

УКРАЇНСЬКИЯ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ АЛЬМАНАХ 2005

Полтава

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ 2005, №2

А.В.Вербицкая ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	39
О.В.Шешукова,В.П.Труфанова ПОКАЗНИКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ У РЕГІОНІ З ВИСОКИМ УМІСТОМ ФТОРУ В ПИТНІЙ ВОДІ	
короткі повідомлення	45
О.Ю. Шульженко, Ю.И. Силенко НОВЫЕ ПОДХОДЫ К НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ	45
ПИТАННЯ МЕТОДОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА НАУКИ	50
Ю.І. Мастеров, О. Б. Рубаненко, Л.П. Вонсович МЕТОДИ І ФОРМИ ІНТЕГРУВАННЯ ЗНАНЬ У ВИКЛАДАННІ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І МІЖОСОБОВОГО СПІЛКУВАННЯ	50
П.Н.Скрипников, Т.А.Хмиль МАСТЕРСТВО НАЧАЛА ДЕЛА	52
огляди	55
Н.Н Клепач КОНСТРУКТИВНЫЕ РЕШЕНИЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	55
ПОЗДОРОВЛЕННЯ	58
ΠΟ ΥΒΑΓИ ЧИΤΑЧΙΒΙ	59



УДК 616.716.1-089.168-06

КОНСТРУКТИВНЫЕ РЕШЕНИЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ПОСЛЕОПЕ-РАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (обзор литературы)

Украинская медицинская

стоматологическая академия,

г. Полтава

Сложной проблемой ортопедической стоматологии является выбор конструкции и последующее изготовление протеза для больных, перенесших резекцию верхней челюсти, при которой обычно удаляют тканевые структуры, необходимые для фиксации съемного протеза: зубной ряд, альвеолярный отросток, половину неба и др. [5, 9].

При дефектах верхней челюсти на замещающий протез действуют силы тяжести, тяги и давления. Тяжесть обусловлена массой протеза и вызывает его опускание вниз. Тяга протеза - действием клейкой пищи, что увеличивает опрокидывающий момент, вызванный тяжестью. Давление возникает при акте еды. Под воздействием жевательной нагрузки протезы смещаются в разных направлениях. Если протез имеет одностороннюю костную опору, он является постоянным мощным рычагом воздействия на опорные зубы [1].

На этом основании протезы часто делают пустотелыми, сводя к минимуму их массу [1, 17, 21].

Существуют различные методы изготовления пустотелой части: открытой и закрытой, с использованием давления, воды и без него изготовлением обтурирующей части из самотвердеющей пластмассы и методом литьевого прессования. Они имеют свои преимущества и недостатки [7,19].

Фиксация протезов на одном или двух оставшихся зубах при односторонних дефектах верхней челюсти оказывается совершенно недостаточной [8, 11, 12]. Горизонтальный компонент силы тяжести и давления, приложенный к опорным зубам, является причиной деструктивных изменений в тканях пародонта и возникновения патологической подвижности зубов.

Проанализировав 142 раннее изготовленных протезов, Э.Я. Варес, Г.П. Кнотько [2] пришли к выводу, что у всех больных их фиксация перво-

начально была осуществлена за счет простых через 1-2 года опорные зубы пришлось удалять ввиду их подвижности.

Исходя из этого, ими был предложен S - образный лабильный дентоальвеолярный кламмер, обеспечивающий лучшую фиксацию резекционного протеза при непрерывности зубного ряда.

Е. Minde-Mohr [17] предлагает объединить оставшиеся зубы в блок, R. Biffar, Ch. Кеhmeier [4] при обширных дефектах верхней челюсти с целью улучшения фиксации протеза и тем самым отдаления срока рецидива опухолей, прорастающих в полость носа и околочелюстные пространства, выбором средства фиксации замещающего протеза считают конусные коронки; D. Marie, B. Dimitrijevic [15] предлагают телескопическую систему фиксации.

W. Kühl [14] для достижения лучшей стабилизации протезов на верхнюю челюсть после резекции, особенно по отношению к действию нагрузки на растяжение и давление, предлагает литые кламмера на опорные зубы, имеющие в апрокси- мальной зоне с небной и вестибулярной сторон достаточное количество насечек, компенсирующих нагрузку на растяжение и давление.

S. M. Wright, E.A. Pullen-Warner, D.R. Tissier [23], проанализировав в лабораторном эксперименте величину смещения в 2-х направлениях каждого из 7 опорных зубов, вызванного обычными типами кпаммеров (как при наличии шинирования, так и без него), пришли к выводу, что каркас, удерживаемый с помощью литых периферических кламмеров, вызывает меньшее смещение опорных зубов при отсутствии шинирования и распределяет давление более равномерно.

Однако, какие бы ни были предложены изощренные методы фиксации замещающих протезов, все же они будут оказывать повышенную нагрузку на опорные зубы. Для предотвращения этих вредных моментов ряд авторов предлагают проводить тщательное изучение моделей в па- раллелометре. [3, 16].

тах верхней челюсти изучение моделей в парал-

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ 2005, №2

лелометре предполагает определение ретенционных участков в пределах протезного ложа. Необходимы биомеханические расчеты фиксации протезов с целью изыскания возможности минимальной нагрузки на опорные зубы. [20].

Еще одним важным моментом равномерного распределения давления целиком на протезное ложе является податливость слизистой оболочки.

Однако, как показали исследования Л.Б. Ерис [3], традиционная методика измерения податливости имеет недостатки.

По данным А.Б. Беликова [1], значительных колебаний в податливости рубца, расположенного в передней и средней третях неба, нет. Среднее значение величины податливости рубцовой ткани составляет 0.22 ± 0.05 мм. В то время как в задней трети неба наблюдается синхронный рост величины податливости слизистой оболочки как рубца, так и окружающих его тканей. Податливость рубцовой ткани в этой зоне составляет 0.45-0.05 мм. Это объясняется особенностью анатомической структуры мягких тканей и образованием более нежного послеоперационного рубца.

Если под слизистой оболочкой в области дефекта нет костной основы, то податливость определяется степенью смещаемости мягких тканей. В участках, где неподвижная слизистая оболочка расположена на костной ткани, податливость определяется сжимаемостью соединительной ткани при насильственном воздействии.

Из приведенного можно сделать вывод, что учет степени податливости слизистой оболочки всего протезного ложа и области дефекта в частности позволяет изготавливать замещающий протез, который равномерно передает жевательное давление и является малотравматичным.

При удалении опухолей верхней челюсти иногда необходима резекция не только верхней челюсти, но и твердого и мягкого неба. Это отрицательно влияет на речевую функцию и ограничивает жевательную способность [6, 18, 22].

Попытки воссоздания задней части базиса замещающего протеза в виде небной занавески были безрезультатны: в одних случаях материалом для мягкого обтуратора служил силикон, который разлагался в полости рта больного, а жесткая обтурирующая часть оказывала давление на остатки мягкого неба и травмировала их [10].

Нарушение артикуляции, затруднение при глотании и эстетический дефект, от которого эти пациенты значительно страдают, при использовании протеза обтуратора значительно уменьшается [13].

Однако остаются нерешенными вопросы при-

менения альтернативного метода фиксации резекционных протезов в зависимости от клинических условий с учетом степени податливости слизистой оболочки всего протезного ложа и области дефекта в частности; изучения моделей в парал- лелометре с прогностическими параметрами; изготовления замещающей части протеза, обращенной операционной ране из более индифферентного материала; воспроизведения В протезе звуковоспроизводящей камеры.

Все это позволит в дальнейшем изготавливать малотравматичный, эстетичный замещающий протез с равномерной передачей жевательного давления во всех плоскостях.

Література

- 1. Бєліков О.Б. Динаміка піддатливості слизової оболонки протезного ложа, рубцевої тканини в ділянці меж післяопераційного дефекту щелеп //Вісник проблем біології і медицини .- 2002. Вип. 7-8,- С.74-76.
- 2. Варес Э.Я., Кнотько Г.П. Замещающие протезы верхней челюсти. К.: Здоров'я, 1981. 56 с.
- Єрис Л.Б. Характеристика податливості слизової оболонки протезного ложа беззубих щелеп // Вісник стоматології. - 1999. - №2. - С.51-52.
- Шупяцкий И.М. Фонетические особенности речевых звуков в зависимости от объема стоматологических вмешательств. // Современная стоматология. - 2003. - №1. - С. 4-5.
- Brown K.E. Peripheral Consideration in Improving Obturator Retention. *IIIJ*. prosth. Dent.- 1968. -20. -№2.-P.176-181.
- 6. Biffar R., Kehmeier Ch. Zur Indikation. Konstruktion und Bewährung von Derektprothesen in Oberkiefer //Disch. zahn. Z 1986. 41. №12. 1214-1219.
- 7. Brudvik J.S., Nelson D.R. Adult palatal expansion prostheses *IIJ*. prosthet. Dent. 1981. 45. №3.-P.315-320.
- Chalian V.A., Barnett M.O. A New Technique for Constructing a One-piece Hollow Obturator after Partial Maxillectomy //J. prosth. Dent. - 1982, - 28. -№4. - P.448-453.

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ 2005, №2

- Hashimoto Y., Suzuki R., Hideshima M. et al. Proposal for new classification (VHS classification) of maxillary defects (in Japanese, English abstract). //Maxillofacial Prosthetics. -1991. - 14. - P. 76-92.
- 10. Palmer 8., Coffey K.W. Fabrication of the hollow buld obturator //J. Prosth. Dent. 1985. 53. №4. P.595-596.
- 11. El Mahdy A.S. processing of Hollow Obturator //J. prosth. Dent. 1969. 22. № 6. P.682- **686**.
- Fraccari F., Bogini A., Lorenzetti M. Protesi maxillo-facciale: otturata i palatini. Principi di trattamento e riabilitazione diun caso di comunicazi- one bucco-rinosinusale // Minerva Stomatol. - 1990. - 39.
 Nº 4. - P.293-300.
- Kleinfinger S. La prothese immediate adjointe //Rer. Odontostomat. (Paris).
 -1977.-6,-№4.-292-295.
- Knapp J.G. Vereinfachte Merstellung einer prothese mit hoblem Obturater. //Dent. Labor. -1985. -33. -№1. -63-64.
- 15. Knapp J.G. A simplified approach to the fabrication of a maxillary hollow obturator prosthesis *II J*. prosthet. Dent. -1984,- 51.- №1. 67-69.
- Kombiith AB, Zlotolow IM, Gooen J. Quality of life of maxillectomy patients using an obturator prosthesis //Head Neck .-1996. - Jul-Aug. -18,- 4. -323-34.
- Kühl W. Diegegossene Pfeilkiammer als Veran Kerungselemt füz Ober Kieferresektions prothe- sen am Restgebig. //Dtsch. Zahnärrtl. Z..- 1984.- 39.
 -№17.-502-503.
- 18. Marie D., Dimitrijevic B. Teleskopkronen in Verbindung mit Postre **Sektion** sprothese //Ost. Dent. Z. 1981. 23. №10. 225-232.
- Marunick M.T., Mathog R.H. Mastication in patients treated for head and neck cancer: A pilot study // J. prosthet. Dent. - 1990. - 63. - P. 566-73.
- 20. Mindl-Mohr E. Die Herstellung einer Rezektionsprothese mit hohlem //Defektkloss Zahntechnik, 1986. -24,- №10.-443-450.
- Miyashita K. Denture mobility of complete dentures during function (in Japanese, English abstract.) // J. Stomatol. Soc. Jpn. - 1997,- 64. - P. 223-42.
- 22. Shifman A, Kusner W. A prosthesis fabrication technique for the edentulous maxillary resection patient//J Prosthet Dent 1986 Nov 56:5 586-92.

- 23. Tanaka Y., Gold H.O., Pruzansky S.A. Simplified Technique for Fabrication a Lightweight Obturator //J. prosth. Dent. 1988. 38, № 6, P. 638- 642.
- 24. Rendell J., Grasso J.E., Gay T. Retention and stability of the maxillary denture during function *IIJ*. prosthet. Dent. 1995. 73. P, 344-7.
- 25. Wright S.M., Pulien-Warner E.A., Le Tissier D.R. Design for maximal retention of obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients //J. prosthet. Dent. -1988.-47. №1. P. 88-91.

Стаття надійшла 18.03. 2005 р.

Резюме

При дефектах верхньої щелепи на замісний протез діють сили ваги, тяги і тиску. Під впливом жувального навантаження протези зміщуються в різних напрямках. Якщо протез має однобічну кісткову опору, він є постійним потужним важелем дії на опорні зуби.

У роботі наведений огляд літератури з питань фіксації резекційних протезів верхньої щелепи після однобічної резекції.

Однак, запишаються невирішеними питання виготовлення частини замісного протеза, зверненого до операційної рани, з більш індиферентного матеріалу залежно від клінічних умов, з урахуванням ступеня піддатливості слизової оболонки всього протезного ложа й ділянки дефекту зокрема; вивчення моделей у паралелометрі з прогностичними параметрами.

Summary

At the defects of upper jaw on the denture, that replaces the influence, forces of weight, traction and pressure are act. Under the influence of masticatory loading dentures are displaced in different directions. If the denture has one-sided bone support, it is the permanent carrier of influence on supporting teeth.

In work the review of literature on the questions of fixing of dentures of the upper jaw after an one-sided resection is presented.

However, there are unresolurd questions of a making of part of the denture, that replace, turned to the operating wound with more indifferent material depending on clinical terms, taking into account the degree of pliability of mucous membrane of all prosthetic bed and area of defect in particular, and study of models in paralielometria with prognostic parameters.