

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ К СЪЕМНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ.

**Рахимов Бахтиёржон Гафурджанович**

**Салимов Одилхон Рустамович**

**Рахимов Гафурджон Абдуллаевич**

Ташкентский государственный стоматологический институт

[baxtiyor\\_vtm@bk.ru](mailto:baxtiyor_vtm@bk.ru)

**Цель:** Обобщение сведений из научной литературы о современных методах достижения максимальной адаптации пациентов к полным съемным пластиночным протезам.

**Материалы и методы:** Проведен анализ научной литературы по исследуемой проблеме. Используются электронные ресурсы Medline (PubMed), eLIBRARY.ru.

Анатомо-физиологические особенности жевательного аппарата обуславливают характер предварительной терапевтической, хирургической и ортопедической (ортодонтической) подготовки перед протезированием, особенности конструкции будущего протеза, его границы и соответствующие материалы, методики работы врача. От правильного их учета и качества изготовленного протеза зависят следующие клинические данные: степень восстановления функций жевания и речи, внешний вид больного, фиксация и стабилизация протеза, частота и характер поломок, изменения слизистой оболочки протезного ложа, наличие болевых ощущений и др. Большое влияние на увеличение сроков адаптации к зубному протезу имеют возникающие болевые ощущения от давления протеза (острые края челюстей, пролежни). Это является следствием того, что в данных случаях протез оказывает нарастающее раздражающее действие, в силу чего торможение не вырабатывается и протез ощущается как инородное тело. Торможение возможно лишь после того, как будут сняты все дополнительные раздражители. Следует отметить, что не только анатомо-физиологические особенности жевательного аппарата влияют на клинические данные, но и наоборот. Так, целенаправленное распределение жевательных нагрузок, приходящихся на протезное ложе, предупреждает преждевременную атрофию альвеолярной дуги и образование избытков слизистой оболочки в виде «болтающегося гребня». Это позволяет длительное время сохранять выгодные анатомо-физиологические условия полости рта для протезирования, особенно при необходимости его повторения через несколько лет.

При некачественном изготовлении протезов, пониженной способности слизистой оболочки переносить механическое давление, неблагоприятных анатомических условиях (узкие альвеолярные дуги с истонченной слизистой оболочкой) протезного ложа, нарушении гигиены полости рта на слизистой оболочке могут развиваться локальные и разлитые воспалительные процессы [К.Сыдыгалиев, 2002; Т.Н.Юшманова, Ю.Л.Образцов, 2010].

Пренебрежительное отношение к рекомендациям по использованию стоматологических материалов и технического оборудования, нарушение

режима полимеризации пластмасс, обжига металлов и обработки готового протеза и т.п. (техничко-технологический аспект) приводят к дефектам изготовленных зубных протезов в виде неоднородной кристаллической решетки металлических конструкций, их усадки, наличия в базисе протеза пузырьков, пористости, разводов, участков с повышенным внутренним напряжением, наличия остаточного мономера и т.п. Подобные дефекты обуславливают возникновение в клинике таких осложнений, как явление гальванизма, аллергияция организма, изменение слизистой оболочки полости рта, растрескивание и поломки протезов и т.п. (медицинский аспект), а следовательно, снижают функциональные, эстетические и гигиенические качества зубных протезов или делают их непереносимыми. Очевидно, что адаптация к таким протезам будет растянута во времени или невозможна. Поэтому необходимо особо внимательно относиться к инструкциям промышленных предприятий-изготовителей по использованию стоматологического оборудования и материалов и выполнять их. Следует отметить, что этот аспект в большей своей части относится к зубным техникам, так как вышеописанные ошибки возникают в процессе зуботехнического производства. Следовательно, зубным техникам также нужно соблюдать деонтологические правила при выполнении своих обязанностей. Неслучайно, говоря о медицинской деонтологии, имеют в виду не только систему взаимоотношений, которые устанавливаются между врачом и больным, но и принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и исключение неблагоприятно влияющих упущений в медицинской деятельности [Е.М.Тер-Погосян, А.К.Иорданишвили, 2005; М.З.Штейнгарт, 2006, 2008]. Соблюдение технологии работы со стоматологическими материалами и правильная эксплуатация технического оборудования являются важными факторами в профилактике многих осложнений протезирования, возникающих в клинике в период адаптации больных к зубным протезам.

Больные, которым протезы изготавливают повторно, адаптируются к ним значительно быстрее - за 5-7 дней. На скорость адаптации влияют также фиксация, стабилизация протезов и отсутствие болевых симптомов. В адаптационном периоде врач не только проводит необходимую коррекцию протезов, но и оценивает качество ортопедического лечения в целом. Результаты ортопедического лечения можно считать положительными, если после протезирования хорошо восстановилась речь; фиксация и стабилизация протезов хорошая; соблюдены эстетические нормы; появилась возможность принимать твердую пищу; больной сам положительно оценивает протезы. Объективными методами оценки эффективности протезов в функциональном отношении являются жевательные пробы, мастикациография и аудиография. Срок пользования пластиночными протезами (в среднем) определяется в 3-4 года. Через 3 года жевательная эффективность остается высокой, но достигается значительным увеличением времени разжевывания пищи по сравнению с данными, получаемыми к концу первого года. К этому времени в

результате атрофии челюстей определяется несоответствие протезного ложа базису протеза, что проявляется в виде балансирования и ухудшения фиксации протезов. Кроме того, если в протезе поставлены искусственные зубы из пластмассы, режущие края и жевательные бугорки у них истираются, в результате чего снижается высота нижнего отдела лица. Таким больным нужно изготавливать новые протезы. Если на протезах поставлены зубы из фарфора, то устранение балансирования и восстановление функциональной присасываемости можно достичь при помощи перебазирования протезов клиническим или лучше лабораторным методом.

Учитывая вышеизложенное целью наших дальнейших исследований является изучить процессы адаптации и оптимизировать тактику ортопедическую стоматологическую помощи.

### **Список литературы:**

1. Агзамходжаев С.С., Каландарова Ш.С., Ходжиметов А.А. Биохимические показатели смешанной слюны у лиц, пользующихся съемными пластиночными протезами: научное издание //Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2009. - N4. - С. 69-72.
2. Арутюнов С.Д., Огородников М.Ю., Степанов А.Г., Геворкян Э.М., Чергештов М.Ю. Ортопедическое лечение полного отсутствия зубов съемным пластиночным протезом с внутрислизистыми полиуретановыми им-плантатами //Современная ортопедическая стоматология, 2008. -N9. -С.59-59.
3. Бровка В.В., Кресникова Ю.В., Онуфриев А.Б., Малый А.Ю. Результаты ортопедического лечения частичного отсутствия зубов у пожилых пациентов // Российская стоматология. - 2009; - Т.2, №1. - С. 55-59.
4. Гильманова Н.С. Адаптация к полным съемным зубным протезам лиц среднего возраста в зависимости от их психоэмоционального статуса : научное издание /Н.С. Гильманова, Е.В. Орестова, И.А. Воронов // Рос. стоматологический журнал. - М., 2007. - №3. - С. 26-29. -
5. Глен П. Макгивни, Алан Б. Карр. Частичные съемные протезы(по концепции проф. В.Л. Маккрекена) / пер. с англ. Львов: ГалДент, 2006. 532 с.
6. Салимов, Одилхон, Татьяна Мун, and Шахноза Назарова. "ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ." Медицина и инновации 1.4 (2021): 425-431.
7. Ирсадиев Ф.Х. Характеристика контингента больных с аллергическими заболеваниями, нуждающихся в стоматологической помощи / Ф.Х. Ирсадиев, Ж.Х. Ахмедов, В.Ф. Гариб // Стоматология. - Ташкент, 2009. - №1-2. - С. 39-41.
8. Хабилов, Н. Л., et al. "Влияние съемных пластиночных протезов на микробиоценоз полости рта." Medicus 6.12 (2016): 82-5.