

ЗНАЧЕНИЕ НЕЙТРАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРЕБАЗИРОВКИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Коннов В.В., Разаков Д.Х., Кленкова М.И., Анисимова Я.Ю.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов, Россия (410012, Саратов, ГСП ул. Большая Казачья, 112), e-mail:mariyam-90@inbox.

Для достижения оптимальной функциональной присасываемости необходимо точное моделирование краев протеза с учетом анатомии протезного ложа, особенно в области нейтральной зоны, обладающей большей податливостью. В ходе обследования было выявлено, что основной причиной ухудшения фиксации явилось несоответствие границ протеза границам протезного ложа, в частности анатомии нейтральной зоны. Значительное удлинение краев протеза приводит к его сбрасыванию, а их укорочение не обеспечивает создание полноценного краевого замыкающего клапана. Удовлетворительная фиксация конструкции при традиционном методе перебазировки возникает в связи со значительной величиной погрешности относительно расположения границ протеза между активно-подвижной и неподвижной слизистой. Проведение перебазировки полных съемных пластиночных протезов с учетом анатомии нейтральной зоны способствует повышению эффективности лечения пациентов с полным отсутствием зубов, позволяет достичь лучшей фиксации, существенно снижая травматическое действие протеза на ткани протезного ложа.

Ключевые слова: нейтральная зона, перебазировка, полный съемный протез.

VALUE OF A NEUTRAL ZONE WHEN CARRYING OUT RELOCATION FULL REMOVABLE THE PLASTINOCNУKH OF ARTIFICIAL LIMBS

Konnov V.V., Razakov D.K., Klenkova M.I., Anisimova Y.U.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia (410012, Saratov, street B. Kazachya, 112), e-mail:mariyam-90@inbox.

For an achievement optimal functional присасываемости the exact design of edges of prosthetic appliance is needed taking into account the anatomy of prosthetic bed, especially in area of neutral zone, possessing greater pliability. It was educed during an inspection, that principal reason of worsening of fixing was disparity of borders of prosthetic appliance to the borders of prosthetic bed, in particular to the anatomy of neutral zone. Considerable lengthening of edges of prosthetic appliance, results in his throwing down, and their shortening does not provide creation of valuable regional closing valve. The satisfactory fixing of construction at the traditional method of shifting arises up in connection with the considerable size of error in relation to the location of borders of prosthetic appliance between an actively-movable and immobile mucous membrane. Realization of shifting of complete removable пластиночных prosthetic appliances taking into account the anatomy of neutral zone assists the increase of efficiency of treatment of patients with complete absence of teeth, allows to attain the best fixing, substantially reducing.

Keywords: neutral zone, relocation, full removable dentures.

Одним из критериев оценки качества ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов является хорошая фиксация и стабилизация протезов. Однако не всегда получается достичь желаемого результата после наложения протеза, или фиксация ухудшается за короткое время пользования. Причиной сложившейся ситуации часто служит несоответствие внутренней поверхности протеза рельефу протезного ложа, отсутствие замыкающего клапана из-за несоответствия границ конструкции анатомии нейтральной зоны. Методом устранения жалоб на плохую фиксацию и стабилизацию полных съемных протезов является проведение перебазировки базиса с учетом нейтральной зоны, либо изготовление нового протеза. Оптимальным решением, на наш взгляд, будет перебазировка

базиса протеза, а формирование границ в пределах нейтральной зоны послужит повышению функциональной присасываемости данных конструкций [3,5].

Целью работы явилось повышение эффективности перебазировки полных съемных пластиночных протезов, путем индивидуального моделирования краев протеза, с учетом нейтральной зоны.

Материалы и методы. Было обследовано 20 пациентов (12 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 62 до 72 лет с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюстях, сроком протезирования не более двух лет. В ходе полного клинического обследования устанавливали тип атрофии челюстей в соответствии с классификацией Оксмана для обеих челюстей и тип слизистой оболочки протезного ложа по Суппли. Проводили качественную оценку фиксации, выявляли взаимосвязь фиксации со степенью атрофии, оценивали положение границ протеза относительно нейтральной зоны. Для оценки удовлетворенности проведенным ортопедическим лечением пациент оценивал свое состояние по ряду критериев: эстетика, комфорт, жевательная функция и речь. Каждый параметр оценивался по пятибалльной шкале:

«5» – настолько хорошо, что не ожидал;

«4» – отлично;

«3» – хорошо;

«2» – удовлетворительно;

«1» – неудовлетворительно.

В исследуемую группу вошли пациенты со средней степенью атрофии альвеолярного отростка и первым типом слизистой по Суппли на верхней челюсти. В зависимости от вида проводимого лечения, обследуемые были разделены на две группы. Первую группу составили 10 пациентов, которым перебазировка проводилась по предложенной нами методике. Во вторую группу вошло то же количество исследуемых, им перебазировка проводилась традиционным способом. Предложенный нами метод перебазировки полных съемных протезов осуществлялся следующим образом: с помощью пальпации определяли активно-подвижную и неподвижную слизистую оболочку протезного ложа с целью выявления нейтральной зоны. Отмечали верхнюю и нижнюю границы нейтральной зоны химическим карандашом или маркером в полости рта. Микрометром измеряли её ширину.

При наложении протеза на его внутренней поверхности отображалась соответствующая граница нейтральной зоны. Края протеза укорачивали по отмеченным ориентирам. По всему периметру наружного края конструкции, на расстоянии 2 мм, создавали уступ, отступя от которого на 1–2 мм, наружную поверхность протеза и искусственные зубы покрывали размягченным базисным воском. Нанеся материал для мягкой перебазировки на внутреннюю

поверхность протеза, конструкцию вводили в полость рта, и пассивными движениями формировали края. После окончательной полимеризации протез выводили из полости рта и удаляли базисный воск. Материал, перекрывая уступ и базисный воск, образовывал объемный край полного съемного протеза. Излишки без труда удалялись фрезой. В последующем полный съемный пластиночный протез полировали и накладывали на протезное ложе.

Результаты исследования. В ходе клинического обследования было выявлено, что из 20 пациентов, обратившихся для повторного протезирования, у 7 (35 %) границы протезов не доходили до нейтральной зоны, у 9 (45 %) перекрывали нейтральную зону с переходом на активно-подвижную слизистую, лишь у 4 (20 %) соответствуют нейтральной зоне, но при этом края истонченные.

Было отмечено, что хорошая фиксация сохранялась у пациентов с 1 и 2 степенью атрофии альвеолярного отростка по Оксману, что составило 17,2 % на верхней челюсти и 6,9 % на нижней челюсти. Удовлетворительная фиксация отмечалась у 61,9 % обследованных, среди которых преобладала 2 степень атрофии по альвеолярному гребню (20,7 % – на верхней челюсти, 27,6 % – на нижней). Неудовлетворительная фиксация отмечалась при 3 и 4 типе атрофии, составляя 13,7 %, из которых 10,3 % приходилась на нижнюю челюсть.

Ширина нейтральной зоны на верхней челюсти в переднем отделе составила $2,21 \pm 0,27$ мм, в области уздечек и боковых тяжей – $0,89 \pm 0,41$ мм, в боковом отделе – $2,54 \pm 0,16$ мм. На нижней челюсти измерения проводили с оральной и вестибулярной поверхности. С вестибулярной поверхности в переднем отделе ширина составила $1,4 \pm 0,17$ мм, в боковом – $1,9 \pm 0,15$ мм, в области уздечек и боковых тяжей – $0,31 \pm 0,17$ мм. С оральной поверхности в переднем отделе ширина нейтральной зоны составила $1,36 \pm 0,12$ мм, в боковом – $1,83 \pm 0,18$ мм, в области уздечки языка – $0,3 \pm 0,17$ мм.

Наблюдаемые с обеих групп остались довольны проведенным лечением. Однако эффективность перебазировки у пациентов первой группы выше, чем у пациентов 2 группы. Фиксация протезов на верхней челюсти у 6 пациентов первой группы была отмечена как отличная (60 %), у 4 (40 %) как хорошая. У 8 (80 %) пациентов из второй наблюдалась удовлетворительная фиксация и у 2 (20 %) – хорошая. У пациентов первой группы края протеза находились в пределах нейтральной зоны. При проведении перебазировки по традиционной методике у 2 пациентов второй группы отмечалось перекрытие нейтральной зоны, а в 3 случаях края конструкции не доходят до её нижней границы. Величина перекрытия составила в переднем отделе $3,2 \pm 0,14$ мм, а в боковом $3,6 \pm 0,44$ мм. В случаях, когда края протеза не доходят до её наружной границы, погрешность составляет в переднем отделе $2,54 \pm 0,34$ мм, в боковом – $3,82 \pm 0,42$.

Проводя оценку удовлетворенности пациентов ортопедическим лечением, с учетом всех рассматриваемых параметров, результаты показали, что обследуемые 1-ой группы в большей степени удовлетворены проведенным лечением, чем 2-ой группы. Результаты были оценены пациентами по трем показателям из пяти, соответственно: настолько хорошо, что не ожидал, отлично и хорошо. Пациенты первой группы по всем критериям высоко оценивали результат лечения. Более 50 % пациентов данной группы дали оценку «н настолько хорошо, что не ожидал», а у пациентов второй группы данный результат наблюдался менее чем у 20 % случаев. Необходимо отметить, что во второй группе пациенты в меньшей степени были удовлетворены комфортом и жевательной функцией.

Обсуждение. В ходе обследования было выявлено, что основной причиной ухудшения фиксации явилось несоответствие границ протеза границам протезного ложа, в частности, анатомии нейтральной зоны. Значительное удлинение краев протеза приводит к его сбрасыванию, а их укорочение не обеспечивает создание полноценного краевого замыкающего клапана. Устойчивость нижнего полного съемного протеза слабее в сравнении с верхним протезом из-за анатомо-физиологических особенностей, таких как небольшая протяжённость протезного ложа, большая подвижность челюсти в результате прикрепления к ней жевательной мускулатуры и наличия часто гипертрофированного языка [1, 2, 4].

Хорошей фиксации способствовало соответствие границ протеза с топографическим расположением нейтральной зоны, что мы и наблюдали у пациентов первой группы. При этом незначительное удлинение краев в пределах $0,96 \pm 0,36$ мм не сказывалось на ухудшении фиксации, а наоборот, создавало усиление фиксации с эффектом присасываемости, за счет того, что эта погрешность соответствует высоте купола объемно сформировавшегося края протеза, приводящий к точному прилеганию активно-подвижной слизистой по периметру протезного ложа и образованию замыкающего клапана.

Удовлетворительная фиксация конструкции при традиционном методе перебазировки возникает в связи со значительной величиной погрешности относительно расположения границ протеза между активно-подвижной и неподвижной слизистой. Следует отметить, что при переходе краев протеза на активно-подвижную слизистую более чем на 0,8 мм отмечается его сбрасывание.

Выводы. Таким образом, проведение перебазировки полных съемных пластиночных протезов с учетом анатомии нейтральной зоны способствует повышению эффективности лечения пациентов с полным отсутствием зубов. Позволяет достичь лучшей фиксации, существенно снижая травматическое действие протеза на ткани протезного ложа.

Список литературы

1. Жолудев С. Е. и соавт. Способы улучшения фиксации полных съемных протезов путем оптимизации получения функциональных оттисков // Панорама ортопедической стоматологии / Часть первая. – 2004. – № 2. – С. 34-39.
2. Ковалева И. А. Сравнительная характеристика способов конструирования полных съемных зубных протезов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2007. – 20 с.
3. Лебеденко И.Ю., Каливрадзиян Э.С., Ибрагимов Т.И. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. – М., 2005. – 397 с.
4. Marxkogs R. Полные съёмные протезы // Новое в стоматологии. – 2004. – №7. – С. 36-49.
5. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М., Фадеев Р.А. Ортопедическая стоматология. – С.Петербург: Изд-во «Фолиант», 2010. – 656 с.

Рецензенты:

Еремин О.В., д.м.н., доцент, зав. кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Булкина Н.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.