

## Знімні та незнімні протези в літніх пацієнтів



Кількість стоматологічних пацієнтів, вік яких перевищує 65 років, продовжує прогресивно збільшуватися. Враховуючи наявні тенденції, логічно, що саме серед таких найчастіше спостерігаються симптоми часткової і повної адентії, які також асоційовані з довготривалим використанням різних протетичних конструкцій і розвитком атрофії кісткового гребеня обох щелеп. Нині можливість проведення процедури дентальної імплантації дозволила оптимізувати підходи до реабілітації літніх пацієнтів, основні аспекти якої і будуть описані в цій статті.

### **Вік і протези**

На жаль, одним з найбільш поширених підходів до відновлення дефектів зубного ряду є використання повних знімних протезів. Тенденція масового використання саме цих конструкцій обґрунтована певними соціо-економічними умовами життя літніх пацієнтів, досвідом вже попереднього їх застосування і страхом змінювати спосіб життя, що склався, і до якого вони вже більш-менш звикли. Проблема полягає в тому, що використання повних знімних протезів з віком призводить до прогресуючої атрофії кісткової тканини щелеп. При чому на нижній щелепі редукція кістки проходить набагато швидше, ніж на верхній, а ретенція як така і при нормальному рівні кісткового гребеня є не завжди прийнятною.

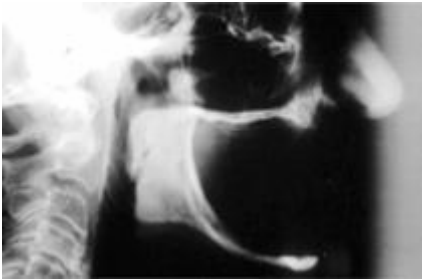
З іншого боку, використання повних знімних протезів аргументує необхідність видалення зубів, що залишилися, для фіксації базисів конструкцій. Таким чином, повне знімне протезування за своєю суттю є одним з найбільш деструктивних методів лікування. Втрата кісткової тканини щелеп під дією повних знімних протезів прогресує з часом їх використання. Раніше в США дуже поширеним було використання керамічних штучних зубів у повному знімному протезі, які повинні були утримувати необхідну вертикальну величину оклюзії. І вони справлялися зі своєю функцією, але завдяки атрофії кісткової тканини, на яку спиралися базиси.

П'ятдесят років тому більш ніж у половини населення США у віці 65-75 років була діагностована повна адентія, отже, було потрібне лікування в умовах вже сформованого дефіциту кісткової тканини щелеп. Використання дентальних імплантатів як опори для протезів ретельно вивчалось ще з 1940-х років. У той час конструкції імплантатів були представлені субперіостальними аналогами або імплантатами за типом «blade». Але слід віддати належне: до моменту розробки першого гвинтового імплантату, усі попередні аналоги не характеризувалися достатнім рівнем клінічної успішності чи надійності.

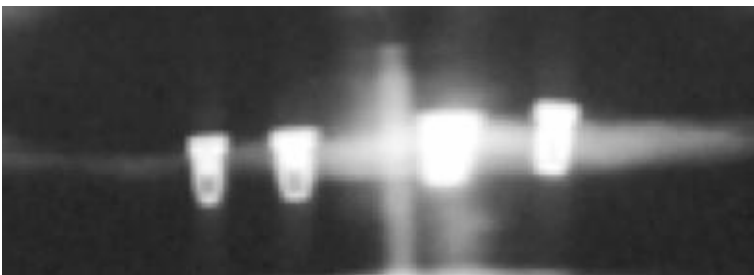
Під час проведення конференції в Торонто, яку очолював професор Джордж Зарб, професор Інгвар Бранемарк представив унікальне рішення для відновлення дефектів зубного ряду за допомогою дентальних імплантатів, яке змінило стоматологію назавжди. Гвинтові імплантати виключили необхідність проведення великої реконструкції кісткової тканини щелеп для установки пластинчатих або періостальних аналогів, оскільки фактично для реабілітації атрофованої щелепи за запропонованим Бранемарком алгоритмом вимагалось встановити лише чотири титанові гвинти (фото 1-3).

На фото 1 Ви можете побачити 81-річного пацієнта з важкою формою атрофії нижньої щелепи після довготривалого використання повного знімного протеза. Рівень атрофії був настільки вираженим, що подальше використання подібного типу конструкцій було просто неможливим. У 1983 році цьому пацієнтові були встановлені 4 гвинтові імплантати, які, згідно з даними панорамної рентгенографії, проникали углиб кортика-

льної пластинки на 3-4 мм (фото 2). Через 4 роки і 5 місяців у ділянці апікального закінчення імплантатів було відмічене формування репаративної кісткової тканини (фото 3), при цьому кожна конструкція залишалася функціонально стабільною до моменту смерті пацієнта в 90-річному віці.



*Фото 1. 81-річний пацієнт з вираженою атрофією нижньої щелепи після тривалого використання повного знімного протеза*



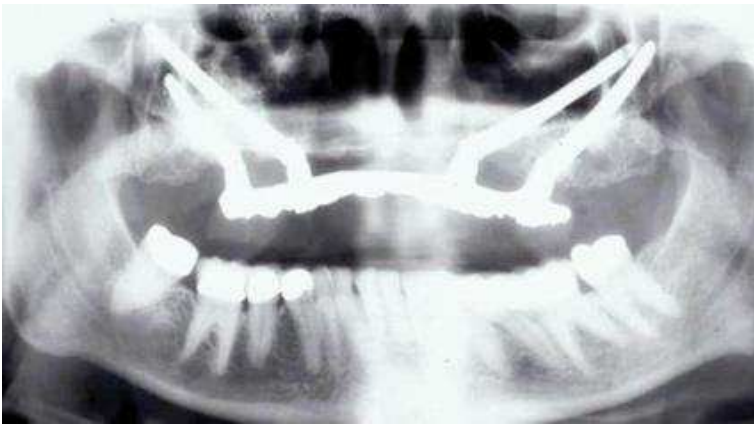
*Фото 2. Вигляд 4 імплантатів, встановлених у 1983 році з penetрацією нижньої кортикальної пластинки*



*Фото 3. Вигляд кісткового загоєння навколо встановлених імплантатів*

Атрофія верхньої щелепи може бути асоційована з впливом ряду етіологічних чинників, але являє таку ж функціональну проблему для реабілітації, як і атрофія нижньої щелепи. При цьому потреба в аугментації верхньої щелепи серед стоматологічних пацієнтів трохи нижча, враховуючи можливість установки виличних імплантатів. Проте, травматичність такої маніпуляції трохи обмежує перспективу її проведення серед літніх пацієнтів.

На фото 4-5 зображений пацієнт, який користувався частковим знімним протезом упродовж більш ніж 40 років, що призвело до вираженої втрати кісткової тканини в ділянці верхньої щелепи-антагоніста. З метою реабілітації пацієнтові були встановлені 4 виличні імплантати, які дозволили досягнути успішної реабілітації у віці більш ніж 70 років (фото 5), що при неможливості установки титанових опор було б досить складним.



*Фото 4. Чотири  
виличні імпланти*



*Фото 5. Вигляд  
остаточної реставрації*

### **Вік і карієс**

Раніше вважалося, що карієс більш характерний для дитячого і юнацького населення, проте останнім часом вдалося встановити, що така модель поширення цієї патології не є зовсім вірною. Профілактика і лікування карієсу серед літніх людей аргументовані тим, що люди у віці 65-75 років є тією частиною населення, що живе найдовше, і відповідно вони користуються зубними протезами набагато довше, ніж усі інші.

Крім того, літні люди вживають багато різноманітних ліків, більшість з яких викликає розвиток ксеростомії<sup>1</sup>. Зміна функції слинних залоз унаслідок прийому медикаментів, дихання через рот у результаті радіотерапії є одним з чинників потенційного розвитку карієсу.

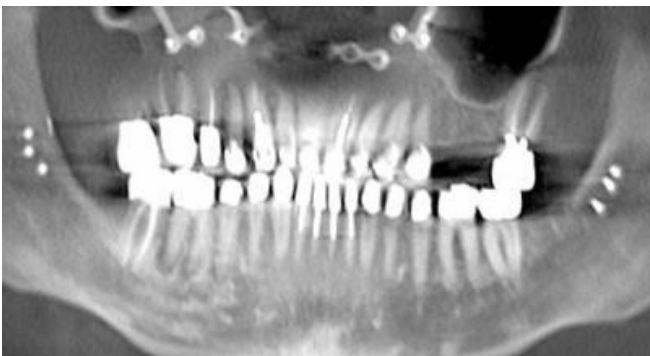
Вторинний карієс під вже наявними реставраціями діагностувати досить складно, поки він не набуває вже повністю деструктивну форму. Пришийковий карієс і карієс кореня може прогресувати без симптомів, що є ще однією складністю діагностики серед літнього населення. Демографічне зрушення

---

<sup>1</sup> Ксеростомія – відчуття «сухості в роті», що може бути викликане зміною складу слини, зниженням секреції слинних залоз чи не мати взагалі певної причини

також грає роль у плануванні сучасних підходів до лікування основних стоматологічних захворювань. У людей із стабільним станом пародонту в процесі старіння карієс може набувати небаченого раніше прогресу, а враховуючи те, що догляд за літніми людьми проводиться переважно в будинках престарілих, забезпечити адекватну профілактику каріозних уражень у таких умовах досить складно.

Використання конструкцій з опорою на дентальні імплантати дозволяє досягнути відновлення цілісності зубного ряду такими видами реставрацій, які не є чутливими до каріозного процесу. На фото 6-7 зображена ортопантомограма 56-річного пацієнта, якому раніше був проведений ряд ортогнатичних та інших великих хірургічних втручань. Після заміни реставрацій усі ознаки вторинного карієсу були проліковані, пародонтологічний статус був стабілізований, естетичний профіль повністю відновлений. Вибір же ефективних методів лікування карієсу в молодому віці є складнішим. При цьому пацієнт має бути ознайомлений з усіма можливими варіантами лікування. Але якщо подумати, то використання методів реабілітації, що унеможливлюють прогрес карієсу в майбутньому в принципі, є не такою вже і поганою перспективою, навіть якщо вона асоційована з необхідністю використання конструкцій на дентальних імплантатах.



*Фото 6. Ортопантомограма 56-річного пацієнта, якому було проведене безліч стоматологічних втручань*



*Фото 7. Стоматологічний статус: здоровий стан пародонту*

## Вік і нейросенсорні порушення

У процесі старіння об'єм кровотоку в ділянці мозку знижується приблизно на 20%. У діабетиків, курців, пацієнтів, що страждають на гіпертензію і атеросклероз, це зниження виражене ще більше. Зміна, що порушує мієлінізацію нервових волокон і синаптичну передачу, безпосередньо впливає на нейрорухову функцію організму, зменшуючи чутливість периферичних нервових клітин. Враховуючи, що безліч неврологічних розладів пов'язані саме з процесом старіння організму людини, але проявляються вони в кожного по-різному, розробити уніфікований протокол лікування подібних захворювань просто неможливо. У пацієнтів з ознаками дискінезії<sup>2</sup> можуть відзначатися виражені зміни активності лицьової мускулатури з прогресуючою дисфункцією зубощелепного апарату, яка унеможлиблює досягнення центрального співвідношення.

На фото 8-9 зображена 82-річна пацієнтка, яка раніше лікувалася від депресії, характеризувалася наявністю компрометованого стоматологічного статусу і ознак дискінезії. При спробі записати високу лінію посмішки в пацієнтки були відмічені деформації активності лицьової мускулатури, таким чином, видалення кісткової тканини в ділянці верхньої щелепи з метою приховання перехідної лінії протезів не було можливим. У подібних пацієнтів необхідно проводити значні зміни оклюзійної схеми для досягнення успішного і прогнозованого результату, а подібні критичні зміни оклюзії можуть бути відкориговані тільки з використанням дентальних імплантатів і фіксованих на них протетичних конструкцій (фото 10-11).



*Фото 8.  
Стоматологічний  
статус 82-річної  
пацієнтки з  
дискінезією*

---

<sup>2</sup> Дискінезія – неврологічний синдром, пов'язаний з раптовими мимовільними рухами в різних групах м'язів



*Фото 9. Неможливість  
перекриття перехідної лінії  
через неконтрольовану  
активність м'язів*



*Фото 10.  
Неможливість  
реєстрації  
центрального  
співвідношення в  
пацієнтки через  
ефект дискінезії*



*Фото 11.  
Неможливість реєс-  
трації центрального  
співвідношення в пацієнтки через ефект дискінезії*

### **Вік і лицьова естетика**

Морфологія обличчя змінюється з часом не зважаючи на стать і загальний стан здоров'я. Окрім змін в естетичній зоні, також відзначається втрата еластичних параметрів тканин, які проглядаються в профілі посмішці. Візуалізація передніх різців у віці 30 років може змінюватися в діапазоні 3 мм, тоді як до 60 років вона зменшується практично до 1 мм. Таким чином, корекція естетики ріжучого краю є вкрай важливим етапом загального лікування оклюзійних проблем серед літніх пацієнтів.

## Старіння і хронологічний вік

Як не дивно, але один з моментів вибору дентальних імплантатів як терапевтичної опції реабілітації залежить від того, скільки ще років пацієнт чекає прожити в майбутньому. Адже якщо зусилля і витрати пацієнта є занадто великими відносно очікуваного періоду життя, що залишився, то ефективність реабілітації із застосуванням дентальних імплантатів зводиться до нуля. Проте сучасні модифікації в імплантології дозволяють не лише скоротити період остеоінтеграції, але і оптимізувати витрати, потрібні на лікування.

На фото 12 зображена пацієнтка з порушенням цілісності зубного ряду, проблемами в ділянці нижньої щелепи, і бажанням красиво посміхатися для своїх онуків. Після консультації було прийняте рішення проводити реабілітацію за допомогою 2 незнімних конструкцій на верхній і на нижній щелепах. На момент консультації пацієнтці було 102 роки. Після фіксації постійних конструкцій вона ще щасливо прожила 6,5 років (фото 13-14).



*Фото 12. Початок лікування 102-річної пацієнтки*



*Фото 13. Обидві щелепи були реабілітовані за допомогою підходу «Все-на-4»*



*Фото 14. Пацієнтка успішно користувалася протезами з опорою на імплантатах протягом ще 6,5 років*

Окрім класичних гібридних реставрацій на імплантатах, літні пацієнти також можуть бути реабілітовані за допомогою ком-

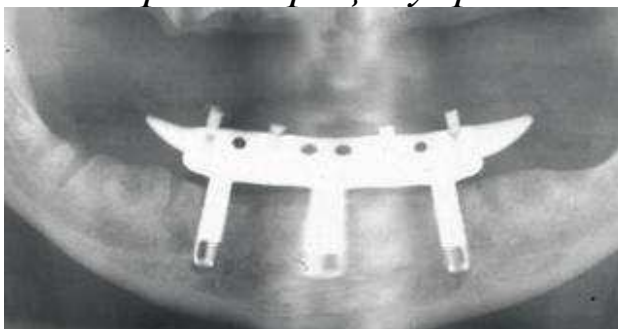
позитних конструкцій, які встановлюють негайно після імплантації. Подібні аналоги можуть служити як основні досить довгий період часу. Особливо корисними вони є у випадках, коли на щелепі-антагоністі пацієнта є повний знімний протез, а також з метою максимального скорочення необхідних витрат (фото 15,16). Можливість використання направляючих шаблонів дозволяє проводити реабілітацію літніх пацієнтів лише за допомогою трьох імплантатів, при цьому максимально знижуючи вартість лікування (фото 17-18). Подібні і ряд інших підходів дозволяє відновити параметри жувальної ефективності пацієнта, мінімізувати прогрес атрофії, і забезпечити підвищення якості життя пацієнта в рази.



*Фото 15. Вигляд провізорного протеза, який служив як остаточна реставрація упродовж 5 років*



*Фото 16. Вигляд провізорного протеза, який служив як остаточна реставрація упродовж 5 років*



*Фото 17. Протез з опорою на трьох імплантатах є досить успішною функціональною альтернативою при негайному навантаженні інтраосальних опор*



*Фото 18. Протез з опорою на трьох імплантатах є досить*

*успішною функціональною альтернативою при негайному навантаженні інтраосальних опор*

### **Висновки**

Реабілітація літніх пацієнтів є досить складним клінічним підходом, але застосування дентальних імплантатів як однієї з опцій лікування дозволяє досягнути значних успіхів при рішенні подібних клінічних випадків. Крім того, використання конструкцій з опорою на імплантатах є куди більше біологічно обґрунтованим, ніж застосування звичайних знімних протезів. Негайне навантаження встановлених титанових опор за допомогою провізорних композитних реставрацій дозволяє пацієнтові відчувати себе краще відразу ж після втручання, з іншого боку, негайна фіксація тимчасових конструкцій забезпечує кращий фізіологічний захист і для самих імплантатів під час процесу остеоінтеграції.

Автор: Стівен Парел