

В.П. Неспрядько, В.В. Кирилюк

Осложнения при протезировании при помощи несъемных зубных протезов

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: проведение стоматологического обследования населения для оценки состояния полости рта и имеющихся у них несъемных мостовидных протезов, а также выявления осложнений при их использовании.

Методы. Проведены комплексные исследования 78-и пациентов с имеющимися осложнениями при протезировании при помощи несъемных конструкций.

Результаты. Полученные в ходе исследований данные свидетельствуют о высоком проценте осложнений, клинических и технологических ошибок при лечении больных с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов с помощью несъемных конструкций протезов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о настоятельной необходимости оптимизации несъемного протезирования полости рта, а также поступательного повышения качества ортопедического стоматологического лечения.

Ключевые слова: осложнения, несъемные конструкции, промежуточная часть.

Вступление

Частичная потеря зубов наблюдается в среднем у 55 % пациентов и приводит к потере жевательной эффективности более чем на 50 % [1]. В возрасте от 18 до 25-ти лет распространенность частичной потери зубов достигает 38,6 % [2]. 63 % работающих взрослых в возрасте от 40-а лет и старше имеют дефекты зубных рядов различной протяженности [2]. Из использованных данных был сделан вывод о том, что у 95 % взрослых имеется укороченный зубной ряд, при этом в патологический процесс вовлекается большинство органов жевательного аппарата [3, 4, 5, 6].

На окончательную анатомическую особенность альвеолярного гребня в области дефекта зубного ряда существенно влияют состояние удаляемого зуба и пародонта, а также собственно операция по удалению зуба. Периапикальные воспаления, выраженный маргинальный пародонтит или травмы часто вызывают серьезные локальные деформации альвеолярного гребня, особенно после удаления имплантата при неудовлетворительной остеоинтеграции или при периимплантите [7].

Для восстановления функциональной и эстетической целостности зубного ряда широко используют мостовидные протезы. Известны различные варианты конструирования тела мостовидного протеза [8, 9, 10, 11, 12, 13]. Если при конструировании промежуточной части мостовидного протеза в области боковых зубов учитываются в первую очередь функциональные и гигиенические аспекты, то для переднего участка основными аспектами являются эстетические требования. Замещение отсутствующего зуба в этой области предусматривает одновременное восстановление природной формы альвеолярного гребня [14, 15].

Основными причинами снятия одиночных коронок и мостовидных протезов являются воспалительные процессы слизистой оболочки в области коронок при расцементировании, кариес и высокая подвижность опорных зубов, раннее протезирование после удаления зубов; необоснованный выбор конструкции и материалов для них; несоблюдение этапности лечения; тактические и манипуляционные промахи при одонтопрепарировании; использование несовершенных технологий (штампованно-паяные

несъемные конструкции); применение в последние десятилетия сложных технологий (цельнолитые металлокерамические и металлопластмассовые зубные протезы), требующих достаточно высокой квалификации как врача-стоматолога-ортопеда, так и зубного техника.

Учитывая вышеизложенное, **целью** нашего исследования было проведение обследования населения для оценки состояния полости рта и имеющихся несъемных зубных протезов, а также выявления осложнений при их использовании.

Материалы и методы исследования

Изучали состояние жевательного аппарата у 78-и человек с несъемными конструкциями в полости рта в возрасте от 18 до 60-ти лет и старше, среди которых были 32 мужчины (41 %) и 46 женщин (59%), в том числе в возрасте 18–25 лет было 16 человек (20,5%), в возрасте 26–45 лет – 39 (50 %), в возрасте 46–59 – 18 (23,1 %), 60 лет и старше – 5 человек (6,4 %).

Из обследованных пациентов, которые обратились с вопросом снятия мостовидных протезов в Стоматологический медицинский центр НМУ им. А.А. Богомольца, были отобраны те, кто нуждался в повторном протезировании после снятия ранее изготовленных несъемных зубных протезов. Также были обследованы пациенты, обратившиеся по поводу повторного протезирования со снятием ранее изготовленных несъемных протезов.

Стоматологическое обследование проводилось по методике и с использованием карты, предложенной ВОЗ с нашими дополнениями, куда дополнительно вносились данные о состоянии имеющихся зубных протезов, о сроках их изготовления, недостатках и осложнениях, связанных с наличием зубных протезов. Клиническими методами оценивали состояние имеющихся зубных протезов, их эстетическую и функциональную полноценность. Проводили анализ окклюзионных контактов при помощи компьютерной системы T-Scan III, оценивали состояние пародонта клиническими приемами. Воспалительные явления в десневом крае оценивались по наличию следующих критериев: гиперемии, отека, кровоточивости, десквамации, изменений конфигурации десны, абсцессов, свищей, плотности межзубных сосочков. Кроме того, отмечали

атрофические и гиперпластические процессы. Оценивали состояние имеющихся протезов, пломб, устанавливали наличие кариозных полостей, выявляли болезненность десен и наличие отделяемого из пародонтальных карманов.

Перед снятием зубных протезов проводили обследование пациентов с применением дополнительных методов исследования и выясняли причину обращаемости пациентов для снятия ранее изготовленных несъемных конструкций. Выявляли адекватность показаний и конструкций с имеющимися условиями в полости рта и общим состоянием организма, соблюдение эстетических и функциональных требований. Особое внимание уделяли парафункциям и нарушениям акта жевания. Оценивали выполнение пациентами гигиенических требований по уходу за полостью рта и за протезами с применением необходимых средств гигиены.

Результаты исследования

Среди пациентов, которые обратились к нам, женщин было значительно больше во всех возрастных группах (рис. 1), что объясняется большей заботой женщин о своем здоровье и их более частой обращаемостью за стоматологической помощью (по данным анкетирования). Самое большое количество нуждающихся в снятии несъемных зубных протезов было в возрастной группе 46–59 лет, что составило $46,1 \pm 0,6\%$ ($p < 0,05$).

По срокам пользования несъемных зубных протезов обследованные распределились следующим образом (табл. 1). В первый год пользования пришлось снять протезы у трех человек (6,25 % среди всех обратившихся по поводу снятия зубных протезов). Со сроком пользования до 3-х лет определены показания к снятию несъемных зубных протезов у 5 человек (10,4 %), до 5 лет – у 8 человек (16,7 %), до 7 лет – у 9 (18,75 %), до 9 лет – у 11 (22,9 %), до 11 лет – у 7 человек (14,6 %) и после 11-ти лет – у 5 человек, что составило 10,4 % среди всех обследованных.

Были проанализированы виды конструкций несъемных протезов, которые необходимо было снять для дальнейшего комплексного лечения пациентов (табл. 2).

Было снято самое большое количество штампованных мостовидных протезов с опорой на штампованные коронки (22 протеза, что составило 30,5 %) и мостовидных протезов из пластмассы (15 протезов, что составляет 20,8 %). Меньше было снято цельнолитых мостовидных протезов. Виды конструкций зубных протезов, снятых

у пациентов – 13 зубных протезов (18,1 %), металлоком-позитных и металлокерамических – 3 (4,2 %) и 12 (16,7 %) соответственно, а металлопластмассовых было снято – 7 протезов, что составило 9,7 %.

Была проанализирована конструкция промежуточных частей мостовидных протезов и было обнаружено, что касательная форма наблюдалась у 34 пациентов (43,6 %), сферическая – у 18 (23,1 %), седловидная – у 26-ти пациентов (33,3 %) (рис. 2).

При клиническом обследовании пациентов были выявлены различные факторы, которые послужили причиной для снятия несъемных протезов. В зависимости от вида конструкций несъемных протезов обследованных пациентов разделили на три группы.

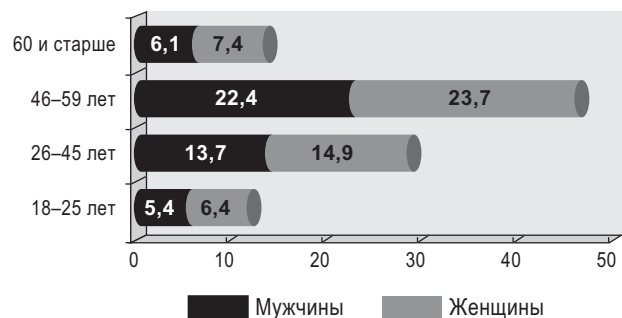


Рис. 1. Распределение нуждаемости в снятии ранее изготовленных несъемных зубных протезов у пациентов по полу и возрасту.

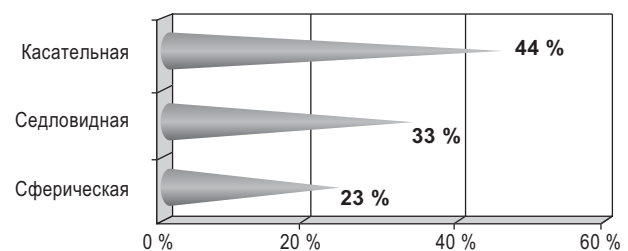


Рис. 2. Распределение пациентов в зависимости от формы промежуточной части мостовидных протезов.

Таблица 1

Распределение нуждающихся в снятии несъемных протезов с различными сроками пользования

Сроки пользования	До года	До 3-х лет	До 5-ти лет	До 7-и лет	До 9-ти лет	До 11-ти лет	Более 11-ти лет	Всего
Абсол. кол-во обслед.	3	5	8	9	11	7	5	48
В % к кол-ву обратив.	6,25	10,4	16,7	18,75	22,9	14,6	10,4	100

Таблица 2

Виды конструкций зубных протезов, снятых у пациентов

Показатели	Виды конструкций						
	Коронки и мостовидные протезы						всего снято протезов
	штампованные и паяные	пластмассовые	цельнолитые коронки	металло-керамические	металло-композитные	металло-пластмассовые	
Абс.	22	15	13	12	3	7	72
В %	30,5	20,8	18,1	16,7	4,2	9,7	100

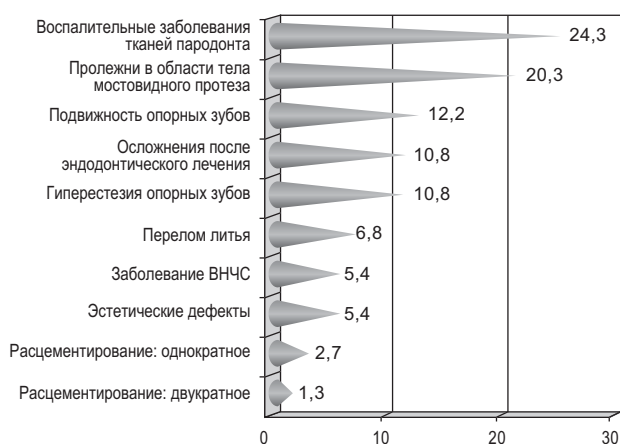


Рис. 3. Распределение осложнений, возникших у пациентов, у которых в полости рта имелись штампованные коронки и паяные мостовидные протезы.

Так, первую группу (22 человека, 30,5 %) составили пациенты, у которых в полости рта имелись штампованные коронки и паяные мостовидные протезы. У пациентов были диагностированы: воспалительные заболевания тканей пародонта (гингивит, локализованный пародонтит) – у 18 человек (24,3%), подвижность опорных зубов – у 9 человек (12,2 %), пролежни в области тела мостовидного протеза – у 15 человек (20,3 %), гиперестезия (повышенная чувствительность) опорных зубов на термические и механические раздражители – у 8 человек (10,8 %), осложнения после эндодонтического лечения (некачественное лечение в виде очагов периапикального воспаления, воспаление пульпы зуба) – у 8 человек (10,8 %), перелом литья (во всех случаях по месту пайки коронки и тела мостовидного протеза) – у 5 человек (6,8 %), эстетические дефекты (несовпадение цвета пластмассовой облицовки или их изменение в цвете и т. п.) – у 4 человек (5,4%), заболевания височно-нижнечелюстного сустава – у 4 человек (5,4 %), расцементировка протезов: однократная – у 2-х человек (2,7 %), двукратная – у одного человека (1,3 %) (рис. 3).

При обследовании второй группы пациентов (15 человек, 20,8 %), у которых в полости рта имелись пластмассовые конструкции, были диагностированы: воспалительные заболевания тканей пародонта (гингивиты, локализованный пародонтит) – у 10 человек (13,5 %), подвижность опорных зубов – у 8 человек (10,8 %), сколы пластмассы или истираемость пластмассы в области режущего края или жевательной поверхности искусственных зубов – у 5 человек (6,8 %), пролежни в области тела пластмассового мостовидного протеза – у 11 человек (14,9%), расцементирование пластмассовых конструкций: однократное – у 6 человек (8,1%), двукратное – у 3 человек (4,1 %), гиперестезия (повышенная чувствительность) опорных зубов на термические и механические раздражители – у 4 человек (5,4 %), осложнения после эндодонтического лечения (некачественное лечение в виде очагов периапикального воспаления, воспаление пульпы зуба) – у 9 человек (12,2 %), заболевания височно-нижнечелюстного сустава – у 3 человек (4,1 %), перелом мостовидных протезов (во всех случаях в месте перехода опорной пластмассовой коронки в тело мостовидного протеза) – у 5 человек (6,8 %), эстетические дефекты (несовпадение цвета и т. п.) – у 10-ти человек (13,5 %) (рис. 4).

При обследовании третьей группы пациентов (35 человек, 48,7 %), у которых в полости рта имелись цельнолитые конструкции (цельнолитые мостовидные протезы, металлопластмассовые, металлокомпозитные и металлокерамические), были диагностированы: воспалительные

заболевания тканей пародонта (гингивит, локализованный пародонтит) – у 27 человек (19,3 %), подвижность опорных зубов – у 13 человек (9,3 %); сколы облицовки (пластмассовой или керамической) – у 9 человек (6,4 %), пролежни в области тела мостовидного протеза – у 19 человек (13,6%); расцементирование цельнолитых протезов: однократное – у 15 человек (10,7 %), двукратное – у 7 человек (5,0 %); гиперестезия (повышенная чувствительность) опорных зубов на термические и механические раздражители – у 10 человек (7,1 %); осложнения после эндодонтического лечения (некачественное лечение в виде очагов периапикального воспаления, воспаление пульпы зуба) – у 26 человек (18,6 %); перелом литья (во всех случаях в месте перехода опорной коронки в тело литого мостовидного протеза) – у 2 человек (1,4 %); эстетические дефекты (несоответствие цвета протеза естественным зубам, потемнение протеза и т. п.) – у 10 человек (7,1 %), заболевания височно-нижнечелюстного сустава – у 2-х человек (1,5 %).

У большинства осмотренных пациентов одновременно диагностировалось два или три осложнения.

Следует отметить, что при выявлении указанных недостатков протезирования зубов пациенты высказывали жалобы лишь в 45-ти случаях (57,6 %), в основном при

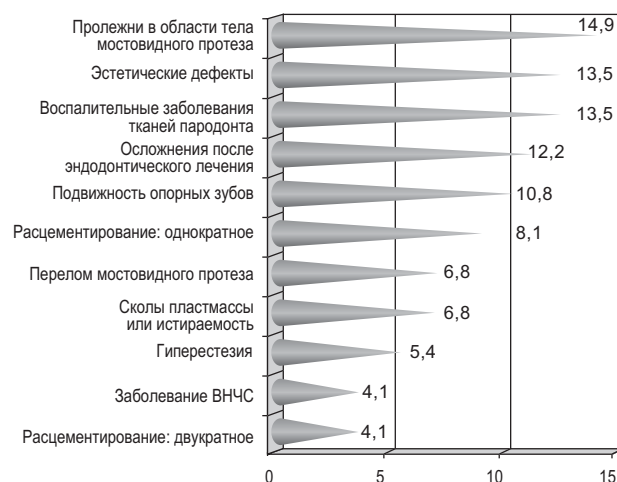


Рис. 4. Распределение осложнений, возникших у пациентов, у которых в полости рта имелись пластмассовые конструкции.

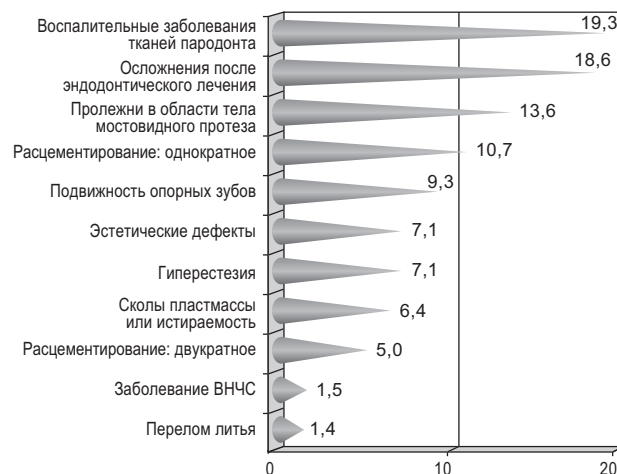


Рис. 5. Распределение осложнений, возникших у пациентов, у которых в полости рта имелись цельнолитые конструкции.

наличии болевого синдрома, дискомфорта при жевании или при эстетическом недостатке зубного протеза.

Исследования показали, что процент осложнений, клинических и технологических ошибок при лечении больных с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов несъемными конструкциями протезов довольно высокий.

Заключение

Обследование состояния мостовидных протезов в полости рта пациентов показало, что наибольшее количество осложнений наблюдается при использовании штампованно-паяных технологий изготовления. Основные из них: воспалительные заболевания тканей пародонта (24,3 %), пролежни в области тела мостовидного протеза

(20,3 %), подвижность опорных зубов (12,2 %), гиперестезия опорных зубов в ответ на термические и механические раздражители (10,8 %), осложнения после эндодонтического лечения (10,8 %). После снятия пластмассовых мостовидных протезов наблюдали ущемление десневого сосочка, кровоточивость десен, ретенцию частичек фиксирующего материала (пищи) в месте соединения коронок с промежуточной частью, промывное пространство недостаточной ширины. Наиболее весомое значение для успешного протезирования при помощи несъемных мостовидных протезов имеют выбор формы и конструкции промежуточной части, а также сроки их изготовления после хирургических вмешательств и последующая фиксация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демнер Л.М. Показания к замещению дефектов зубных рядов по данным реопародонтографии / Л.М. Демнер, Б.А. Нурашев // Стоматология. – 1985. – № 3. – С. 61–62.
2. Мышковец Н.А. Клинико-экспериментальное обоснование выбора конструкции адгезивных мостовидных протезов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Мышковец. – Минск, 2003. – 20 с.
3. Рыбаков А.И. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике / А.И. Рыбаков. – М.: Медицина, 1976. – 154 с.
4. Копейкин, В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии / В.Н. Копейкин. – М.: Медицина, 1988. – 175 с.
5. Щербаков А.С. Аномалии прикуса у взрослых / А.С. Щербаков. – М.: Медицина, 1987. – 191 с.
6. Жулев Е.Н. Частичные съемные протезы (теория, клиника и лабораторная техника) / Е.Н. Жулев. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – 428 с.
7. Edelhoff D. Эстетическое оформление промежуточной части мостовидного протеза / D. Edelhoff, H. Spiekermann, M. Yildirim // Квинтэссенция. – 2001. – № 1. – С. 15–28.
8. Жулев, Е.Н. Несъемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника / Е.Н. Жулев. – 2-е изд. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 365 с.
9. Лебеденко И.Ю. Функциональные и аппаратные методы исследования в ортопедической стоматологии / И.Ю. Лебеденко, Т.И. Ибрагимов, А.Н. Ряховский. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 128 с.
10. Стоматология / Под ред. В.Н. Трезубова, С.Д. Арутюнова. – М.: Медицинская книга, 2003. – 580 с.
11. Eissmann H.F. Physical design criteria for fixed dental restorations / H.F. Eissmann, R.A. Radke, W.H. Noble // Dent. Clin. North Am. – 1971. – Vol. 15. – P. 543–568.
12. Becker C.M. Current theories of crown contour, margin placement and pontic design / C.M. Becker, W.B. Kaldahl // J. Prosthet. Dent. – 1981. – Vol. 45. – P. 268–277.
13. Howard W.W. Standards of pontic design / W.W. Howard, H. Ueno, C.O. Pruitt // J. Prosthet. Dent. – 1982. – Vol. 47. – P. 493–495.
14. Abrams H. Incidence of anterior ridge deformities in partially edentulous patients / H. Abrams, R.A. Kopzyk, A.L. Kaplan // J. Prosthet. Dent. – 1987. – Vol. 57. – P. 191–194.
15. Ridge contour related to esthetics and function / C.H. Hawkins, J.D. Sterrett, H.J. Murphy, J.C. Thomas // J. Prosthet. Dent. – 1991. – Vol. 66. – P. 165–168.

Ускладнення при протезуванні за допомогою незнімних зубних протезів

В.П. Неспрядько, В.В. Кирилюк

Мета: проведення стоматологічного обстеження населення для оцінки стану порожнини рота й наявних у них незнімних мостоподібних протезів, а також виявлення ускладнень при їх користуванні.

Методи. Проведено комплексні дослідження 78-и пацієнтів з наявними ускладненнями при протезуванні за допомогою незнімних конструкцій.

Результати. Отримані в ході досліджень дані свідчать про високий відсоток ускладнень, клінічних і технологічних помилок при лікуванні хворих з дефектами твердих тканин зубів і зубних рядів незнімними конструкціями протезів.

Висновки. Отримані дані свідчать про нагальну необхідність оптимізації незнімного протезування порожнини рота, а також поступального підвищення якості ортопедичного стоматологічного лікування.

Ключові слова: ускладнення, незнімні конструкції, проміжна частина.

Complications of prosthetics non-removable dentures

V. Nespriadko, V. Kyryliuk

Purpose: it is carrying out an oral examination of the population for assessing status of the oral cavity and available to them fixed bridge, and to identify complications of their use.

Methods. It is carried out complex examinations of 78 patients with available complications at prosthetics of fixed structures.

Results. Obtained during carried out researches data indicate a high percentage of complications, clinical and technological errors in the treatment of patients with defects of hard tooth tissues and dentition with dentures fixed constructions.

Conclusions. The obtained data indicate the urgent need to optimization of fixed prosthetics the oral cavity and progressive improvement of quality prosthetic dental treatment.

Key words: complications, fixed constructions, the intermediate part.

В.П. Неспрядько – д-р мед. наук,

заведуючий кафедрою ортопедическої стоматології національного медичного університету ім. А.А. Богомольця.

Кирилюк Володимир Владимирович –

аспірант кафедри ортопедическої стоматології Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця.

Адрес: г. Киев, ул. Зоологическая, 1. Тел.: 066 744-11-95. E-mail: volodymyr.dent@gmail.com