

Класифікація беззубих щелеп



Втрата всіх зубів на щелепі – це великий удар по пацієнтові, і передусім – по його психіці і соціальному статусу.

Разом з втратою зубів зникає і упевненість у своїй привабливості, і можливість виконувати звичні щоденні завдання на кшталт прийому їжі, мовлення і міміки.

Про особливості беззубих щелеп і їх протезування далі піде розмова в цій статті.

1. Характеристика патології

У нормі зуби зафіксовані в щелепній кістці за допомогою альвеолярних відростків або альвеолярного гребеня. Відразу після видалення зубів вони виражені досить добре, проте, з часом відбуваються зміни альвеолярних відростків, вони згладжуються через процес атрофії, бо в нормі зазнають функціональне навантаження, яке зникає з втратою кісткових органів. Класифікації беззубих щелеп, передусім, призначені для впорядковування ступеня вираження атрофічних процесів, оскільки вони грають важливу роль в успішності протезування.

У авторів цих теоретичних розробок різні погляди на ознаки, за якими слід ділити ступені атрофічних змін.

Приміром, Шредер, окрім основної ознаки – ступеня атрофії альвеолярних відростків, розглядає вираження горбів на верхній щелепній кістці, піднебінну зону і розташування клапанного фрагмента. Проте він виділяє лише три типи, що багато авторів визнали недостатнім.

Келлер у своїй класифікації до визначальних ознак відносить локалізацію виражених альвеолярних відростків і розташування інших частин щелепи відносно топографії зубів.

У класифікації Курляндського враховується відразу безліч ознак. Узявши за основу досвід попередників, він визнав важливою ознакою вираження верхньощелепних горбів, форму піднебіння, але на додаток до цього звернув увагу на розміри тіла кістки і вираження торусу.

Оксман узагальнив знання і створив класифікацію, де існують проміжні за вираженням типи.

Так, у кожного з дослідників склалося власне ставлення до необхідності враховувати різні чинники в діагностиці атрофічних змін у щелепі.

2. Загальноновизнані варіанти обстежень

Єдиних критеріїв до класифікації не існує, оскільки у світі існують різні школи стоматології.

Крім того, втрата зубів у результаті різних чинників вимагає звертати увагу на різні ознаки, а між будь-якими з перерахованих класів завжди є перехідні види.

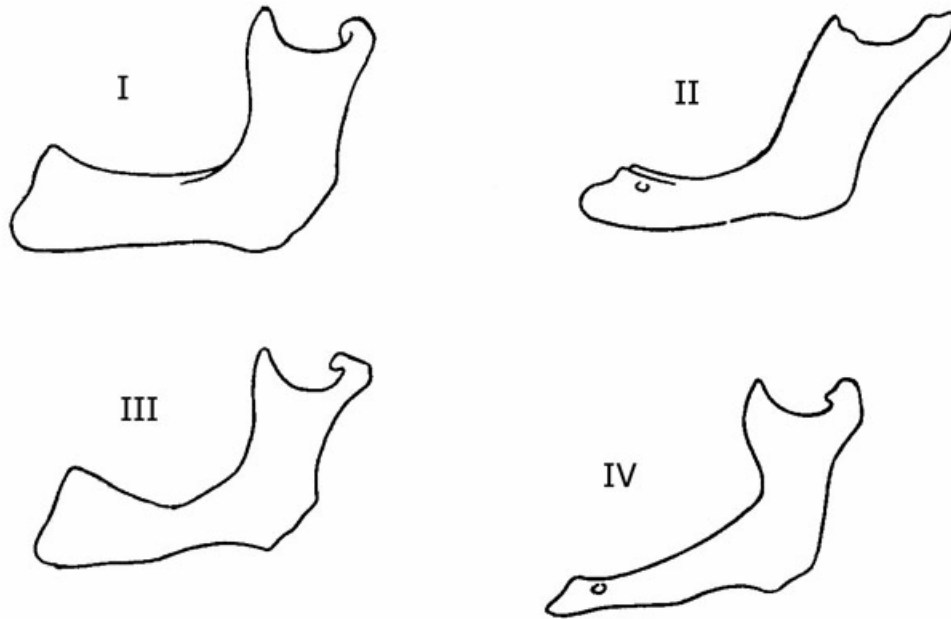
За Шредером

Класифікація цього ученого описує класи верхніх щелеп, за основну ознаку (як і в наступних класифікаціях) приймаючи ступінь атрофії альвеолярних відростків. Автор також відмічає ступінь сприятливості встановлення протеза. Всього він виділив три види аномалій:

- **Перший** – найбільш вигідна зміна для кріплення протеза – досить високе склепіння піднебіння, досить виражені альвеолярні відростки і горби, рухома слизова оболонка закріплена високо відносно вершини альвеолярного гребеня.
- **Другий** – добре виражене склепіння піднебіння, альвеолярні відростки і горби мають середню ступінь атрофії, рухома слизова частина розташована трохи ближче до вершини альвеолярного гребеня. Менш вигідний тип, проте, все ще придатний для закріплення протеза.
- **Третій** – структури сплюснені, що робить надійну фіксацію протеза майже неможливою – немає анатомічних нерівностей для його надійного кріплення, тому протез постійно зміщується.

Таким чином, розподіл у цій класифікації досить умовний, оскільки має значну кількість проміжних варіантів.

За Келлером



На відміну від умов закріплення ортопедичних конструкцій на верхню щелепу, встановлення протеза на нижню щелепу в принципі малосприятливе.

Нижня щелепа рухома – вона бере участь у розмови, в пережовуванні їжі, у міміці, а тому нормальна життєдіяльність людини припускає безліч ситуацій для зміщення протеза.

Класифікація Келлера якраз спеціалізується на описі ступеню атрофії структур нижніх щелеп:

Перший тип описує випадки незначних, рівномірно розподілених атрофічних змін.

Такий тип зустрічається дуже рідко з тієї причини, що рівномірна атрофія можлива тільки за умови недавнього одночасного видалення всіх зубів. Проте, саме він найбільш вигідний для протезування.

При другому типі структури схильні до значних рівномірних змін. Альвеолярна частина при таких змінах стає вузькою і гострою, закріпити на ній протез стає майже неможливо.

Крім того, анатомічне згладжування структур не створює перешкод зміщенню протеза, через що він стає украй нестійким у користуванні. Іноді протезування на цьому типі для пацієнтів буває болючим.

У разі **третього** типу атрофія більшою мірою зачіпає бічні частини і в меншій – передні.

На відміну від попереднього, такий тип більшою мірою вигідний для протезування, оскільки збережена альвеолярна час-

тина надає протезу стійкість, а атрофічні зміни бічних відділів створюють увігнутий рельєф, перешкоджаючи ковзанню протеза.

Останній, **четвертий** тип описує випадок, зворотний попередньому, – з вираженою атрофією в передньому відділі і незначною в бічних.

Встановити стабільно зафіксований протез у цій ситуації практично неможливо, оскільки він постійно зміщуватиметься в передньозадньому напрямі, «вислизаючи» з ротової порожнини.

У результаті, нижня щелепа набагато важче для установки і носіння повного протеза, і оптимальний варіант для протезування зустрічається у край рідко.

За Оксманом

Оксман, об'єднавши напрацювання попередників, створив класифікацію відразу для обох щелеп. Учений виділив наступні типи аномальних змін:

- **I тип.** Альвеолярні відростки добре збережені, піднебінне склепіння чітке, рухома слизова оболонка має високі точки кріплення.
- **II тип.** Усі структури піддані атрофії в середній мірі, контури згладжені.
- **III тип.** Структури мають значну ступінь атрофії, рівномірно розподілену по всій кістці, піднебінне склепіння значно сплюснене.
- **IV тип.** Нерівномірний розподіл змін структур, поєднання ознак декількох типів.

Як можна здогадатися з попередніх класифікацій, оптимальним варіантом для установки повного протеза є перший, тоді як найменш вдалі – третій і четвертий, хоча в останньому випадку важлива ступінь і локалізація нерівномірності змін.

Зміни в структурі нижньої щелепи також можна розділити на 4 типи. Їх принцип схожий з класифікацією для верхньої щелепи. Перші 3 пункти описують рівномірні атрофічні зміни в порядку їх посилення, а останній потрібний для опису випадків змішення ознак, властивих різним типам.

Як бачите, Оксман у своїй класифікації вирішив відійти від ретельної деталізації ознак, властивих кожному типу, і ввести

тип з новими характеристиками – змішаний, який включав би усі випадки нерівномірної атрофії.

3. Види відбитків



Етап зняття анатомічного відбитка

Однією з гарантій надійного і якісного протезування є зняття хорошого відбитку тканин протезного ложа. Це необхідно для виготовлення будь-якої протезної конструкції.

Розрізняють декілька видів відбитків, які діляться за різними ознаками.

Анатомічний відбиток має найвищі краї, завдяки чому максимально далеко перекриває рухомі тканини. Їх отримують за допомогою стандартних відбиткових ложок.



Отриманий анатомічний відбиток верхньої щелепи

Інший вид відбитку – **функціональний**. Його знімають за допомогою індивідуальної відбиткової ложки, він має нижчі краї і обмежений межами рухомої слизової оболонки, перекриваючи її лише в незначній мірі.

Розрізняють, власне, функціональний і функціонально-присмоктувальний вид відбитків, які розрізняються ступенем покриття рухомих тканин.

Функціонально-присмоктувальний відбиток у меншій мірі перекриває рухомі тканини.

Розвантажувальні і навантажувальні (компресійні) відбитки відрізняються ступенем відтиснення слизової оболонки при виготовленні.

Відповідно до назв, розвантажувальний відбиток знімається при мінімальному тиску, тоді як компресійний – при значному тиску. Вибір відбитку залежить від типу слизової оболонки протезного ложа.

4. Особливості слизової оболонки

Оцінити стан слизової оболонки важливо ще на етапі зняття відбитку. Від цього залежить вибір використовуваного матеріалу.

Розрізняють наступні типи слизової оболонки:

- **Нормальна** слизова оболонка добре зволожена, має блідо-рожевий колір і практично не травмується при проведенні з нею маніпуляцій. Саме такий стан слизової оболонки оптимальний для протезування.
- **Гіпертрофована** оболонка при пальпації відчувається як рихла, гаряча, вона добре зволожена, але легко деформується при маніпуляціях. Таку оболонку характеризують як дуже податливу, і протез на ній важко зафіксувати.



- **Атрофована** оболонка на дотик дуже щільна і суха, має білястий колір. Такий тип найменш сприятливий для протезування. На оболонці такого типу часто можна виявити запалення і ушкодження, і при їх наявності вимагається диференціювати їх з інфекційними і системними захворюваннями.

Таким чином, стан слизової оболонки необхідно враховувати при встановленні протеза так само, як і інші ознаки атрофії.

Висновок

Безумовно, протезування в разі втрати усіх зубів – це складний і дорогий процес, який вимагає професіоналізму і трепетного контролю на всіх етапах проведення процедури. Багатьох лякає вартість цієї маніпуляції, проте, якщо пацієнт відмовиться від протезування?

Як вже було згадано в наведених вище класифікаціях, альвеолярні відростки мають властивість досить швидко згладжуватися, якщо до них не кріпляться зуби.

У випадку якщо пацієнт відкладає протезування, з кожним днем прийняти це рішення буде дедалі важче, бо рельєф щелепи і ротової порожнини в цілому безповоротно зміниться.

Крім того, протезування дозволяє повернути посмішці людини естетику, а значить і упевненість у собі. Спочатку можливі деякі дефекти миміки і розмови, проте вони проходять через місяць після протезування, тоді як відсутність зубів лише з часом посилює ситуацію.

Втрата зубів не проходить безслідно для всього організму: частки погано пережованої або надмірно м'якої їжі можуть провокувати захворювання шлунково-кишкового тракту, а деформація прикусу веде до артриту скронево-нижньощелепного суглоба, який спричиняє постійні головні болі і погане самопочуття.

Тому не відкладайте протезування і довіряйте себе тільки рукам професіоналів.

За матеріалами сайту <http://zubovv.ru>