

*Anton V. Berlov,
MD, Professor,
Academician Russian Academy of Natural History,
Chief physician of the Scientific and Practical Centre "Health"*

*Irina Y. Nikolaeva,
MD, Advisor to Russian Academy of Natural History,
Chief of the department of dentistry CC FCS RF*

Prosthetics of Patients with Complex Oral Topography

Key words: *removable prosthetic repair, surgical preparation, prosthetic bed, disturbance of a hemodynamic.*

Annotation: *In article, it is considered the method of replacement of teeth with removable prostheses and the critical aspects of this type of treatment assuming correction of anatomical structures in the surgical way is considered.*

По данным отечественных и зарубежных авторов до 25 процентов больных не могут пользоваться протезами для беззубых челюстей. Эффективное лечение данной патологии, особенно при сложных топографических условиях, является одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии, которая до сих пор не получила полного разрешения.

В век профилактической стоматологии и появления сложных методов замещения зубов, например, с помощью имплантатов, обычные полные съёмные протезы всё ещё используются в ортопедической стоматологии. Одним из критических аспектов этого вида лечения является правильная подготовка протезного ложа, предполагающая коррекцию анатомических структур или сложных топографических условий хирургическим путём, включающая в себя: наличие выраженного торуса (рис.1), экзостозов (рис2), значительной атрофии альвеолярного гребня, сухой истончённой слизистой оболочки. Можно использовать и нехирургический подход, если это желание пациента.



Рис. 1

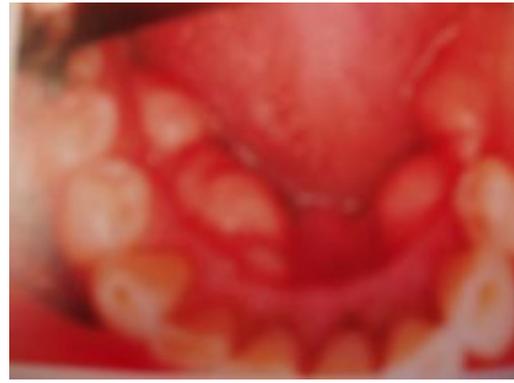


Рис. 2

Часто применяются обе формы лечения. При нехирургическом методе лечения в условиях выраженного торуса и экзостозов, эти участки обычно изолируются от базиса протеза, выключая их из общей площади опоры протеза, увеличивая нагрузки на остальные участки

протезного ложа. При этом изоляция создаётся на произвольную глубину и размер, что в свою очередь не гарантирует возможного сдавливания этих образований после погружения базиса протеза в ткани ложа в периоде адаптации. Произвольная гравировка моделей для усиления заднего клапана ведёт к тому, что этот искусственный кант сдавливает нёбные артерии при выходе их на поверхность твёрдого нёба, затрудняя приток артериальной крови к тканям протезного ложа и вызывая в них нарушения обменных процессов, характеризуемые большими ощущениями жжения, быстрой утомляемостью слизистой оболочки, что некоторыми врачами стоматологами диагностируется как аллергическая реакция на материал протеза, но не подтверждается при проведении аллергических проб. Нарушение гемодинамики под базисом протеза, кроме ухудшения обменных процессов, вызывает ослабление буферных свойств сосудистой сети, что ведёт к нарушению стабилизации протеза. Все эти недостатки могут послужить причиной для хирургического вмешательства, что в свою очередь снизит нагрузку на ткани протезного ложа и максимально улучшит стабилизацию съёмных протезов.

При хирургической подготовке протезного ложа съёмного протеза следует рассмотреть возможность удаления костных поднугрений, мешающих правильному расположению границ протеза. При наличии поднугрений в зоне бугров и в области переднего альвеолярного отростка их удаляют хирургическим путём только в зоне бугров. Это даст возможность сохранить важный передний ретенционный участок протеза. Поднугрения альвеолярного отростка нижней челюсти, которые, по-видимому, мешают обычному способу установки съёмного протеза, следует тщательно изучить. Если возможно найти путь введения протеза, то этот способ следует предпочесть хирургическому вмешательству.

Также хирургическая подготовка показана при выраженных костных выступах альвеолярного отростка которые обычно являются источником хронических болей и дискомфорта при пользовании съёмными протезами. Это явление чаще возникает в передней части альвеолярного отростка нижней челюсти из-за того, что во время операции удаления зубов не удаётся снять и загладить межзубные перегородки (рис3).



Рис. 3

В передней части верхней челюсти это встречается реже. Для клинической оценки ситуации врач должен использовать рентгеновские снимки и данные объективного обследования, чтобы исключить общие системные заболевания. Гребень альвеолярного отростка может быть бритвообразным, пилообразным или иметь большие остrokонечные выступы на рентгенограмме. При пальпации подозрительных участков обычно выявляется боль.

Лечение заключается в коррекции окклюзии и протеза. Часто это даёт лишь временное облегчение. Можно попробовать также хирургическое вмешательство, но оно бывает более успешным в тех случаях, когда альвеолярный отросток широкий и имеет некоторую клиническую высоту. Хирургическое удаление острых костных выступов может привести к утрате даже того небольшого протезного ложа, которое существует.

Костные гребни могут стать препятствиями при изготовлении съёмного протеза нижней челюсти, особенно при резорбции задней части нижней челюсти. Мягкие ткани, лежащие над этими структурами, обычно тонкие. Этот фактор мешает созданию правильной язычной границы протеза в области челюстно-подъязычного пространства. В результате теряется стабильность и ретенция съёмного протеза. Острые костные выступы необходимо сгладить хирургическим путём, если они при обследовании полости рта болезненны при пальпации.

Хирургическому вмешательству может быть подвергнута костная выпуклость, расположенная вдоль срединно-нёбного шва, которая создаёт значительные проблемы при изготовлении полного съёмного протеза для верхней челюсти. Нёбные бугры могут иметь различные размеры: от горошины до большой многодольной структуры. Последняя может заполнить свод нёба и выйти за его пределы. Мягкая ткань, покрывающая эти бугры, тонкая, поэтому если протез делается поверх бугров, то необходимо предусмотреть соответствующий внутренний рельеф протеза, чтобы не раздражать слизистую оболочку. Если бугор продолжается кзади до перехода твёрдого нёба в мягкое, его следует удалить. Большой нёбный бугор, в поднутрения которого попадает пища, вызывая раздражение тканей, также удаляют, так как в противном случае протез будет неустойчивым и у пациента возникнут затруднения с речью. Нижнечелюстной бугор считается более значительной помехой для успешного изготовления съёмного протеза, чем верхнечелюстной. Поэтому перед протезированием его часто удаляют. Нижнечелюстные бугры обычно двусторонние и

располагаются на язычной поверхности альвеолярного отростка в области отсутствующих клыков и премоляров. Слизистая оболочка, покрывающая их, тонкая и подвергается постоянному раздражению от протеза. Эти бугры мешают правильному прилеганию язычного края протеза к альвеолярному отростку и поэтому их нужно удалить хирургическим путём.

Неблагоприятное положение уздечек может приводить к смещению протеза и плохой его фиксации в полости рта. И тогда это необходимо исправить это хирургическим путём. Уздечки - это волокнистые полосы ткани, которые могут иметь несколько складок подвижной слизистой оболочки. Эти структуры прикреплены к кости, но они расположены ближе к поверхности, чем прикрепление мышц. Обычно они находятся в губной, язычной и щёчной зонах. Все уздечки, когда они расположены слишком близко к гребням альвеолярных отростков (рис4-5), мешают созданию правильных границ протеза, что ведёт к плохому прилеганию его краёв и образованию в протезе участков, подверженных переломам. Случаи, когда большой вырез для уздечки на средней линии в сочетании с диастемой между центральными резцами приводил к переломам в этой области, не единичны.



Рис. 4



Рис. 5

Вызывает опасение при протезировании так называемый «болтающийся» гребень альвеолярного отростка. Такой гребень может быть значительным препятствием для успешного изготовления съёмных протезов. Примером участка, где он часто встречается, является бугор верхней челюсти. Определение причины развития фиброзной ткани гребня часто не представляется возможным. Терапевтическое вмешательство определяется степенью развития фиброзной ткани и её расположением. Если фиброзную ткань можно удалить и при этом останется достаточная высота альвеолярного отростка для опоры и ретенции протеза, можно рассматривать вопрос о хирургической операции. Такой метод лечения используется главным образом в тех случаях, когда участок фиброзного гребня хорошо определён и ограничен. Удаление фиброзной ткани может улучшить устойчивость протеза, но при этом может создать такую ситуацию, когда высота альвеолярного отростка будет недостаточной для обеспечения необходимой ретенции протеза. Стоматолог должен тщательно проанализировать каждую ситуацию и выбрать такой метод лечения, который обеспечит наилучшие результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Съёмный протез является многокомпонентным, неадекватным раздражителем на слизистую оболочку и другие ткани протезного ложа. Он вызывает многочисленные отрицательные реакции со стороны слизистой оболочки, покрывающей альвеолярный отросток, свод преддверия полости рта. Поэтому врач обязан оценить и определить необходимость каких-либо изменений протезного ложа и разъяснить больному значение подготовки альвеолярных отростков и окружающих тканей к протезированию.

References:

1. *Desjardins RP, Tolman DE. Etiology and management of hyper mobile mucosa overlying the residual alveolar ridge: Prosthet Dent, 1984.*
2. *Filler WH. Modified impression technique for hyperplasic alveolar ridges: Prosthet Dent, 1971.*
3. *Ogle R. Preprosthetic surgery: Dent Clin North Am. 1977.*