

Протезування пацієнтів літнього віку

При протезуванні пацієнтів літнього віку пред'являються певні особливі вимоги до виготовлення зубних протезів. Процес лікування такою конструкцією має бути нетрудомістким, а користування і гігієнічний догляд за протезом повинні здійснюватися без особливих складнощів для пацієнта.

При цьому зубний протез має відповідати функціональним (комфорт при жуванні, мовлення) та естетичним вимогам, а також служити впродовж тривалого часу. Слід вибирати таку конструкцію протеза, в яку можна було б надалі при втраті опорних зубів внести зміни чи доповнення.

Далі на прикладі декількох клінічних випадків будуть розглянуті різні варіанти знімного протезування при частковій і повній втраті зубів: виготовлення бюгельного протеза з кламерною фіксацією чи замковими кріпленнями, повного знімного протеза, комбінованих протезів з опорою на імпланти з різними методами фіксації.

При наданні стоматологічної допомоги літнім і престарілим пацієнтам лікар-стоматолог стикається з проблемами, що пов'язані з віковими особливостями таких пацієнтів:

- загальна слабкість і неміч;
- наявність супутніх захворювань;
- прийом (декількох) медикаментів;
- порушення моторики;
- зниження зору чи слуху.

Усі ці особливості ускладнюють співпрацю між пацієнтом і лікарем при проведенні лікування і диспансерного спостереження. Чим серйозніше фізичні чи психічні порушення в пацієнта, тим обережніше треба відноситися до стоматологічних процедур і тим простіше має бути вибрана ортопедична конструкція.

Крім того, слід врахувати, що повинна бути забезпечена необхідна гігієна ротової порожнини і відповідний догляд за протезом після його встановлення. Ці процедури може проводити або сам пацієнт, або навчені відповідним чином близькі пацієнта або медперсонал.

Якщо в області зубів, що залишилися, визначається значна деструкція кісткової тканини через пародонтит і вони створю-

ють проблеми з гігієною ротової порожнини, показане видалення таких зубів. Після цього виготовляється повний знімний протез або комбінований протез з опорою на імпланти. При виготовленні протеза необхідно передбачити наступні аспекти:

- протез має служити впродовж тривалого часу;
- має бути можливість при необхідності доповнити протез;
- користування і гігієнічний догляд за протезом не повинні викликати труднощів.

Тут розглядаються різні клінічні випадки, на прикладі яких демонструються можливі варіанти знімних конструкцій при протезуванні літніх і престарілих пацієнтів.

Повні знімні протези



Виготовлення повного знімного протеза при повній втраті зубів є самим недорогим і найменш інвазивним методом протезування. Чим більша атрофія кісткової тканини в області альвеолярного гребеня, тим більшу роль грають досвід і необхідні навички лікаря-стоматолога при виготовленні протеза.

Рекомендується системний підхід до проведення лікування:

- постановка діагнозу (в обов'язковому порядку ортопантомограма, огляд ротової порожнини, міофункціональні методи дослідження);
- проведення лікування (попередній відбиток за допомогою альгінату, припасування індивідуальних відбиткових

ложок, функціональний відбиток, припасування воскових валиків у ротовій порожнині, реєстрація центрального співвідношення, примірка воскової конструкції в ротовій порожнині, установка протеза);

- диспансерне спостереження (усунення пролежнів, ремонт, регулярні контрольні огляди і можливо перебазування протеза).

При протезуванні літніх або престарілих пацієнтів необхідно звернути особливу увагу на вертикальні розміри протезів. Слід порівняти їх висоту з наявними знімними протезами, на яких, можливо, вже значно зношені штучні зуби.

Проводити підняття прикусу слід дуже обережно, тоді пацієнту буде легше звикнути до нового зубного протеза.

Іноді результати лікування бувають ефективнішими, якщо престарілим пацієнтам провести корекцію наявних протезів (перебазування, ремонт), а не виготовляти нові протези.

Бюгельні протези при частковій втраті зубів

За наявності зубів, які ще можна використовувати при протезуванні як опорні, простим варіантом протезування є виготовлення бюгельного протеза з кламерною фіксацією (мал.2 а, б).



Мал. 2а. На нижню щелепу встановлений бюгельний протез з кламерною фіксацією і оклюзійними накладками. Опорні зуби не вкривалися коронками

При цьому необхідно, щоб опорні зуби відповідали в достатній мірі естетичним вимогам і могли забезпечити ретенцію (утримання) протеза.



Мал. 2б. Повний знімний протез на верхню щелепу і бюгельний протез на нижню. Вигляд при зімкнутих зубних рядах

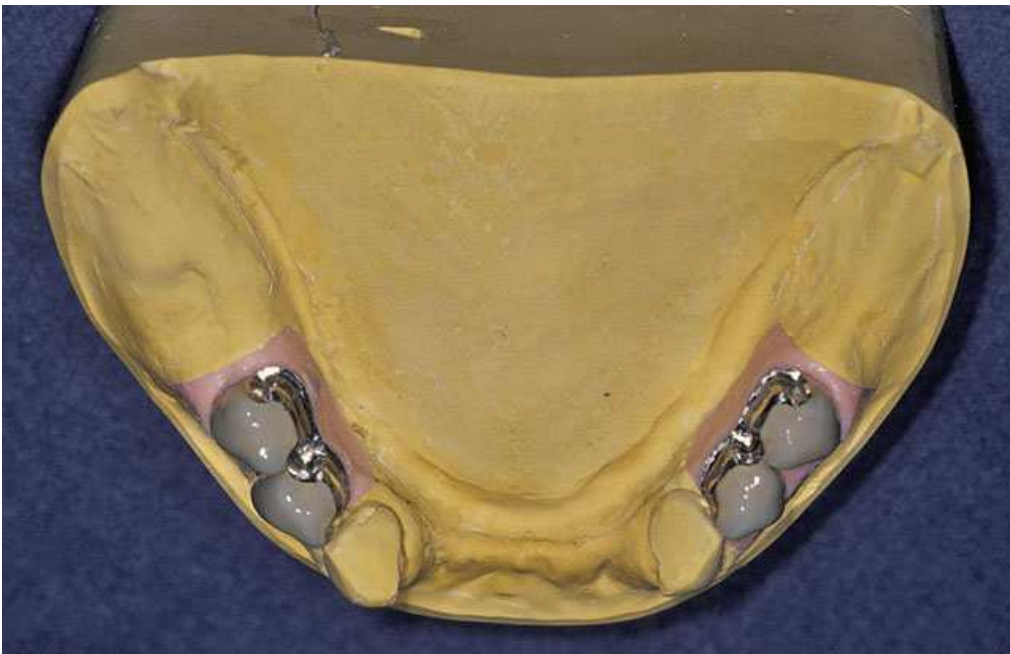
Для того, щоб уникнути перевантаження опорних зубів, передусім при кінцевих дефектах зубного ряду, слід проводити регулярний контроль і при необхідності перебазування протезів. Постійне диспансерне спостереження, ретельне дотримання гігієни ротової порожнини і при необхідності проведення лікування пародонтиту сприяють збереженню тканин пародонту в області опорних зубів і подовжують термін служби протеза.

При значному руйнуванні твердих тканин або невеликій кількості опорних зубів, що залишилися, слід вкрити їх коронками з відфрезерованим плечовим уступом (мал. 3 а – г):



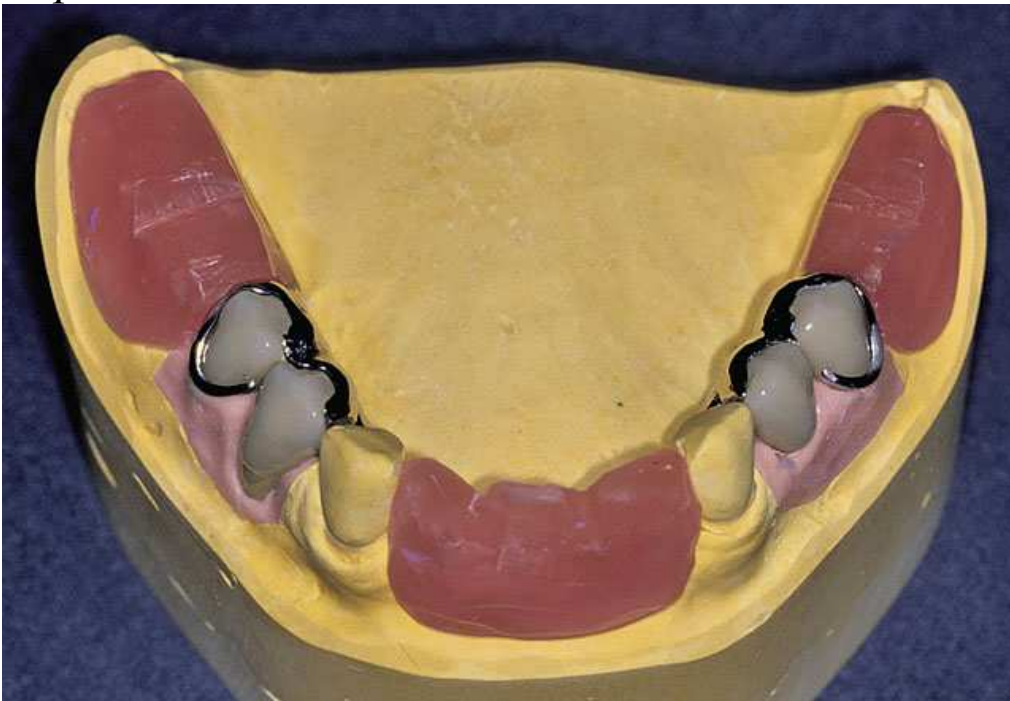
*Мал. 3а.
Гіпсова модель нижньої щелепи з куксами*

відпрепарованих під коронки зубів (премолярів)



Мал. 3б.
Для кламер-
ної фіксації
протеза на
опорні зуби
виготовлені
коронки з
відфрезеро-
ваним пле-
човим ус-
тупом.

Коронки встановлені на гіпсовій моделі



Мал. 3в.
Відповідний
металевий
каркас про-
теза з вос-
ковими ва-
ликами
встанов-
лений на
гіпсовій
моделі

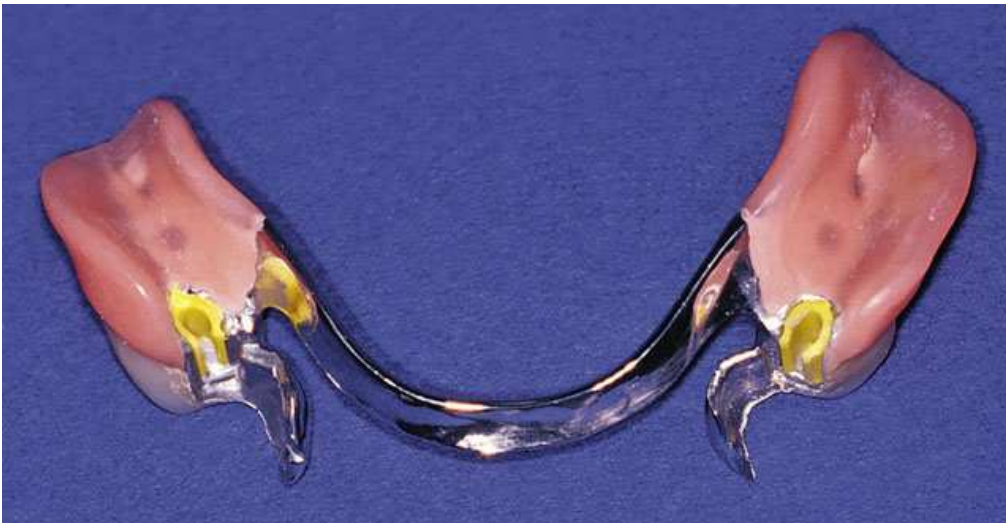


Мал. 3г.
Бюгельний
протез (ви-
гляд з боку
базису)

або коронками із середини – і позакоронковими замковими кріпленнями (мал. 4 а – в):



*Мал. 4а.
Металокерамічні коронки з відфрезерованим плечовим уступом і атак-ментами встановлені на гіпсовій моделі*



*Мал. 4б.
Бюгельний протез на нижню щелепу*

При виготовленні конструкції використовувалися ретенційні вставки жовтого кольору.



*Мал. 4в.
Протез з безкламерною фіксацією, встановлений у ротовій порожнині*

У таких випадках також необхідно проводити регулярне диспансерне спостереження. При контрольних оглядах проводиться активування кламерів або замкових кріплень, а також заміна ретенційних елементів.

Комбіновані протези з опорою на імпланти і фіксаторами системи «Локатор»

Використання фіксаторів системи «Локатор» є для лікаря-стоматолога відносно нескладним варіантом фіксації протеза з опорою на імпланти. Зазвичай на нижній щелепі встановлюються від двох до чотирьох імплантів у підборідній ділянці. По можливості імпланти мають бути розташовані паралельно один одному. Розбіжність осей двох імплантів має бути не більше 40 град.

Для виготовлення протеза, що не перекриває піднебіння, при повній втраті зубів на верхній щелепі необхідно встановити не менше чотири атачментів системи «Локатор» або сферичних атачментів.

Для того, щоб механізм фіксації служив впродовж тривалого періоду часу, слід дотримуватися певних приписів:

- при знятті відбитку (наприклад, знімати відбиток зі встановлених імплантів за допомогою відкритої індивідуальної ложки);
- при виборі конструкції протеза (виготовляти металевий каркас для стабілізації базису протеза);
- при користуванні протезом і гігієнічному догляді за ним (тримати в чистоті вторинні елементи системи «Локатор», обережно встановлювати протез). При порушеннях моторики і поганому зорі можуть виникнути труднощі при користуванні протезом з фіксаторами системи «Локатор».

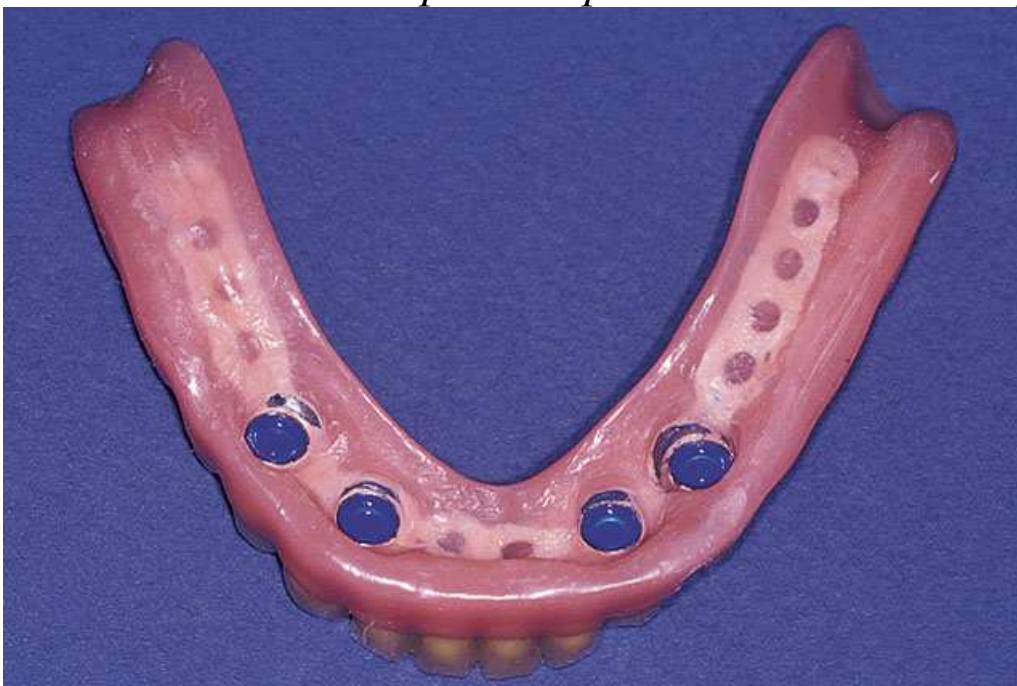
На мал. 5 а – е представлений клінічний випадок лікування пацієнтки з укороченим зубним рядом на верхній щелепі і повною втратою зубів на нижній щелепі (стан після екстракції зубів, що залишилися).



Мал. 5а. Зуби, що залишилися на нижній щелепі, підлягають видаленню



Мал. 5б. Встановлені фіксатори системи «Локатор»



Мал. 5в. Комбінований протез з матрицями із системи «Локатор» і металевим каркасом для зміцнення базису протеза



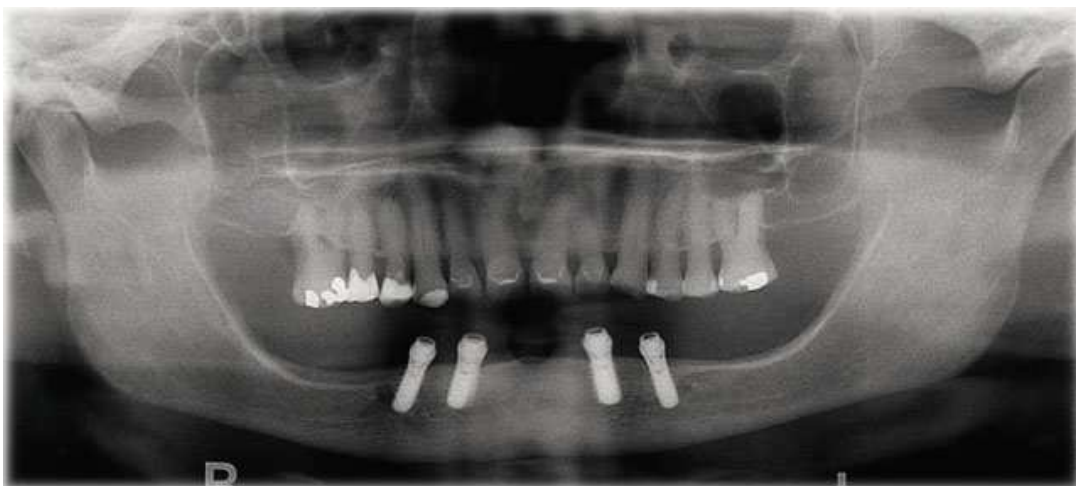
*Мал. 5г.
В області
нижньої
щелепи
встанов-
лений ком-
бінований
протез.*

Стан до проведення реставрації верхніх фронтальних зубів (вигляд при зімкнутих зубних рядах)

Пацієнтці був спочатку виготовлений тимчасовий знімний протез на нижню щелепу, а потім комбінований протез з опорою на чотири імплантати і фіксаторами системи «Локатор».



*Мал. 5д.
Для покра-
щення ес-
тетики 12,
11, 21 і 22
зуби були
вкриті суцї-
льнокера-
мічними
вінірами*



Мал. 5е. Контрольна ортопантомограма через 7 років після встановлення протеза

Фіксація за допомогою сферичних атакментів

Фіксація протеза за допомогою двох сферичних атакментів, встановлених на імплантатах, – простий і недорогий метод, який застосовується передусім при протезуванні літніх людей з порушенням моторики.

Обмеження до використання цієї системи фіксації в деяких випадках можуть бути пов'язані із занадто великими розмірами сферичного атакменту (при невеликих вертикальних розмірах протеза) чи занадто малими розмірами сферичного атакменту (при товстому шарі слизової оболонки, що оточує імплантат).

На мал. 6 а – г представлений пацієнт з повним знімним протезом, виготовленим на верхню щелепу, і комбінованим протезом з фіксацією за допомогою двох сферичних атакментів на нижню. Пацієнт вже впродовж багатьох років успішно користується протезами.



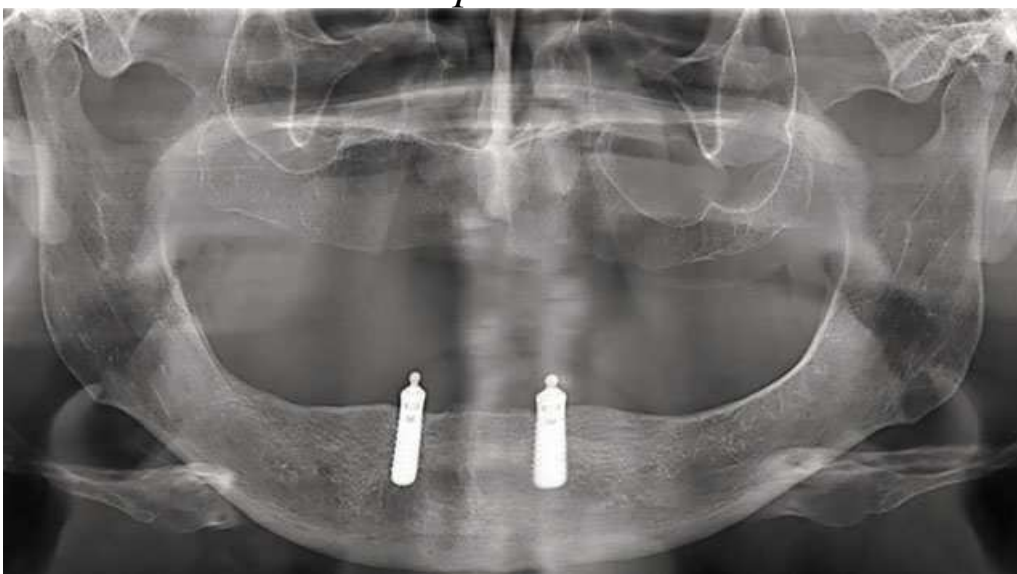
Мал. 6а. На встановлені в ділянці підборіддя два імплантати зафіксовані сферичні атакменти



Мал. 6б. Комбінований протез на нижню щелепу зі встановленими матрицями сферичних атакментів



Мал. 6в. Повний знімний протез на верхню щелепу і комбінований протез для нижньої щелепи встановлені в ротовій порожнині

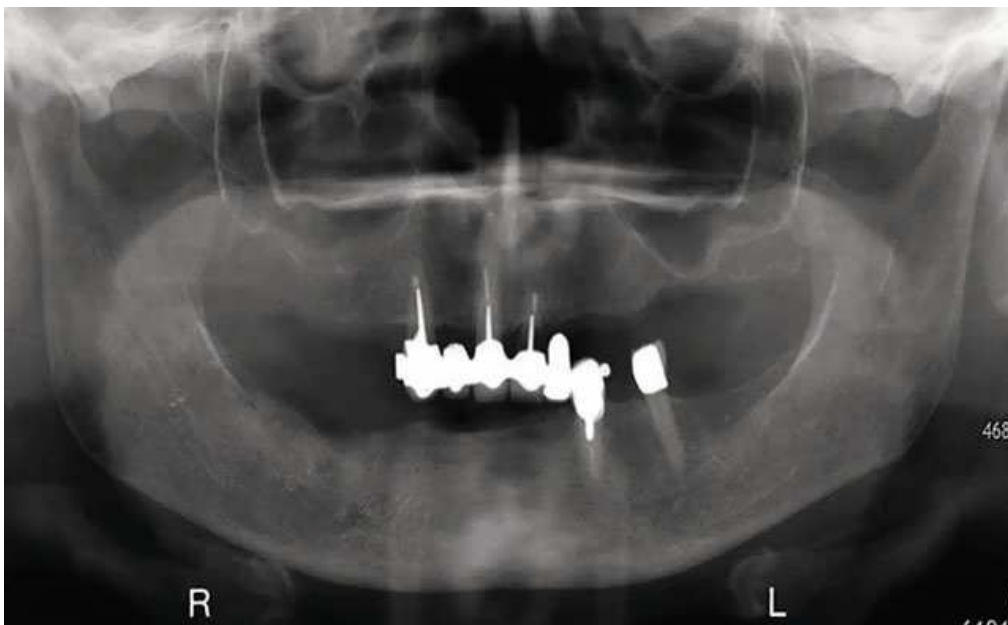


Мал. 6г. Ортопантомограма через 11 років після встановлення протезів

Телескопічна фіксація (за допомогою подвійних коронок)

На мал. 7 а – е представлений клінічний випадок протезування пацієнтки за допомогою повного знімного протеза в області верхньої щелепи після видалення зубів, що залишилися, які вже неможливо було зберегти.

На нижню щелепу був виготовлений комбінований протез, що частково спирається на природні зуби, частково на імплантати, з фіксацією за допомогою індивідуально виготовлених литих конусних первинних телескопічних коронок і вторинних гальванічних ковпачків.



Мал. 7а.
Початкова
ситуація:
верхні зуби,
що залиши-
лися, підля-
гають ви-
даленню,
несприят-

ливе розташування опорних нижніх зубів



Мал. 7б.
Конусні
первинні
телеско-
пічні корон-
ки встанов-
лені на при-
родні зуби
та імплан-
тати



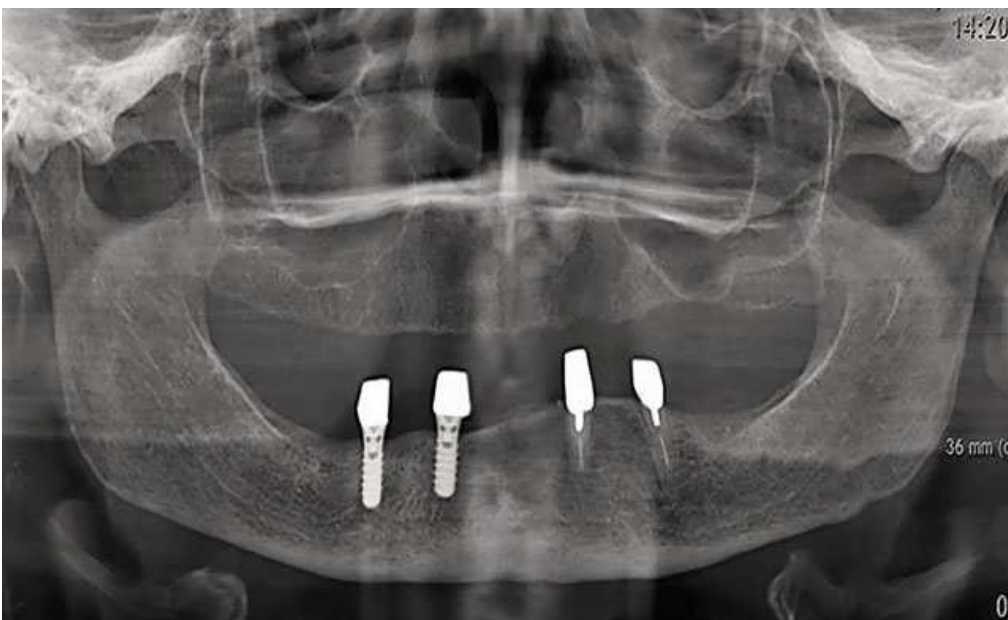
Мал. 7в. Встановлені на первинні телескопічні коронки галь-
ванічні ковпачки фіксуються на пластмасу (приклеюються)
до третинної конструкції безпосередньо в ротовій порож-
нині. Це гарантує подальше припасування протеза без
напруги



Мал. 7г.
Фіксовані
(приклеєні)
до третин-
ної конс-
трукції га-
льванічні
ковпачки
залишаю-
ться у від-
знятому
відбитку



Мал. 7д.
Комбінова-
ний протез
з фіксова-
ними на
пластмасу
вторинни-
ми гальва-
нічними
ковпачками



Мал. 7е.
Контроль-
на орто-
пантомо-
грамма че-
рез 7 років
після вста-
новлення
протеза

Спочатку проводиться постійна фіксація первинних телескопічних коронок у ротовій порожнині, потім на первинні телескопічні коронки встановлюються гальванічні ковпачки і фіксуються до третинної конструкції (вклеюються), після чого знімається відбиток.

При такому порядку виконання роботи гарантоване припасування протеза без напруги.

Фіксація за допомогою балкових кріплень

Добрі результати лікування спостерігаються при виготовленні протеза з опорою на імплантати (наприклад, на чотири імплантати на нижню щелепу) і фіксацією за допомогою індивідуально відлитої балки з окантованою поверхнею, дистальними консолями і замковими кріпленнями.

При такому методі лікування відзначаються хороша ретенція і стабільність положення протеза. У базисі протеза в більшості випадків є металева матриця, тому користуватися їм нескладно і досить комфортно. При диспансерних оглядах легко проводити корекцію протеза (в основному заміну ретенційних елементів з пластмаси). Проте в пацієнтів, які страждають на бруксизм, ретенційні елементи зношуються швидше.

Гігієна ротової порожнини при користуванні протезами з фіксацією за допомогою балкових кріплень трохи складніше, ніж при користуванні протезами з окремо розташованими фіксаторами. На мал. 8 а – в представлений пацієнт, якому були встановлені імплантати і балкова конструкція

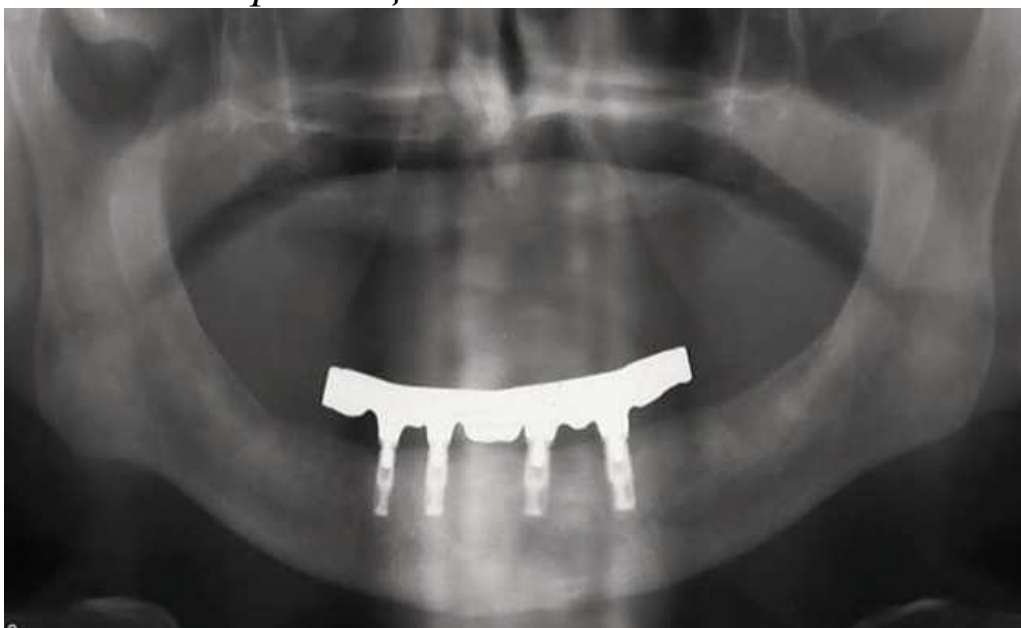


*Мал. 8а.
Індивідуально виготовлена відфрезерована балка з окантованою поверхнею, дистальними консолями і*

замковими кріпленнями



Мал. 8б. Комбінований протез на нижню щелепу з металевою матрицею з кобальто-хромового сплаву і пластмасовими ретенційними вставками



Мал. 8в. Контрольна рентгенограма через десять років після встановлення знімного протеза з балковою фіксацією

Після багаторічного користування комбінованим протезом з фіксацією за допомогою балкового кріплення досить нескладно перетворити старий протез на новий. Для цих цілей знімається силіконовий відбиток з щелепи зі встановленою балкою. З воску моделюються нові патриці, а потім відливаються і приклеюються до тих, що зносилися. Таким чином, замкові кріплення можуть знову виконувати свої функції.

Сучасні варіанти індивідуально виготовлених за допомогою комп'ютерних технологій (CAD/CAM) балок з титану чи не-

благородного сплаву металів, з різними елементами фіксації, можуть бути дуже точно припасовані. Вартість таких протезів досить висока, особливо в тих випадках, коли фрезерується і вторинна конструкція.

При плануванні виготовлення балки і протеза рекомендується дотримувати певну послідовність маніпуляцій (протоколу), зокрема перед відправкою чи проведенням сканування майстер-моделі слід перевірити положення імплантатів.

Дискусії

При виготовленні повних знімних протезів на нижню щелепу отримати необхідний ефект вакууму значно складніше, ніж при виготовленні повних знімних протезів на верхню, навіть при ретельному припасуванні індивідуальної ложки та ідеальному знятті відбитку.

Тому наявні нижні опорні зуби являють особливо велику цінність при фіксації знімного протеза.

Якщо всі природні зуби були видалені у зв'язку з пародонтизом або руйнуванням твердих тканин внаслідок ускладнень карієсу, то можливим варіантом лікування є встановлення імплантатів.

На нижній щелепі можна встановити імплантати в ділянці підборіддя. Як правило, навіть при високому ступені атрофії альвеолярного гребеня об'єм і якісні характеристики кісткової тканини в цій ділянці дозволяють встановити імплантати.

Кісткові тканини верхньої щелепи мають менш щільну структуру. Тому при встановленні імплантату при повній втраті зубів у верхню щелепу вірогідність його збереження нижча, ніж у нижню. Крім того, більшість престарілих пацієнтів з повною втратою зубів успішно користуються повними знімними протезами на верхню щелепу і при цьому часто бувають незадоволені повними знімними протезами, виготовленими на нижню щелепу.

Тому в представлених клінічних випадках більше прикладів повних знімних протезів з опорою на імплантати на нижню щелепу, ніж на верхню.

У кожного з методів фіксації протезів з опорою на імплантати є свої переваги та недоліки.

Лікар-стоматолог індивідуально підбирає оптимальний метод лікування в кожній конкретній ситуації.

У будь-якому випадку доцільно працювати спільно із зубним техніком, і запрошувати його при виборі гарнітури зубів, оцінці припасування воскових валиків і примірці воскової конструкції протеза, виходячи з принципу «чотири ока можуть побачити більше, ніж два». Крім того, можна провести індивідуалізовану постановку зубів, відповідну для конкретного пацієнта.

При цьому можна використовувати фотографії пацієнта, зроблені в молодому віці. Виготовлені таким чином повні знімні протези зазвичай добре сприймаються пацієнтами.

При проведенні лікування престарілих пацієнтів слід у достатній мірі проявляти терпіння і чуйність. Такий підхід до лікування грає особливо важливу роль при лікуванні цього контингенту пацієнтів.

Автор: Дагмар Шнабль, к. м. н., завідувачка відділенням ортопедичної стоматології при Університетській стоматологічній клініці Інсбрука (Австрія)