

томатологами, вертебрологами), а иногда и психиатрами. Врач-стоматолог, оказав, с его точки зрения, необходимую помощь пациенту, не может понять причину подобных жалоб, что нередко выливается в конфликтную ситуацию. Интерес исследователей к патологии ВНЧС, прежде всего обоснован значительным количеством таких больных, недостаточной изученностью этого вопроса и противоречивостью результатов исследований. Широкая распространенность, необычайный полиморфизм, трудности диагностики и лечения ставят заболевания ВНЧС в ряд важных проблем здоровья населения. Заболевание ВНЧС относятся к распространенным патологическим процессам и наблюдаются, по данным различных авторов, у 27,5-56% людей. Эти же авторы утверждают, что у основной массы больных (95,3%), которые обращаются за медицинской помощью по поводу патологии ВНЧС, имеет место дисфункция ВНЧС мышечного генеза. Дисфункция - самое частое поражение височно-нижнечелюстного сочленения, с которым недостаточно знакомы стоматологи всех профилей. (Величко Л. С, Бунина М. А., 1996). Как показывают наблюдения специалистов, изучающих ВНЧС, именно недостаточная осведомленность стоматологов является причиной того, что пациенты с обширной и разнообразной симптоматикой болевого синдрома мышечно - суставной дисфункции ВНЧС многие месяцы и годы наносят визиты разным специалистам, а дисфункции ВНЧС и жевательных мышц тем временем (через 4-7 лет) трансформируются в различные органические изменения структурных элементов ВНЧС. Исследованию личностных особенностей пациентов с дисфункцией ВНЧС в литературе уделяется недостаточно внимания. В стоматологической практике так же, как и в общей медицине, следует ориентироваться не только на местную симптоматику, но и изучать личностные, характерологические черты пациента (Перзашкевич Л. М., Незнанова Н. Ю., 1986). Считается, что подавляющее большинство больных ортопед-стоматолога - психически здоровые люди. Однако, во-первых, по официальным данным ВОЗ, распространенность неврозов за последние 65 лет выросла в 24 раза, а психических заболеваний - в 16 раз. Массовые эпидемиологические обследования Г. К. Ушакова (1987) обнаружили различные формы невротических расстройств у подавляющего большинства людей. При этом почти все пациенты с повышенным уровнем тревожности отличаются эмоциональной неустойчивостью, лабильностью, склонностью к фобиям (Бажанов Н. Н., Судяков К. В., Иващенко О. Н., 1977). Во-вторых, доля совершенно свободных от каких-либо психических нарушений лиц («абсолютно» здоровые) - не более 35% от численности всех практически здоровых людей (Селье Г., 1982). У многих людей, считающих себя совершенно здоровыми, имеется много черт, характерных для перехода от нормального к аномальному складу личности (Леонгард К., 1981). Основная трудность диагностики состоит в дифференциации пограничных (неврозы, психопатии, скрытая депрессия) и

психосоматических расстройств как отдельных клинических форм, а также в проведении границы между ними и нормой (Кербиков О. В., 1971; Личко А. Е., 1983). Углубленное обследование стоматологических больных выявило у них различные преморбидные особенности личности. У некоторых из них определена акцентуация личности (Трезубов В. Н., Быстрова Ю. А., Булычёва Е. А., 2003), характеризовавшаяся «заострением» таких черт как эмоциональная лабильность, прямолинейность, бескомпромиссность, ранимость, впечатлительность. Другой части обследованных больных свойственны психологические черты, более или менее компенсированные на протяжении жизни. При этом 50 % практически здоровых людей являются «акцентуированными личностями», что можно рассматривать не как аномалию, а как склонность к развитию неврозов. Невротическая симптоматика возникла у них до появления заболеваний ВНЧС (Леонгард К., 1981). Заболевания ВНЧС у людей с психическими расстройствами, по данным W. Kydd (1969), D. Lupton (1969), обнаруживаются в 2 раза чаще, чем у лиц без нарушений психической сферы. На повышение тонуса жевательных мышц в связи с психическими факторами, переутомлением или напряжением указывают разные исследователи (Laskin D. M., 1969; Gamsa A., 1990). Ряд учёных (Трезубов В. Н., Мицкевич И. И., 1996; Булычёва Е. А., Быстрова Ю. А., 2003) отмечают, что главным фактором, предрасполагающим к заболеванию сустава, является хроническое эмоциональное напряжение (повторные стрессы). Патологию ВНЧС часто наблюдали у пациентов, которые длительно подвергались эмоциональному напряжению, а также при маскированной депрессии и нервных заболеваниях (Yap A. U., Tan K. B., Chua E. K., 2002). И. Ю. Семёнов (1997), используя психодиагностические методы обследования у 90 больных, подтвердил, что синдром болевой дисфункции ВНЧС вызван эмоциональными и патохарактерологическими особенностями личности.

Резюмируя данные литературы, можно сделать вывод, что главными факторами, предрасполагающими к заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава, являются хронический эмоциональный стресс и повторные психические травмы, поэтому лечить данную категорию больных нужно в содружестве с другими специалистами.

#### **Шеметов О. С., Бондалетов В. А., Тумакова Е. Б. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ**

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Качество протезирования полными съёмными протезами определяется целым рядом субъективных ощущений больного и объективной оценкой их конструкции. При оценке эффективности протезирования учитываются субъективные ощущения пациента,

состояние тканей протезного ложа, степень фиксации и стабилизации протеза, восстановление функции жевания, чистота звукопроизношения, внешний вид пациента.

В условиях клинического приёма больных с полным отсутствием зубов существенную помощь в оценке качества протезирования оказывают субъективно-объективные тесты, которые в конечном итоге заключаются в установлении степени удовлетворённости пациента результатами лечения.

Одним из основных критериев, влияющим на адаптацию к полному съёмному протезу, является степень его фиксации и стабилизации.

Степень стабилизации протеза на беззубых челюстях целесообразно оценивать лишь через несколько дней пользования ими. Фиксацию же протеза на верхней челюсти можно проверить сразу после его наложения. Для этого смоченный водой протез вводят в полость рта и прижимают его к тканям протезного ложа. После этого сжимают его большим и указательным пальцами в области премоляров и пытаются оттянуть книзу. Правильно изготовленный протез в этом положении фиксируется с силой в несколько килограмм (С. И. Криштаб, 1986).

Силу клапана в области мягкого нёба определяют, надавливая на режущие края верхних фронтальных зубов протеза в вестибулярном направлении. На нижней челюсти таким же приёмом устанавливают степень фиксации базиса в дистальных отделах поочередно с правой и левой сторон (П. Т. Танрыкулиев, 1988).

О том, как фиксируются передние участки базиса, можно судить, оттягивая верхний протез вниз, а протез на нижней челюсти – вверх.

Фиксировать полный съёмный протез на нижней челюсти значительно труднее, чем на верхней, в связи с тем, что протезное ложе нижней челюсти имеет худшие анатомо-физиологические условия для протезирования. Оно значительно меньше, чем на верхней, а сила присасывания протеза прямо пропорциональна его прилегающей поверхности (Г. Б. Брахман, 1940). Но решающее значение для фиксации полного съёмного протеза на нижней челюсти имеет не адгезия и не разница атмосферного давления, а активность окружающей мускулатуры.

Для стабилизации протезов на нижней челюсти при значительной атрофии альвеолярного отростка ряд авторов предлагают утяжеление протеза, объёмное моделирование, расширение базисной пластинки в ретромолярной и дистально-язычной областях. В этом случае протез дополнительно удерживается языком и окружающими мягкими тканями.

Установление правильности границ протеза и их исправление можно проводить под контролем специальных проб, предложенных Калининой Н. В. (1972):

Если протез при движении нижней челюсти поднимается медленно и равномерно, значит удлинён его вестибулярный край соответственно участкам прилегания жевательных мышц;

Если протез поднимается только в задней части – удлинён язычный край протеза под челюстно-подъязычной линией. Однако протез всё же должен перекрывать её;

Если протез смещается вперёд, базис чрезмерно удлинён в позадиомолярной и прилегающей к ней язычной областях;

Смещение протеза назад зависит от нескольких причин: чрезмерно удлинён губной край протеза, моделировка базиса с вестибулярной стороны чрезмерно объёмна, фронтальные зубы поставлены не в соответствии с нейтральной мышечной зоной.

Соблюдение этих правил врачом-ортопедом даёт возможность поставить больному качественный в функциональном отношении протез.

Для функциональной оценки изготовленного протеза В. И. Наумов (1974) предложил клинические критерии фиксации. Степень фиксации считается удачной, если протез смещается без разрыва кругового замыкающего клапана; слабой – если протез смещается легко; отсутствует – если протез смещается без малейшего давления.

Ряд авторов проводили комплекс исследований качества фиксации полных съёмных протезов с помощью осциллографа «Sanborn 350» и миниатюрного накусочного тензодатчика во время выполнения специальных функциональных движений нижней челюсти.

На основе клинического обследования пациентов с полным отсутствием зубов до и после ортопедического лечения на кафедре ортопедической стоматологии с имплантологией разработаны объективные и субъективные критерии оценки полных съёмных протезов, которые сгруппированы в тест «БОФСАУ» (Беликов А. Б., 2002). В основу этих критериев положены состояние базиса протеза, степень прилегания к слизистой оболочке, фиксация, стабилизация, состояние окклюзии, удовлетворённость больного и процессы адаптации. Оценка изготовленных протезов согласно предложенному тесту проводилась по двум параметрам – «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Отклонение хотя бы одного критерия считается «неудовлетворительным» и требует изготовления нового протеза. Предложенный тест позволяет прогнозировать результаты ортопедического лечения и внести существенные коррективы в процесс адаптации к полному съёмным протезам.

При изготовлении полных съёмных протезов, особенно в случаях усовершенствования или применения новых технологий, субъективных методов оценки качества протезирования явно недостаточно. На этом основании мы с помощью электромиографии изучили степень восстановления функции жевания у пациентов с полной потерей зубов в разные сроки после ортопедического лечения и пользования протезами.

Полученные данные объективно подтверждают правомерность оценки качества протезирования с помощью разработанного теста «БОФСАУ».