arches, flattening of the palate, change in the position of the transitory fold, etc.). All patients visiting the clinic for repeated prosthesis in the toothless jaws were prosthodontized using functional impressions. Establishment of a normal occlusal vertical dimension during repeated prosthesis is mandatory for rational prosthetics, with restoration being carried out in single stage. Patients after prosthetics were followed up for 1 month to 3 years. Thus, an indication for repeated prosthesis is patient's difficulty using the denture due to bad fixation, unsatisfactory quality of the denture itself, distorted aesthetics. The restoration of speech and chewing function, getting used to a denture with a new vertical dimension are extremely important, pain in the joints, discomfort in the muscles disappear or have a slight degree.

Keywords: elderly, senile age, repeated orthopedic treatment, atrophy of the alveolar bone, occlusion, oral hygiene

В настоящее время остается актуальным вопрос о сохранении здоровья значительной части населения пожилого и старческого возраста (ПСВ) в стоматологии. Его важными составляющими частями являются улучшение показателей ортопедического стоматологического лечения, сохранение целостности имеющихся зубов, зубных рядов качественными зубными протезами [1–3].

Важность изучения особенностей повторного протезирования больных с полным отсутствием зубов связана с тем, что

разрушить сложившийся стереотип бывает очень трудно, особенно у пожилых пациентов. Поэтому, делая конструкцию нового протеза, ортопед обычно внимательно изучает старый протез, а также учитывает субъективные данные пациента с изменившимися условиями полости рта (атрофию альвеолярных отростков, изменение формы и ширины альвеолярных дуг, уплощение нёба, изменение положения переходной складки и др.). При повторном протезировании не следует игнорировать высоту прикуса, поскольку зубочелюстная система

в течение продолжительного времени приспособилась к созданным условиям и их нарушение вынудит мышцы, сустав, связки изменить свое положение, что потребует внесения конструктивных изменений в новые протезы [4–6]. При повторном протезировании пациент получает новые протезы, которые позволяют уменьшить нежелательные проблемы старых протезов в полости рта или избежать их, улучшить их лечебные и профилактические свойства. Многими авторами в традиционном протезировании предлагались разные варианты. Все это позволяет сделать простой вывод: в любом случае выбор весьма велик, и пациент всегда может отдать предпочтение одному из методов, который его устроит [7, 8].

Цель исследования: обосновать особенности повторного ортопедического лечения лиц пожилого и старческого возраста съемными пластиночными конструкциями при полном отсутствии зубов.

Материалы и методы исследования

В клинику ортопедической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева обратились 56 больных по поводу повторного протезирования. У 34 (60,7%) имела место полная потеря зубов на обеих челюстях, у 4 (7,1%) зубы отсутствовали на верхней челюсти, а также имелись дефекты зубных рядов нижней челюсти. У 11 (19,6%) отсутствовали зубы на нижней челюсти. Из общего числа мужчин – 22 (39,2%), женщин – 34 (60,7%), большинство больных были в возрасте 60–78 лет. Из общего числа больных лишь 9 пациентов пользовались протезами до 5 лет, у остальных протезы были продолжительное время (до 12 лет). В процессе оценки имеющихся старых протезов нами установлено, что у большинства больных они плохо фиксировались, границы укорочены, базис протезов не соответствует протезному ложу (балансирует). Окклюзионная поверхность пластмассовых зубов за период 2–3-летнего пользования ими стиралась. В результате полной стертости зубов пища не разжевывалась, а лишь разминалась. Пациент часто не замечал этого повреждения протезов и обращался к нам уже со сломанными протезами. Больные также отмечали эстетические недостатки, вызванные изменением величины и формы искусственных зубов в связи с их стиранием. Из 56 больных 24 (42,8%) жаловались на боли под протезами, 8 (14,2%) – в ВНЧС, у 11 (19,6%) пациентов отмечалась мацерация кожи углов рта. Почти все больные отмечали неудобство при разговоре.

17 (30,3%) больных обратились для протезирования беззубых челюстей из-за не-

возможности пользоваться старыми частично съемными пластиночными протезами после удаления последних опорных зубов. Понижение межальвеолярной высоты отмечалось у всех больных в различной степени (от 2 до 12 мм).

Результаты исследования и их обсуждение

При внешнем осмотре пациентов отмечалось снижение высоты двух третей лица, губы и щеки при этом западали, углы рта были опущены. Пациенты выглядели старше своего возраста. У большинства больных имелись 2-й, 3-й, 4-й типы альвеолярных отростков по И.М. Оксману, что является неблагоприятным анатомическим условием для успешного протезирования.

Из наших 56 больных 30 (53,5%) чистили протезы один раз в день, 13 (23,2%) ухаживали за протезом нерегулярно.

Вследствие продолжительного ношения съемного зубного протеза происходит редуцирование альвеолярного отростка по высоте и ширине, в результате образуется зазор между бортом протеза и мягкими тканями. Плохой уход пациентов за пластиночно-съемными протезами привел к тому, что образующиеся в процессе брожения, а затем гниения продукты распада отрицательно влияли на ткани слизистой оболочки протезного ложа, вызывая ее раздражение и воспаление. Слизистая оболочка у 9 (16,0%) больных имела травмированные участки переходной складки.

Оценка старых протезов показала их плохую фиксацию, они смещались при открывании рта, их границы были укорочены, базисы не соответствовали протезному ложу (протезы балансировали). Окклюзионная поверхность пластмассовых зубов изнашивалась, формы коронок нарушились, а иногда они стирались до базиса.

Все больные, обратившиеся в клинику по поводу повторного протезирования беззубых челюстей, были протезированы с применением компрессионных оттисков.

Установление нормальной межальвеолярной высоты при повторном протезировании является обязательным условием рационального протезирования. Восстановление производилось одномоментно. Больные после протезирования находились под нашим наблюдением от 1 месяца до 3 лет.

Ближайшие наблюдения за пациентами показали, что вновь изготовленные протезы эффективнее старых, их фиксация и стабилизация намного лучше. Больные постепенно начали привыкать к ним. Так, у 26 (44,4%) пациентов привыкание к новым протезам наступило за неделю,

жевательная эффективность восстановилась на «хорошо». У 27 (48,2%) больных она была удовлетворительной, так как они имели 3-й тип беззубой нижней челюсти, 3 больных отказались от пользования новыми протезами, требуя такие же протезы, как старые, с укороченными краями. Их требования были удовлетворены изготовлением желанных протезов, но ими трудно было восстановить функциональную ценность, разжевывать пищу.

За исключением этих больных, остальные постепенно привыкли к протезам, через 3 года у повторно протезированных больных показатель жевательной эффективности составил в среднем 93,5%. Для передачи жевательного давления на протезное ложе и хорошей устойчивости протеза при жевании приходилось вносить некоторые коррективы. Есть больные, у которых протезное ложе весьма чувствительно к давлению, они жаловались на боли под протезом.

Приступая к изготовлению новых съемно-пластиночных конструкций, врач изучает старый зубной протез в полости рта и вне его, дополнительно учитывает появившиеся в полости рта изменения. Особое внимание следует обращать на форму и величину искусственных зубов, на конфигурацию зубной дуги, границу протезов, с тем чтобы не повторить имеющиеся погрешности при конструировании вновь изготавливаемых конструкций. Возникает необходимость детального изучения причины перелома, трещины, при этом следует обращать внимание на психологический статус пациента.

Разрабатывая меры по оптимизации повторного изготовления ортопедической конструкции с планированием этапов изготовления и лечения, необходимо решать вопросы изменения высоты нижней трети лица, состояния тканей протезного ложа, но главное — это особенности психофизиологического состояния пациента и возможность адаптации к новому протезу. Лечение подобных пациентов облегчается, чтобы избежать в дальнейшем негативные последствия съёмного протеза, свойственные многим. Привычки, выработанные в процессе пользования съёмными протезами, способствуют укорочению срока привыкания к новому.

Следует помнить, что протез в значительной степени изменяет функцию органов жевательного аппарата, так как сокращает объем полости рта, нарушая при этом топографию артикуляционных пунктов, которые необходимы для образования различных звуков; создаются новые условия для деятельности жевательных мышц и ВНЧС

при изменении межальвеолярной высоты, и протез воспринимается как инородное тело, которое по отношению к слизистой оболочке протезного ложа оказывается необычным раздражителем.

Новые окклюзионные отношения между искусственными зубами могут изменять характер жевательных движений нижней челюсти.

В результате механического раздражения рецепторов корня языка или мягкого нёба вначале появляется рвотный рефлекс, усиливается слюноотделение. С течением времени ответная реакция на раздражение начинает стихать, и пациент перестает ощущать протез.

При увеличении межальвеолярной высоты за счет протезов увеличивается расстояние между местами прикрепления жевательных мышц. На это они реагируют повышением тонуса (миотатический рефлекс). Поэтому в понятие «привыкание к протезам» входит и перестройка динамического стереотипа, приводящая, в конечном счете, к выработке рациональных движений нижней челюсти.

Помимо физиологической адаптации, происходит психологическая адаптация, устранение безразличия и стыдливого чувства неприятия протеза. Снижается связанная с этим раздражительность, устраняются препятствия в сфере общения. Под влиянием мотивации и волевых усилий у пациента прекращается постоянное возвращение в мыслях к протезу. Процесс привыкания протекает быстрее у лиц, ранее пользовавшихся протезами.

После наложения протеза пациенту необходимо дать наставления по уходу и пользованию им.

В первое время пользования протезом пациент будет испытывать определенные неудобства. Под базисом протеза может появиться боль. При сильной боли рекомендуется вынуть протез на ночь и вставить его за 2–3 ч до посещения врача.

Наличие в полости рта протезов ухудшает гигиену полости рта вследствие нарушения естественного самоочищения, появления множества ретенционных пунктов для остатков пищи, создаются благоприятные условия для развития микрофлоры. В связи с этим за протезами необходим тщательный гигиенический уход.

Помимо оказания лечебного и профилактического действия, зубные и челюстные протезы могут вызывать побочные эффекты. Среди основных побочных проявлений выделяют: травмирующий эффект, функциональные нарушения и токсическое действие.

Травмирующий эффект протезов имеет обратимые и необратимые последствия для различных тканей протезного ложа: эмали, пародонта, слизистой оболочки, надкостницы и кости. При этом усиление отрицательного влияния съемных протезов наблюдается при нерациональном расположении опорных элементов в съемных протезах, отсутствии окклюзионных контактов в области естественных зубов, применении жестких замковых креплений в протезах, замещающих концевые дефекты зубных рядов, что приводит к функциональной перегрузке пародонта опорных зубов.

К функциональным нарушениям можно отнести нарушение самоочищения слизистой оболочки, снижение ее саногенеза. В результате нарушения терморегуляции и аэрации слизистой оболочки, перекрытой базисом протеза, уменьшается теплоотдача, во влажной среде возникает компрессный эффект протезов, приводящий к разрыхлению слизистой оболочки, повышению ее проницаемости.

Отмечаются также нарушения вкусовой рецепции, нарушение речи при наложении съемного протеза, что чаще всего наблюдается при протезировании дефектов зубного ряда верхней челюсти в области передних зубов.

Токсическое действие – нежелательная реакция на материал протеза, наблюдаемая у некоторых больных при эндогенной сенсibilизации. При недостаточном гигиеническом уходе за протезами продукты жизнедеятельности микрофлоры полости рта оказывают токсическое влияние на слизистую оболочку

Выводы

1. Показаниями к повторному изготовлению съемных конструкций являются снижение лечебных, профилактических свойств и возрастающее нежелательное действие протеза.

2. Вопрос о замене протезов следует решать по истечении сроков пользования ими.

3. Решение о повторном протезировании может быть принято раньше, если появились балансирование, поры в базисе, ухудшилась гигиена полости рта.

4. Крайне важны восстановление речи и функция жевания, привыкание к протезам с новой высотой прикуса. При установке новых протезов боли в суставах, чувство неловкости в мышцах постепенно исчезают или мало выражены.

5. У пациентов происходит быстрая адаптация к полным съемным протезам при изготовлении протеза, похожего на ранее использовавшийся.

Список литературы

1. Родина Т.С. Особенности стоматологической патологии у лиц старших возрастных групп // Клинический опыт «Двадцатки». 2015. № 2 (26). С. 92–98.
2. Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л., Белова А.В. Результаты ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов при применении оптимизированных собственных методик // Верхневолжский медицинский журнал. 2014. № 2. С. 31–34.
3. Жолудев С.Е., Гетте С.А. Решение проблемы адаптации к съемным конструкциям зубных протезов при полной утрате зубов (клинический случай) // Проблемы стоматологии. 2016. Т. 12. № 3. С. 46–51.
4. Жулев Е.Н. Частичные съемные протезы (теория, клиника и лабораторная техника): Руководство для врачей. 2-е изд. испр. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. 424 с.
5. Нурбаев А.Ж. Ортопедическая стоматологическая лечебно-профилактическая помощь лицам пожилого и старческого возраста в Кыргызской Республике (клинико-эпидемиологические аспекты). Бишкек, 2012. 233 с.
6. Протезирование полными съемными протезами / Под общ. ред. докт. мед. наук, профессора С.А. Наумовича. Минск: Высшая школа, 2012. 276 с.
7. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии // Профессиональные и медико-правовые аспекты. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 240 с.
8. Рединов И.С., Метелица С.И., Страх О.О. Повышение эффективности повторного лечения пациентов при полном отсутствии зубов нижней челюсти // Фундаментальные исследования. 2014. № 10 (2). С. 356–359.