

Гаданий винахід відноситься до медицини, а саме - до стоматології, та може використовуватися при виготовленні часткових знімних протезів, застосовуваних до лікування часткової вторинної адентії.

Лікування часткової вторинної адентії здійснюють ортопедичним способом з використанням необхідних ортопедичних протезів до нормалізації саме зубощелепної системи. (Е.І.Гаврілов, І.М.Оксман "Ортопедична стоматологія". - М., "Медицина", 1978 р., с 2-5).

При ортопедичному лікуванні одночасно вирішуються як питання протезування - відновлення функції жувального апарату, так і усунення косметичних дефектів. (М.А.Темірбаєв, Б.Д.Хасенова "Ортопедичне лікування хворих при повній втраті зубів", - Алма-Ата, Б.И., 1991 р., с. 1-11).

При недостатності фізіологічних резервів пародонта, що має місце при значному ураженні зубних рядів, для опори протезів використовують альвеолярні беззубі відростки тіла щелепи та тверде піднебіння. Такі протези називаються частковими пластинчастими знімними протезами, передаючими навантаження через тканини, непристосовані до нього. При часткових дефектах зубних рядів змінюється функція жування: виникають нефункціональні центри та фіксовані функціональні центри відкушування та розжовування. Така перебудова функції жування обумовлює зміну діяльності м'язів та динаміку рухів нижньої щелепи. Це в свою чергу змінює характер та час навантаження на залишені зуби: перші, що мають антагоністів, більш тривалий час знаходяться під тиском, інші фактично виключені з функції жування.

Перебудова в зубощелепній системі клінічно виявляється різноманітною деформацією зубних рядів внаслідок зміни кісткової тканини. Ці зміни, в свою чергу, доводять до змін оклюзійних відношень верхнього і нижнього зубних рядів, тобто виникає феномен Попова-Годона. Характерними ознаками його являються:

- а) нахилення зубів в бік дефекту;
- б) вертикальне переміщення зубів-антагоністів, розміщених в області дефекту, та нахилених зубів;
- в) порушення оклюзійної поверхні зубного ряду.

Виразність феномена: чим більше дефект та чим більше минуло часу з моменту порушення цілості зубного ряду, тим більш яскраво він виявлений. (В.Ю.Курляндський "Учебник ортопедической стоматологии" - М., Медиц., 1962 г., с.220).

Внаслідок адентії та виразності феномена залежно від часу втрати зубів відбувається зміна у м'язовій системі, яка проявляється в першу чергу асиметрією тонуса та зменшенням жувальної сили м'язів на стороні дефекта зубного ряду. В області дефекту зубного ряду слизова оболонка має різну податливість та зуби, які залишилися в зубних рядах обох щелеп, мають різну міру заглиблення при змиканні щелеп.

Багато авторів звертались до вивчення та удосконалення методики виготовлення часткових знімних протезів. Каливраджиян Є.С., Лесних Н.И. ("Определение зон перегрузки слизистой оболочки протезного ложа после фиксации съёмного протеза". "Стоматология", 1987 г., т. 66, №6, с. 55-58), виявляли зони підвищеного перевантаження слизової оболонки під базисом знімного протезу, внаслідок чого були знайдені ділянки гострого травматичного запалення слизової* оболонки протезного ложа в цих областях.

Васіленко З.С. ("Сроки и характер адаптации слизистой оболочки полости рта к съёмным протезам по данным функционального и морфологического состояния в рецепторном аппарате", Краткие тезисы съезда стоматологов УССР №5, Одесса, 1978 г., с. 224-227), рахує, що будь-який знімний протез є комбінованим дратівником, виявляючим на слизову оболонку протезного поля та її нервово-рецепторний апарат механічний, хімічний, сенсорилюючий та термоізолюючий вплив. Залежно від фізико-хімічних властивостей знімних протезів, якості їх виготовлення та індивідуальної реактивності організму людини, характер та строки адаптації людини до протезу будуть різнозначними.

Тому, враховуючи складність цієї проблеми, ми вирішили повернутись до питання виготовлення часткових знімних протезів, приймаючи до уваги податливість слизової оболонки протезного ложа.

Мірзаян А.А. ("Особенности конструирования базиса пластмассовых пластиночных протезов с учетом податливости слизистой оболочки протезного ложа", Киев, 1983 г.), працюючи за аналогічною темою, відзначив, що абсолютними свідченнями до застосування компенсаторних камер є виникнення ускладнень слизової оболонки протезного ложа, а відносними свідченнями - балансування та погана фіксація пластиночних протезів.

Автор досліджував стан слизової оболонки протезного ложа, попереджуючи клінічні виявлення, шляхом дослідження цитологічних показників приладом - "електронним вимірювачем піддатливості слизової оболонки протезного поля" у різних зонах верхньої та нижньої щелеп. Якщо відмінність піддатливості між максимальними та мінімальними величинами у різних зонах слизової оболонки менше 0,3 мм, то одержували розвантажуючі відтиски, а якщо різниця - 0,3мм та більше, то компресійні. До кращої фіксації пропонують визначити центральну оклюзію, просвердливши у цупкому базисі 6-7 відтулин, одержати функціонально-повноцінний відтиск. Менш піддатливі зони слизової оболонки протезного ложа обкреслювали на моделі, після цього в них вміщали свинцеві прокладення різної форми та товщини, міцно обтискували пальцями та приклеювали (для ізоляції малорухливих зон слизової оболонки протезного ложа). Після цього виймають свинцеві прокладення, відгладжують гострі краї.

Копейкин В.Н. ("Ортопедическая стоматология" - М.: Медицина, 1988 г., с. 236-239), пропонує практичну методику виготовлення часткових знімних протезів, яке коїться по алгоритму: отримання відбитку, виготовлення оклюзійних віскових шаблонів з прикусними валиками, визначення центральної оклюзії, дагіпсовка моделей до оклюдатора, визначення конструкції складових частин протеза, вибір та вмотовлення фіксуючих пристосувань, розстановка штучних зубів, остаточне моделювання, заміни воску на пластмасу, шліфування та полірування протезу.

Дана методика, як найбільш близька по конструктивному рішення та функціональному призначенню до пропонуваної, обрана нами у якості прототипу. Методика-прототип дозволяє виготовити ортопедичний протез, який буде замінювати естетичний дефект, повторювати рельєф слизової оболонки протезного ложа, а також відновлювати жувальну та травну функцію організму в цілому.

Однак методика-прототип має ряд істотних недоліків:

- 1) ця технологія не враховує різницю у піддатливості тканин протезного поля;

2) не враховує стан залишившихся зубів;

3) не враховує розтяг вв'язаного апарату та жувальних м'язів, підіймаючих нижню щелепу.

З метою індивідуалізації часткових знімних протезів та поліпшення функціональних результатів ми пропонуємо деякі зміни у технології їх виготовлення.

Для цього під час визначення центральної оклюзії необхідно проводити попередню притирку оклюзійних валиків з послідовним зняттям оклюзійних відбитків під жувальним тиском разом з валиками. З цією метою у воск верхнього оклюзійного валика додається №3 кварцевого піску або корунду.

Використовуючи воскові шаблони фіксується нейтральна позиція нижньої щелепи (на 2-3 мм вище висоти центральної оклюзії).

Далі в дистальних ділянках нижнього валика приклеюють кульку м'якого воску та просять пацієнта закрити рота у попередній оклюзії, як раніше. Зайвий воск видавиться під тиском, а частина його виповнить так званий трикутник христексеня. Після охолодження нижнього воскового шаблону його знову поміщують до ротової порожнини, а на верхній щелепі розм'якшують задні ділянки оклюзійних валиків та просять пацієнта зімкнути щелепи у позиції центральної оклюзії. За рахунок воску нижнього валика видавлюється воск в задніх ділянках верхнього валика, тобто утворюється сагітальна індивідуальна оклюзійна крива. Лишки воску зрізаються.

З метою рівномірності тиску нижньої щелепи до верхньої, жувальними м'язами з обох боків та в рахунок індивідуальних бокових рухів щелепи проводили притирку нижнього оклюзійного валика об верхній до щільного змикання зубів, які залишились антагоністів або до упору нижніх зубів до воск-корундового валика на верхній щелепі.

Далі береться спеціальна ложка з прорізом посередині жолоба ложки. Її борти обхвачували як верхню, так і нижню щелепи. Тонким шаром розміщується "Сіеласт" одного приготування під оклюзійний валик, а також у ложку знизу та зверху. Вводились шаблони з відбитковою масою. Відбитки знімалися під жувальним тиском. За повними оклюзійними відбитками виготовлялись моделі та гіпсувались в оклюдаторі.

Перевага одуження відбитків одночасно з обох щелеп під жувальним тиском складається в тому, що дозволяє рівномірно відбити слизову оболонку альвеолярного відростку. Наявність оклюзійного контакту зубів, які залишились, дозволяє зафіксувати на моделі та в оклюдаторі положення зубів, які залишились у ротовій порожнині, враховуючи різну їх податливість відносно один одного.

Таким чином в нашій пропонуємі технології виготовлення часткових знімних протезів під час притирки оклюзійних валиків враховується індивідуальний характер рухів нижньої щелепи та нівелюється функціональна асиметрія жувальних м'язів, чим досягається рівномірність притиску оклюзійних валиків в області альвеолярних відростків в період зняття відбитків під жувальним тиском. Виготовлення моделей по взаємним відбиткам з фіксацією і до оклюдатора в положенні центральної оклюзії дозволяє проводити постановку штучних зубів з урахуванням адантованої протетичної площини по оклюзійним валикам, що створює умови рівномірного тиску та оклюзійну плоскість натуральних зубів, які залишились, та штучної частини зубного ряду в часткових знімних протезах.

Приклад клінічного застосування:

Хворий Б. звернувся для протезування з скаргами на: косметичний дефект за рахунок значної відсутності зубів на нижній та верхній щелепах; на неможливість відкушування та старанного пережовування їжі, а також на значно змінювану дикцію.

В результаті зовнішнього огляду визначено, що обличчя симетричне, лімфатичні вузли не збільшені, безболісні, верхня губка схилина. Прикус фіксуючий;

0 000000	000000 0
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
0 000 00	00 00000

На верхній та нижній щелепах визначена часткова відсутність зубів. Зуби були віддалені по приводу ускладненого карієсу, а також парадонтиту. Зуби, які залишились, стійкі, перкусія та пальпація безболісні, корені зубів оголювані на 1/4.

Слизова оболонка порожнини рота в області ясен, альвеолярних відростків та піднебіння блідно-тросяного кольору, баз патологічних змін, безболісна. В областях зубів є зубні відкладання, зубоясневі

7
7 3 3

сосочки гіпертрофіровані, трохі набряклі, гіпереміровані.

В результаті отриманого анамнезу, враховуючи скарги та дані об'єктивного дослідження, був поставлений діагноз:

Часткова повторна адентія. Дефект зубного ряду по Кеннеді на верхній щелепі - III клас, на нижній - II клас. Утрата жувальної ефективності 30%.

Хворому відрекомендовано виготовити: частковий знімний протез на верхню щелепу з кламерною фіксацією на 71 зуб, та частковий знімний протез на нижню щелепу з кламерною фіксацією на 713 зуби.

Пропонуюча технологія виготовлення часткових знімних протезів дає змогу максимально враховувати індивідуальні особливості ротової порожнини та рухів нижньої щелепи пацієнту, тож покращити якість медичної допомоги населенню.

До теперішнього часу автори знайшли клінічне застосування даної методики. Вона використана на 20 хворих. В усіх випадках одержано позитивний ефект.

План лікування

Дата	Склад роботи	
01.12.93 р.	1	Огляд хворого. Постанова діагнозу та плану лікування. Знімання анатомічних відбитків на верхній та нижній щелепах "Сиеластом 20" + " Сиеластом 21". Лабораторний етап:
03.12.93 р.	2	Одержання гіпсових моделей. Виготовлення оклюзійних віскових шаблонів з прикусними валиками. До воску верхнього оклюзійного валика додають №3 кварцевий пісок.
	3	Визначають центральну оклюзію, попередньо зробивши притирку оклюзійних валиків до висоти центральної оклюзії. Знімають повні оклюзійні відбитки під жувальним тиском разом з верхньої та нижньої щелеп. Лабораторний етап:
	4	По відбиткам виготовляють моделі та гіпсують до оклюдатора в положенні центральної оклюзії. Визначають конструкції складових частин протезу, вибирають та виготовляють фіксуючі улаштування. Виконують постанову штучних зубів, остаточне моделювання, зміну віску на пластмасу, шліфування та полірування протезу.
10.12.93 р.	5	Віддача протезу. Хворому були подані рекомендації по догляду за протезом.
13.12.93 р.	6	Корекція протезу.