

кости и постановки зубов по воско-корундовым валикам в модификации Э. М. Айзенберга.

Было установлено, что у протезированных по обычному методу эффективность и продолжительность жевания пищи на левой и правой сторонах существенно не различались и через неделю после наложения полных съемных протезов составляли от 58,8 до 69,8% при длительности одного жевательного периода от 57,4 до 65 с. При использовании воско-корундовых валиков в первую неделю после протезирования жевательная эффективность достигала 76,5—77,2% при длительности одного жевательного периода от 40,1 до 42,1 с. Данные жевательных проб у людей с полными съемными протезами, изготовленными по общепринятому методу, показывают, что их жевательная эффективность через год составляла в среднем от 83,3 до 96,2%, а время одного периода жевания 15,9 с. При пользовании в течение одного года протезами, изготовленными с постановкой зубов по индивидуально сформированной окклюзионной плоскости, жевательная эффективность повышалась до 94,6—97,2% при длительности одного жевательного периода от 28,3 до 29,6 с. Через 5 лет после протезирования беззубых челюстей по обычной методике при сохранении высокой жевательной эффективности (от 86,5 до 95,1%) время жевания увеличивается до 27,3 с. У лиц, протезированных по Э. М. Айзенбергу, жевательная эффективность также высока (95,0%).

Анализ мастикацнограмм свидетельствует, что через 5 лет петли смыкания находятся значительно ниже уровня физиологического равновесия, чем через год. Подобные изменения являются одной из причин увеличения продолжительности периода жевания и зависят от стирания искусственных зубов из пластмассы.

В первые дни после наложения съемных протезов биоэлектрическая активность всех жевательных мышц резко падает, что, вероятно, является ответной реакцией на раздражение слизистой оболочки и надкостницы протезом и продолжается до одного месяца. Начиная с 6 мес биоэлектрическая активность жевательных мышц возрастает и достигает своего максимума к году пользования протезами, что согласуется с показателями жевательной эффективности. При пользовании протезами свыше одного года вновь наблюдается тенденция к падению биопотенциалов жевательных мышц, свидетельствующая о снижении функциональной ценности протезов, хотя по данным жевательных проб это заметно мало. При пользовании полными съемными протезами с определением центрального соотношения челюстей воско-корундовыми валиками по сравнению с протезами, изготовленными по общепринятому методу, существенных изменений в активности жевательных мышц не отмечено.

Таким образом, при формировании окклюзионных кривых с помощью воско-корундовых валиков отмечается существенно большее повышение жевательной эффективности полных съемных протезов, чем при обычной методике их изготовления вне зависимости от формы и степени атрофии беззубых челюстей. Протезирование при полном отсутствии зубов приводит к нормализации биоэлектрической активности височных мышц и в меньшей степени собственно жевательных мышц.

УДК 616.314—089.28—06

И. М. Дегтярев, И. М. Андреев, Х. Х. Сибгатуллин (Казань). О причинах снятия мостовидных протезов

Мы проанализировали причины снятия 175 мостовидных протезов у 143 пациентов (49 мужчин и 94 женщин). По возрасту они распределялись следующим образом: от 20 до 30 лет — 22, от 31 до 40 — 25, от 41 до 50 — 29, от 51 до 60 — 42 и старше 60 лет — 25 человек.

Из 175 протезов 115 мостовидных и 9 консольных замещали дефекты в области боковых зубов, 32 мостовидных и 14 консольных — в области передних зубов, 5 мостовидных — одновременно в области передних и боковых зубов.

Сроки снятия мостовидных протезов определены у 108 из 143 пациентов. 2 больных пользовались ими до 1 года, 16 — 1—2 года, 29 — 3—4, 21 — 5—6 лет, 10 — 7—8, 11 — 9—10, 13 — 11—15, 6 — более 15 лет. У 47 (43,5%) пациентов мостовидные протезы были сняты преждевременно (через 1—4 года) и только у 19 (17,6%) — более чем через 10 лет. Воспаление слизистой оболочки десны вокруг краев снятых коронок констатировано у 89 человек, отечность — у 25, атрофия — у 6. У 23 больных, которым дефекты зубных рядов были замещены консольными протезами, слизистая оболочка альвеолярного отростка в месте расположения консоли была не только воспалена, но имела и пролежни. Такие же изменения слизистой оболочки наблюдались в области боковых зубов, особенно при низких коронках опорных зубов.

Из 175 протезов 112 (64,0%) были изготовлены из стали, 33 (18,9%) — из стали с пластмассовой облицовкой, 20 (11,4%) — из золота, 3 (1,7%) — из золота с пластмассовой облицовкой, 7 (4,0%) — из золота и стали в одном протезе.

Основными причинами снятия мостовидных протезов являлись патологические изменения тканей пародонта опорных зубов, которые были обнаружены у 30 (20,9%) из 143 человек, заболевания опорных зубов (18,9%), их патологическая подвижность (13,3%) и кариес (13,3%), поломка протезов (13,3%) и др. Следует отметить, что у

66,4% лиц преждевременное снятие мостовидных протезов было вызвано заболеванием опорных зубов или тканей пародонта и только у 33,6% — нарушением целостности протезов или рассасыванием цемента.

Следовательно, при необходимости замещения дефектов зубных рядов нужно строго дифференцировать показания к выбору конструкции протеза и шире внедрять протезирование современными конструкциями мостовидных протезов, увеличивающими их прочность. Очень важно установить причину заболеваний опорных зубов и окружающих их тканей, из-за которых возникает необходимость преждевременного снятия мостовидных протезов.

УДК 616.724—007.248—08

С. А. Зизевский (Казань). Артروزы височно-нижнечелюстного сустава с симптомом щелканья

В течение двух лет мы обследовали и провели лечение 22 больных (женщин — 20, мужчин — 2) в возрасте от 18 до 62 лет с хроническими артрозами височно-нижнечелюстного сустава с симптомом щелканья. Больные были разделены на две группы. В 1-ю мы включили 9 человек со щелканьем в суставе, во 2-ю — 13 человек, у которых щелканье сопровождалось болями в области сустава.

У пациентов 1-й группы основными клиническими проявлениями были щелканье и хруст в суставе с одной, реже с двух сторон. Из анамнеза выяснилось, что у 4 человек щелканье возникло после травмы, вызванной длительным пребыванием с открытым ртом во время удаления зубов, у 2 — после приема твердой пищи, у 1 — после резкого открывания рта во время зевания, двое пациентов указать причину возникновения щелканья не могли. У одних больных (5) щелканье выявлялось лишь при пальпации сустава через слуховое отверстие, у других (4) оно было слышно при разговоре и при движениях нижней челюсти на расстоянии. Ограниченное открывание рта отмечалось у 2 больных. Пальпация жевательных мышц и области сустава была безболезненной.

У всех больных 2-й группы также было щелканье в височно-нижнечелюстном сочленении. Оно возникало в начальной, промежуточной и конечной стадиях опускания нижней челюсти, у 3 человек щелчок был слышен при поднимании челюсти. Половина больных 2-й группы отмечала, что заболевание начиналось со щелканья в суставе, боль присоединялась позже. В этот период появлялось ограничение движений нижней челюсти и болезненность при пальпации отдельных участков височной, жевательной и нижней части наружной крыловидной мышц. Почти во всех случаях у больных обнаруживалось смещение нижней челюсти при открывании рта в сторону пораженного сустава, что было обусловлено рефлексом сжатия больного сустава. Боль, как правило, носила кратковременный характер, лишь у 2 пациентов была постоянной. Иррадиацию в височную область, шею, нижнюю челюсть и в ухо отмечали 12 больных, у одного боль локализовалась только в области пораженного сустава. Ограничение подвижности нижней челюсти выявлено у 6 из обследованных этой группы. Оно выражалось в затрудненном открывании рта, которое оставалось у одних в течение всего дня, у других исчезало к вечеру. Появление болезненности в области сустава было связано с травмами, полученными во время приема твердой пищи, с неправильным протезированием дефектов зубных рядов, с резким открыванием рта во время зевания и т. д. Некоторые пациенты жаловались на ухудшение общего состояния, головную боль, быструю утомляемость.

Следует отметить, что у 20 пациентов был ортогнатический прикус, у 2 — глубокий. Всем больным проводили рентгенографию сустава до, в процессе лечения и после него. До начала ортопедического лечения снимки сустава получали в положении центральной окклюзии с обеих сторон и при широком открывании рта (для выяснения экскурсии суставной головки).

Деструктивных изменений костных элементов височно-нижнечелюстного сустава на рентгенограммах не обнаружили, но были выявлены сдвиги в положении суставных головок как при сомкнутых челюстях, так и при широком открывании рта, в частности чрезмерная подвижность суставных головок с их выходом из суставной ямки по типу вывиха, а также неодинаковая экскурсия суставных головок на разных сторонах.

В целях дифференциальной диагностики все больные были осмотрены оториноларингологом и невропатологом.

Во время обследования пациентов мы обнаружили, что при движениях нижней челюсти, выдвинутой в переднее положение, щелканье в суставе прекращается и отмечается уменьшение боли, поэтому ортопедическое лечение заключалось в следующем. Больным изготавливалась съемная каппа на нижнюю или верхнюю челюсть (при наличии дефектов в зубном ряду — в виде съемного протеза), закрепляющая нижнюю челюсть в выдвинутом положении (передняя окклюзия). На каппе создаются ретенционные участки и дефлекторы, препятствующие смещению нижней челюсти назад. Во фронтальном отделе резцы соприкасаются режущими поверхностями. Образованную щель в боковых отделах заполняет слой пластмассы, таким образом контакт