

УДК 616.314-089.28-089.168.1-06-084

*Р.Р. Братусь-Гриньків***ВПЛИВ ДІАГНОСТИЧНО ЗУМОВЛЕНИХ КЛІНІЧНИХ РІШЕНЬ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність

За даними численних наукових досліджень, у пацієнтів із частковою втратою зубів доцільність застосування незнімних, знімних чи комбінованих конструкцій зубних протезів визначають на підставі топографії беззубих ділянок, стану збережених зубів, наявності оклюзійних пар, а також стану альвеолярного відростка і слизової оболонки протезного ложа [1;2;3;4;5].

Комплексна оцінка клінічної ситуації з урахуванням основних класифікаційних критеріїв (E.Kennedy, 1928, K. Eichner, 1955; E. Korber, 1987; A.I. Бетельман, 1952) та індивідуальних особливостей є основою не лише для правильного формулювання діагнозу, а й адекватних прогностичних оцінок [6;7;8;9]. З огляду на все ще високу частоту виявлення різного типу недоліків, що спричиняють ускладнення та непридатність зубних протезів до користування, актуальним залишається завдання обґрунтованого вибору індивідуального плану лікування і передбачення його впливу на стан здоров'я пацієнта [10;11;12;13]. Адаптація до задоволення потреб людини в підтриманні та відновленні її стоматологічного здоров'я й спрямована стоматологічна ортопедична допомога як комплекс заходів щодо діагностики, профілактики і лікування часткової втрати зубів, яку проводять на підставі локальних та уніфікованих протоколів [14].

Отже, **метою роботи** є з'ясування причин виникнення і можливостей запобігання ускладненням при застосуванні знімних конструкцій зубних протезів на нижню щелепу.

Матеріали і методи дослідження

Обстежили 58 пацієнтів (30 жінок і 28 чоловіків) віком 50-76 років, які звернулися в Стоматологічний медичний центр ЛНМУ імені Данила Галицького через незручність чи неможливість користування частковими пластинковими, дуговими (далі - частковими) -37 (63,8% пацієнтів) або повними покривними (далі - покривними) - 21(46,2% пацієнтів) протезами, термін користування – 4-42 місяці. Скарги стосувалися тріщин і зламів базису (15 осіб - 25,9%), порушень фіксації (13 осіб - 22,4%), руйнування опорних зубів (18 осіб - 31,0%), а також травмування базисом протеза тканин порожнини рота (12 осіб - 20,7%).

Під час амбулаторного обстеження пацієнтів аналізували первинну документацію на предмет використання кодів Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охоро-

ни здоров'я Десятого перегляду (МКХ-10), які в Україні введено в дію в закладах охорони здоров'я з 01.01.1999 р. (наказ МОЗ України №297 від 08.10.1998 р.) і які забезпечують повноту врахування клінічних умов при формулюванні діагнозу і вибору плану лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед факторів, які можуть спричинити ускладнення і недоліки під час користування протезами в пацієнтів із поодинокими збереженими зубами, найчастіше виділяють анатомічні (атрофія кісткової тканини і слизової оболонки), клінічні (порушення стабільності протеза), помилки під час лабораторних етапів виготовлення протеза, а також утруднену адаптацію пацієнта до конструкції [13]. Натомість поза увагою більшості дослідників залишається процес вибору плану лікування. Так, лише в 7 (12,1%) випадках у медичній карті стоматологічного хворого (ф-043) були записи основного діагнозу з кодом МКХ-10, проте в жодному з них не були використані підрубрики блоку K08.4 «Інші хвороби зубів та їх опорного апарату» підкласу «Хвороби порожнини рота і слинних залоз».

Згідно із сучасними нормативними вимогами (наказ МОЗ №503 від 29.08.2008 р.) щодо правил заповнення первинних медичних і статистичних облікових документів застосування в клінічній практиці тризначних рубрик і підрубрик МКХ-10, адаптованих до особливостей вітчизняної діагностичної термінології, передбачає врахування причин втрати зубів, розташування беззубих ділянок і їхньої протяжності, стану збережених опорних зубів, характеристик статичної та динамічної оклюзії, а також форми і ступеня атрофії збереженого альвеолярного відростка. На підставі цих критеріїв пацієнтів розподіляють на 4 класи: умови з мінімальним (1-й), із помірним (2-й), із вираженим (3-й) і з різко вираженим (4-й) погіршенням для протезування і, відповідно, — мірою складності лікування [8].

Найчастішим ускладненням (18 (31,0%) спостережень) було руйнування опорних зубів, спричинені ускладненнями карієсу, хвороб пародонта в пацієнтів із частковими протезами - 14 (24,1%) випадків; спричинені станом і розташуванням опорних зубів, розподілом оклюзійних контактів (наявністю оклюзійних пар) - при користуванні покривними – 4 (6,9%) випадки (табл.).

Другою за частотою причиною звертань пацієнтів були тріщини і злами базису протезів -15 (25,9%) спостережень при користуванні покривними конс-

трукціями через нерівномірний розподіл оклюзійних навантажень, відсутністю оклюзійної опори в бічних ділянках зубних рядів та значною атрофією альвеолярного відростка нижньої щелепи -8 (13,8%) випадків, тоді як у пацієнтів із частковими протезами - через порушення оклюзійно-артикуляційної рівноваги, що супроводжується зниженням міжальвеолярної висоти, - 7(12,0%) випадків.

Скарги на порушення фіксації, спричинене карієсом опорних зубів, порушенням оклюзійних

співвідношень, відсутністю оклюзійних пар та не-уточненими причинами, були в 9 (15,4%) пацієнтів із частковими та в 4 (6,8%) пацієнтів із покривними протезами, разом - 13 (22,4 %) випадків.

Травмування тканин протезного ложа, зумовлене атрофією альвеолярного відростка, руйнуванням опорних зубів та іншими уточненими і не-уточненими причинами, було причиною скарг у 12 (20,7%) пацієнтів: 7 (12,1%) – із частковими і 5 (8,5%) - із покривними протезами.

Таблиця

Розподіл пацієнтів з ускладненнями і недоліками при користуванні частковими та покривними знімними конструкціями зубних протезів

Види ускладнень	Часткові знімні протези			Покривні протези			Разом
	пластинкові з кламерною фіксацією	дугові з кламерною фіксацією	дугові із замковою фіксацією	кулькова система кріплення	балкова система кріплення	телескопічна система кріплення	
Руйнування зубів	9 15,5%	3 5,2%	2 3,4%	1 1,7%	2 3,4%	1 1,7%	18 31,0%
Злами базису	5 8,6%	2 3,4%	0	4 7,0%	2 3,4%	2 3,4%	15 25,9%
Порушення фіксації	5 8,6%	2 3,4%	2 3,4%	2 3,4%	0	2 3,4%	13 22,4%
Травмування базисом	4 7,0%	2 3,4%	1 1,7%	2 3,4%	1 1,7%	2 3,4%	12 20,7%
Усього	23 39,7%	9 15,5%	5 8,6%	9 15,5%	5 8,6%	7 12,1%	58 100%

Причиною видалення опорних зубів у 18 пацієнтів була зміна оклюзійних співвідношень за час користування протезом у поєднанні з незворотними змінами а тканинах пародонта через функціональне перевантаження, а також недоліки конструкції - дистальне видовження сідлоподібної частини протеза під нахиленими зубами, які обмежують беззубі ділянки.

Погіршення стабільності протеза більшість пацієнтів вважали дрібним недоліком і звернулися в клініку лише тоді, коли знімні протези стали непридатними для користування через злами базису чи втрату опорних зубів. Тому в процесі користування необхідно проводити систематичні спостереження за результатами лікування, документально реєструвати морфофункціональні зміни.

У початковий період користування (до 12 місяців) найчастішою причиною тріщин і зламів базису було нераціональне планування конструкції протеза, у віддалений період користування – тріщини і злами базису в ділянках опорних зубів, зумовлені глибокою атрофією альвеолярного відростка. За таких умов відбулася зміна типу передачі жувального навантаження і відповідно - біомеханічних властивостей конструкції, що й зумовило пошкодження базису протеза.

Жувальний тиск, власну масу протеза, рухомість м'яких тканин, що контактують із протезом та ступінь клейкості їжі вважають основними чинниками, які впливають на стійкість і стабілізацію часткового знімного протеза [4]. Нераціональний розподіл оклюзійних навантажень, велика протяжність беззубих ділянок, відсутність достатньої кількості оклюзійних пар на початкових етапах ліку-

вання, а також різка нерівномірна атрофія альвеолярного відростка та зниження висоти прикусу у віддалені терміни користування стають найчастішими причинами порушення фіксації часткових протезів.

Занурення базису в слизову оболонку протезного ложа при атрофії альвеолярної кістки залежить від біологічних (ступінь збереження кісткової тканини), функціональних (сила жувального тиску) та конструкційних (площа оклюзійної поверхні штучних зубів, величини протезного ложа, покритого базисом) факторів [5]. На жаль, у обстежених нами пацієнтів навіть за наявності показань не були застосовані такі конструкції зубних протезів, які б забезпечили пародонтально-гінгівальний тип передачі жувального навантаження.

Травмування тканин протезного ложа базисом було джерелом постійного фізичного і психічного дискомфорту пацієнтів, поведінка яких під час звикання до часткових знімних протезів відіграла важливу роль у сприйнятті ними результатів лікування. Також слід урахувати, що ступінь функціональної реабілітації багато в чому залежить від належного інструктування пацієнтів щодо особливостей процесу адаптації, систематичних спостережень і, за потреби, корекції та своєчасного перебазування протеза.

Висновки

1. Помилки в діагностиці, які впливають на нераціональний вибір плану лікування пацієнтів із частковою втратою зубів, є причиною приблизно половини ускладнень при користуванні знімними зубними протезами.

2. Дієвим методом запобігання ускладненням

за умови дотримання клінічних і лабораторних протоколів є застосування діагностичних критеріїв блоку K08.4 МКХ-10 для обґрунтованого вибору плану лікування пацієнтів із частковою втратою зубів.

Перспектива подальших досліджень - опрацювання амбулаторної карти-схеми для пацієнтів ортопедичних відділень із розділами «Діагностика – Планування - Етапи лікування - Щоденник спостережень».

Література

1. Черних Н.С. Вплив розподілу навантажень конструкції замкових кріплень часткових знімних протезів з різним ступенем жорсткості на стан капілярно-кровооток опорних зубів / Н.С. Черних // Современная стоматология. - 2014. - № 4. - С. 112-114.
2. Analysis of occlusal contacts in different types of prosthodontic appliances, Eichner classifications, presence RCP-ICP slide and the type of occlusion/ Stipetić J., Celebić A., Baucić I. [et al.] // Coll. Antropol.- 2001. - 25(1). - P. 311-6.
3. Galagali G. Critical Evaluation of Classification Systems of Partially Edentulous Arches / G. Galagali, S.Mahoorkar // International Journal Of Dental Clinics.- 2010. – Vol.2(3).- P.45-52.
4. Methods To Improve Stability In A Highly Resorbed Mandibular Ridge - A Review Article / L.S.Kaira, V. Katna, Y. Kapoor [et al.] // Indian Journal of Dental Sciences. - 2013. - Vol.5 (1). - P.129-131.
5. Pan S. Does mandibular edentulous bone height affect prosthetic treatment success / S. Pan, M. Dagenais // Journal of Dentistry.- 2010. - Vol.38 (11). - P.899-907.
6. Систематизація дефектів зубних рядів у пацієнтів з нефіксованою міжальвеолярною висотою та центральним співвідношенням щелеп [Є. Я. Костенко, А.Т. Кенюк, М. Ю. Гончарук-Хомін, О. Б. Ганущак] // Современная стоматология. - 2014. - № 5. - С. 72-75.
7. Bratu E. Classification systems for partial edentulism / E.Bratu, D.Bratu, S.Antonie // OHDMBSC, 2007. - Vol. 1 (4) - P. 50-55.
8. McGarry T.J. Classification system for partial edentulism / McGarry, T.J. T.J.McGarry, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=McGarry%20TJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12237799 Nimmo A., Skiba J.F., J. Prosthodont. - 2002. - 11(3):181-93.
9. Sierpińska T. The relationship between masticatory efficiency and the state of dentition at patients with non rehabilitated partial lost of teeth/ T.Sierpińska, M. Gołębiewska, J.W. Długosz // Advances in Medical Sciences. - 2006. - Vol. 51. - P.196-199
10. Бушан М.Г. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика / М.Г. Бушан, Х.А. Калам-каров. - 2-е изд., доп. - Кишинев: Штиинца, 1983.- 304 с.
11. Соколова І.І. Деякі питання поширеності та структури дефектів зубних рядів у населення України / І.І. Соколова, С.І. Герман, С.А. Герман // Український стоматологічний альманах. - 2013. - №6. - С. 116-118.
12. Угляр І. М. Аналіз результатів клінічно-інструментальних досліджень оклюзійних порушень у пацієнтів з частковими дефектами зубних рядів / І. М. Угляр, В. Ю. Вовк, Ю. В. Вовк // Вісник стоматології. - 2013. - № 4. - С. 88-96.
13. McCord J. F. Identification of complete denture problems: a summary / J. F. McCord, A. A. Grant // British Dental Journal.- 2000. - Vol.189, №. 3. – P. 46-51.
14. Заблоцький Я.В. Поширеність та структура дефектів зубних рядів у населення м. Львова та Львівської області / Я.В. Заблоцький, Н.М. Дидик // Вісник стоматології. - 2005. - №4. - С.77-87.

**Стаття надійшла
26.08.2016 р.**

Резюме

Обґрунтований вибір плану лікування й адекватні прогностичні оцінки - актуальне завдання в лікуванні пацієнтів із частковою втратою зубів на нижній щелепі.

Мета роботи - з'ясувати причини і можливості запобігання ускладненням при застосуванні знімних протезів на нижню щелепу.

Обстежили 58 пацієнтів віком 50-76 років зі скаргами на неможливість користування частковими пластинковими, дуговими або повними покривними протезами (тріщини і злами базису, порушення фіксації, руйнування опорних зубів, травмування базисом тканин порожнини рота). Лише в 7(12,1%) випадках у медичній карті стоматологічного хворого (ф-043) були записи основного діагнозу з кодом МКХ-10.

Помилки в діагностиці, які впливають на нераціональний вибір плану лікування, стають причиною приблизно половини ускладнень при користуванні знімними зубними протезами. Дієвим методом запобігання ускладненням за умови дотримання клінічних і лабораторних протоколів є застосування діагностичних критеріїв блоку K08.4 МКХ-10 для обґрунтованого вибору плану лікування пацієнтів із частковою втратою зубів.

Ключові слова: нижня щелепа, часткова втрата зубів, знімні протези, МКХ-10.

Резюме

Обоснованный выбор плана лечения и адекватные прогностические оценки - актуальная задача в лечении пациентов с частичной потерей зубов на нижней челюсти.

Целью работы является выяснение причин и возможностей предотвращения осложнений при применении съемных протезов на нижнюю челюсть.

Обследовали 58 пациентов в возрасте 50-76 лет с жалобами на невозможность пользования частичными пластиночными, дуговыми или полными покрывными протезами (трещины и поломки базиса, нарушение фиксации, разрушение опорных зубов, травмирование базисом тканей полости рта). Только в 7 (12,1%) случаях в медицинской карте стоматологического больного (ф-043) были записи основного диагноза с кодом МКБ-10.

Ошибки в диагностике, влияющие на нерациональный выбор плана лечения, являются причиной примерно половины осложнений при пользовании съемными зубными протезами. Действенным методом предотвращения осложнений при условии соблюдения клинических и лабораторных протоколов является применение диагностических критериев блока K08.4 МКБ-10 для обоснованного выбора плана лечения пациентов с частичной потерей зубов.

Ключевые слова: нижняя челюсть, частичная потеря зубов, съемные протезы, МКБ-10.

UDC 616.314-089.28-089.168.1-06-084

INFLUENCE OF DIAGNOSTICALLY-DETERMINED CLINICAL DECISIONS ON A TREATMENT IN PATIENTS WITH MANDIBULAR PARTIAL TEETH LOSS

Roksana Bratus-Hrynkiw

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

Summary

According to numerous scientific studies patients with mandibular partial teeth loss need fixed, removable or combined dentures. It is determined by topography of toothless areas, abutment teeth status, presence of occlusal pairs and status of alveolar bone and mucous membrane [1,2,3,4,5].

Comprehensive analysis of the clinical situation with the main classification criteria (E.Kennedy 1928, K. Eichner 1955, E. Korber 1987, Al Betelman, 1952), and individual characteristics are the basis not only for the proper formulation of diagnosis but adequate prognostic assessment [6, 7, 8, 9]. High frequency of various types of disadvantages that cause complications and inapplicability of dentures has not been observed yet, so the actual task is a reasonable choice of treatment plan and its impact on patient's health. [10,11,12,13]. Such measures as diagnostics, prevention and treatment of partial teeth loss with use of local and standardized protocols are used in order to satisfy human needs for dental health maintenance and recovery [14].

The aim of the investigation is to identify the causes and find possibilities to prevent complications when mandibular removable dentures are used.

58 patients were involved in the investigation (30 women and 28 men) aged 50-76 years who presented inability to use partial removable acrylic and cast-based dentures (partial) -37 (63.8% patients) or complete overdentures (overdentures) - 21 (46.2% patients), during such period of time: from 4 to 42 months. Complaints of cracks and fractures of the basis (15 patients -25.9%), fixing impairment (13 people -22.4%), the destruction of the abutment teeth (18 patients-31.0%), and injuries of oral tissues by the denture (12 people 20,7%) were observed.

Among the factors that can cause complications and disadvantages when prostheses were used in patients with single remaining teeth are often determined: anatomical (atrophy of alveolar bone and mucous membrane), clinical (denture stability interruption), mistakes during laboratory stages of manufacturing dentures and patient's difficult adaptation to a dentures [13]. Instead, the process of treatment plan has not been observed by most researchers.

Only 7 (12.1%) cases of dental patient records of the diagnosis using code of ICD-10 were detected, but block K08.4. was not used by anyone. The most common complication -18 (31.0%) of observations was the destruction of the supporting/abutment teeth in patients with partial dentures in 14 (24.1%) cases, using overdentures – in 4 (6.9%) cases. The second reason of patients references were cracks and fractures of the denture basis in 15 (25.9%) of observations using overdentures in 8 (13.8%) cases. 7 (12.0%) of cases presented patients with partial dentures. Complaints of fixing impairment were in 9 (15.4%) patients: 4 (6.8%) with partial dentures and 13 (22.4%) with overdentures injury of oral tissues by the denture, was the cause of complaints in 12 (20.7%) patients: 7 (12.1%) partial and 5 (8.5%) overdentures.

Conclusions. 1. Cause of half of the complications in patients with mandibular partial teeth loss that have removable dentures is diagnostic mistakes, that is caused by irrational choice of the treatment plan.

2. Effective methods to prevent complications is to consider diagnosis criteria of ICD-10 block K08.4 using clinical and laboratory protocols for comprehensive choice of the treatment plan in patients with mandibular partial teeth loss.

Key words: mandible, partial teeth loss, removable dentures, ICD-10.