

УДК 616.314-089.2-03.001.8

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УВЕЛИЧЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ

<sup>1</sup>Юркевич А.В., <sup>1</sup>Оскольский Г.И., <sup>1,2</sup>Щеглов А.В., <sup>1</sup>Машина Н.М., <sup>2</sup>Чубенко О.С.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет»

МЗ РФ, Хабаровск, [www.fesmu.ru](http://www.fesmu.ru);

<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии»

СО РАМН, Новосибирск, e-mail: [pathol@soramn.ru](mailto:pathol@soramn.ru)

Приведены результаты протезирования 204 пациентов в возрасте 30–69 лет с дефектами зубных рядов. Определено, что допустимой степенью одномоментного увеличения межальвеолярного расстояния (МАР) является 6 мм. При необходимости высоту нижней части лица в центральной окклюзии можно рекомендовать доводить до ее высоты при физиологическом покое или выше нее на 1–4 мм, если межокклюзионный промежуток (МОП) до протезирования составляет 2–3 мм; до уровня физиологического покоя или выше него на 1–2 мм при МОП равном 4 мм; до уровня физиологического покоя и не более 1 мм выше него при МОП в 5 мм; ниже уровня физиологического покоя или на одном уровне с ним при МОП в 6 мм. В случае величины МОП более 6 мм не рекомендуется увеличивать межальвеолярное расстояние выше высоты нижней части лица при физиологическом покое. Увеличение межальвеолярного расстояния более указанных пределов неизбежно приведет к появлению субъективных расстройств и удлинению периода адаптации.

**Ключевые слова:** дефекты зубных рядов, ортопедическое лечение, адаптация к протезам

## CLINICAL EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS AFTER THE INCREASE OF THE INTERALVEOLAR DISTANCE

<sup>1</sup>Jurkevich A.V., <sup>1</sup>Oskolskiy G.I., <sup>1,2</sup>Scheglov A.V., <sup>1</sup>Mashina N.M., <sup>2</sup>Chubenko O.S.

<sup>1</sup>Far Eastern State Medical University, RF Ministry of Public Health, Khabarovsk, [www.fesmu.ru](http://www.fesmu.ru);

<sup>2</sup>Research Institute of Regional Pathology and Pathomorphology SD RAMS, Novosibirsk, e-mail: [pathol@soramn.ru](mailto:pathol@soramn.ru)

The results of prosthetics 204 patients aged 30–69 years with defects of dental rows given. Determined that the permissible degree of a one-time increase intrealveolar distance (IAD) is 6 mm. If necessary, the height of the lower part of the face in the central occlusion can be recommended to bring to its height at the physiological rest or above it by 1–4 mm; if interalveolar gap (IAG) to prosthesis is 2–3 mm; up to the level of the physiological rest or above it on 1–2 mm in IAG equal to 4 mm; up to the level of physiological rest and not more than 1 mm above him in the IAG in 5 mm; below the level of physiological rest or on one level with him when IAG in 6 mm. In the case of IAG value is more than 6 mm is not recommended to increase to intrealveolar distance above the height of the lower part of the face with the physiological rest. The increase in intrealveolar distance more mentioned limits will inevitably lead to the emergence of a subjective disorders and the lengthening of the period of adaptation.

**Keywords:** defects of dental rows, orthopedic treatment, adaptation to the dentures

Анализ доступной нам литературы и собственные наблюдения не позволяют получить однозначные ответы на вопросы о методике увеличения межальвеолярного расстояния при различных патологических состояниях зубочелюстной системы, о возможности и допустимом пределе одномоментного увеличения МАР, о факторах, влияющих на адаптацию жевательного аппарата после разобщения прикуса, и в какие сроки она протекает [5–8]. Отсутствие четких обоснованных рекомендаций к применению конкретного метода затрудняет врачу выбор правильной тактики лечения.

**Цель работы:** разработать показания и определить допустимую степень одномоментного увеличения МАР у больных с дефектами зубных рядов, осложненными уменьшением высоты нижней части лица, и установить сроки и факторы, влияющие на адаптацию к протезам.

### Материал и методы исследования

Ортопедическое лечение больных проводилось после их обследования, которое начинали с заполне-

ния истории болезни по общепринятой схеме. Особое внимание обращали на причину и время потери зубов, срок пользования протезами и их конструкцию, характер привыкания к ним, оценку протезов больными и особенно замечания пациента по протезам в функциональном и эстетическом плане. При объективном осмотре учитывали изменение высоты нижней части лица, величину межокклюзионного промежутка. У больных с частичной потерей зубов дефекты зубных рядов оценивали по классификациям Кенеди и Е.И. Гаврилова. Ортопедическое лечение больных заключалось в изготовлении коронок, мостовидных, частичных пластиночных и бюгельных протезов по общепринятым методам [2–4, 9].

Межальвеолярное расстояние на новых протезах устанавливали одномоментно в пределах 4–7 мм, используя антропометрические закономерности в расположении режущего края верхних и нижних резцов относительно линии смыкания губ, анатомические признаки лица и разговорные пробы [8]. Высоту нижней части лица в состоянии физиологического покоя, центральной окклюзии со старыми и новыми протезами (до и после протезирования) в клинике измеряли штангенциркулем в день наложения новых протезов, через 1, 3, 6 и 12 мес. пользования ими.

Для оценки результатов лечения и изучения адаптации больных к одномоментному увеличению МАР

мы провели протезирование 204 человек (107 муж., 97 жен.) в возрасте 30–69 лет с признаками уменьшения высоты нижней части лица в результате образования дефектов зубных рядов и связанными с этим вторичными деформациями, патологической стираемостью твердых тканей зубов, заболеваниями пародонта и аномалиями прикуса.

Больные были распределены по виду дефектов: на верхней челюсти – 1-й класс по Кенеди – 37 человек (18,14%), 2-й класс – 71 (34,8%), 3-й класс – 62 (30,4%), 4-й класс – 10 (4,9%), 4-й класс по Е.И. Гаврилову – 24 (11,76%); на нижней челюсти соответственно – 13 (6,37%), 82 (40,21%), 65 (31,86%), 12 (5,88%), 32 (15,68%). Таким образом, у большинства больных дефекты зубных рядов были 2 и 3 классов по Кенеди как на верхней (65,2%), так и на нижней (72,07%) челюстях.

Среди принятых больных 98 (48%) ранее пользовались протезами. Из них у 55 человек (56,12%) были несъемные, у 14 (14,28%) – съемные и у 29 (29,59%) – съемные и несъемные протезы. Время пользования несъемными протезами у 87,3% принятых больных составило 10–15 лет, а съемными протезами у 82,7% – до 10 лет. При этом величина МОП у 77 (78,57%) лиц с протезами колебалась в пределах 3–5 мм.

Измерение высоты нижней части лица в состоянии физиологического покоя и центральной окклюзии показало, что МОП колебался от 2 до 7 мм, но у большинства (77,45%) оставался в пределах 3–5 мм. При этом наибольшая разница в величине МОП наблюдалась у больных с патологической стираемостью зубов и аномалиями прикуса.

### Результаты исследования и их обсуждение

После протезирования высоту нижней части лица увеличивали одновременно с учетом клинических условий и пожеланий больного улучшить эстетический эффект. Степень увеличения МАР составила у 19,11% больных 4 мм, у 52,45% – 5 мм, у 26,96% – 6 мм, и 7 мм лишь в 1,48% случаев. По отношению к величине МОП степень увеличения МАР была ниже уровня физиологического покоя у 7,84%; на одном с ним уровне – у 43,14% и выше него на 1–3 мм – у 49,02% больных. Необходимо отметить, что одномоментное увеличение МАР на величину, большую МОП, требовалось практически у всех больных, у которых МОП составлял до протезирования 2–3 мм.

Среди 65 больных с МОП в 4 мм у 40% МАР после протезирования довели до уровня физиологического покоя; у 33,85% установили выше него на 1 мм, у 21,54% – на 2 мм, и у 4,61% – на 3 мм.

При МОП в 5 мм у 73,02% больных МАР увеличили одномоментно на 5 мм, т.е. до уровня физиологического покоя, и у 26,98% – выше МОП на 1–2 мм.

У 23 больных с МОП в 6 мм в 21,47% случаев МАР было установлено меньше МОП на 2 мм; в 8,96% – на 1 мм, и в 69,57% – на одном уровне МОП, т.е. практически у всех

больных степень увеличения МАР не выходила за пределы высоты нижней части лица при физиологическом покое.

У пациентов с МОП в 7 мм МАР после протезирования было установлено на 2–3 мм ниже МОП. Наступление адаптации к протезам оценивали на основании анализа субъективных данных и клинического осмотра. Основные жалобы больных сводились к чувству дискомфорта в полости рта; дискоординации движения нижней челюсти и языка, что приводило к затруднению пережевывания и глотания пищи и удлинению времени жевания; нарушению речи; стуку зубов при разговоре; повышению саливации, выраженному преимущественно у лиц, пользующихся съемными протезами в первый раз; болезненности и быстрой утомляемости жевательных мышц при приеме пищи; напряжению и спазму мимических и жевательных мышц (12 больных).

Наблюдения за больными после протезирования показали, что МОП образуется у всех больных, у которых МАР увеличивали до уровня физиологического покоя, через 3–4 недели. Спустя 3 месяца новый МОП в пределах 1–2 мм образовывался также и у пациентов, которым МАР увеличивали выше уровня физиологического покоя.

Нами установлено, что сроки адаптации удлиняются у больных с увеличением возраста. При этом не выявлено различий в расхождении времени привыкания к протезам у мужчин и женщин. Отмечено возрастание сроков адаптации у больных со съемными протезами, особенно у лиц, пользующихся ими впервые. Время фазы раздражения колеблется у лиц с несъемными протезами от 2 до 4 сут, а со съемными от 1 до 8 сут. Фаза охранительного торможения у лиц с несъемными протезами составила от 3 до 20 сут, а со съемными – от 3 до 24 сут. Фаза полного торможения наступала у больных в сроки от 5 до 23 сут (несъемные протезы) и от 8 до 24 сут (съемные протезы). Наблюдения за больными показали, что у 53,92% из них период полной адаптации к протезам, на которых одномоментно увеличили МАР независимо от клинической картины протекал без осложнений и длился для несъемных протезов 10–14 дней, а для съемных – 13–24 дня. У 40,2% больных удлинение сроков адаптации к несъемным до 25–46 дней, а к съемным протезам – до 33–56 дней было вызвано погрешностями, допущенными на клинико-лабораторных этапах их изготовления. Эти недостатки устранялись коррекциями, починками и, в отдельных случаях, переделками протезов. У 5,88% субъективные расстройства были связаны со значительным увеличени-

ем МАР, что привело к замене протезов, на которых величина МАР была уменьшена.

Проявляется определенная зависимость между длительностью отдельных фаз и всего периода адаптации от клинических условий зубочелюстной системы, что отмечают и другие авторы. При этом сроки привыкания к протезам при лечении дефектов зубных рядов, осложненных аномалиями и деформациями прикуса, делятся 14–90 дней и даже до 17 месяцев [11], а по мнению других авторов [10] – 7–42 дня, что соответствует нашим данным.

Адаптация к протезам при лечении дефектов зубных рядов, осложненных патологической стираемостью, длится 21–70 дней, если МАР увеличивают одномоментно [1], и возрастает до 3–6 мес. при поэтапной перестройке миотатического рефлекса [7]. По нашим данным, при одномоментном увеличении МАР в пределах 6 мм период адаптации к несъемным протезам протекает 13–39 дней, а к съемным – 15–45 дней.

### Заключение

Предел увеличения МАР для каждого больного выбирается индивидуально, при этом положение физиологического покоя может служить основным ориентиром для установления оптимальной высоты нижней части лица [5, 7, 8]. Анализируя данные клинических наблюдений, мы пришли к заключению, что допустимой степенью одномоментного увеличения МАР является 6 мм. При необходимости высоту нижней части лица в центральной окклюзии можно рекомендовать доводить до ее высоты при физиологическом покое или выше нее на 1–4 мм, если МОП до протезирования составляет 2–3 мм; до уровня физиологического покоя или выше него на 1–2 мм при МОП, равном 4 мм; до уровня физиологического покоя и не более 1 мм выше него при МОП в 5 мм; ниже уровня физиологического покоя или на одном уровне с ним при МОП в 6 мм. В случае величины МОП более 6 мм не рекомендуется увеличивать МАР выше высоты нижней части лица при физиологическом покое. Увеличение МАР более указанных пределов неизбежно приведет к появлению субъективных расстройств и удлинению периода адаптации.

### Список литературы

1. Формирование окклюзионной поверхности зубов в несъемных протезах при лечении больных с генерализованной формой повышенной стираемости зубов / А.И. Дойников, А.А. Гумецкий, А.Е. Завадко и др. // *Стоматология*. – 1987. – № 3. – С. 56–60.
2. Жулев Е.Н. Частичные съемные протезы (теория, клиника и лабораторная техника). – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 424 с.
3. Жулев Е.Н. Несъемные протезы: теория, клиника и лабораторная техника. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 488 с.

4. Телескопические и замковые крепления зубных протезов / И.Ю. Лебеденко, А.Б. Перегудов, Т.Э. Глебова, А.И. Лебеденко. – М.: Молодая гвардия, 2004. – 344 с.

5. Оскольский Г.И. Адаптация больных к новой высоте прикуса при повторном протезировании // *Стоматология*. – 1984. – № 2. – С. 59–60.

6. Оскольский Г.И. Ортопедическое лечение больных, связанное с увеличением межальвеолярного расстояния // *Стоматология*. – 1990. – № 6. – С. 86–89.

7. Оскольский Г.И. Патоморфологическое и клинко-функциональное исследование зубочелюстной системы при изменении межальвеолярного расстояния: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Новосибирск, 1995. – 38 с.

8. Оскольский Г.И. Опыт лечения больных со сниженным прикусом // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2000. – № 4. Приложение. – С. 44–50.

9. Протокол ведения больных. Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2004. – № 12. – С. 116–176.

10. Сеницын В.Д., Гуленкова И.В. Зависимость сроков адаптации к различным протезам от вида патологии зубочелюстной системы // *Стоматология*. – 1986. – № 4. – С. 63–64.

11. Шварцман В.А. Протезирование больных при прогеническом прикусе, осложненном частичными дефектами зубных рядов // *Стоматология*. – 1983. – № 2. – С. 64–65.

### References

1. Doynikov A.I., Gumetskiy A.A., Zavadko A.E et al. *Stomatologiya* [Stomatology], 1987, no. 3, pp. 56–60.
2. Zhulev E.N. Chastichnye semnye protezy (teoriya, klinika i laboratornaya tekhnika) [Partial removable dentures (theory, clinic and laboratory equipment)]. Moscow, Medical informational Agency, 2011. 424 p.
3. Zhulev E.N. Nesemnye protezy: teoriya, klinika i laboratornaya tekhnika [Non-removable dentures: theory, clinic and laboratory equipment]. Moscow, Medical informational Agency, 2010. 488 p.
4. Lebedenko I.Yu., Peregudov A.B., Glebova T.E., Lebedenko A.I. Teleskopicheskie i zamkovye krepneniya zubnykh protezov [Telescopic and castle fixing dentures]. Moscow, Molodaya Gvardiya, 2004. 344 p.
5. Oskolskiy G.I. *Stomatologiya* [Stomatology], 1984, no. 2, pp. 59–60.
6. Oskolskiy G.I. *Stomatologiya* [Stomatology], 1990, no. 6, pp. 86–89.
7. Oskolskiy G.I. Patomorfologicheskoe i kliniko-funktsionalnoe issledovanie zubochelestnoy sistemy pri izmenenii mezhalveolyarnogo rasstoyaniya [Pathomorphologic and clinico-functional study with a change the interalveolar distance]: Avtoref. dis. doc. med. nauk. Novosibirsk, 1995. 38 p.
8. Oskolskiy G.I. *Dalnevostochniy meditsinskiy zhurnal* [Far East Journal of Medicine], 2000, no. 4, prilozhenie, pp. 44–50.
9. Protokol vedeniya bolnykh. Chastichnoe otsutstvie zubov (chastichnaya vtorichnaya adentiya) [Protocol of management of patients. Partial absence of teeth (partial secondary adentia)] // *Problemy standartizatsii v zdravoochranenii* [Problems of standardization in health care], 2004, no. 12, pp. 116–176.
10. Sinitin V.D., Gunenkova I.V. *Stomatologiya* [Stomatology], 1986, no. 4, pp. 63–64.
11. Shvartsman V.A. *Stomatologiya* [Stomatology], 1983, no. 2, pp. 64–65.

### Рецензенты:

Сидорова Л.Д., д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней Новосибирского государственного медицинского университета МЗ РФ, г. Новосибирск;

Любарский М.С., д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической патологии и заместитель директора по научной работе, ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии» Сибирского отделения РАМН, г. Новосибирск.

Работа поступила в редакцию 23.04.2013.