Сучасна Стоматологія , 3-4 (111) 2022, 30-32 ст

**Анатомо- топографічні зміни жувального апарату при повній втраті зубів у людей старечого віку**

**Аспірант кафедри ортопедичної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця**

**Богатирьова Дарина Ігорівна**

**Bohatyrova Daryna**

**darinabohatyreva07@gmail.com**

**УДК: 611:92:611.716]-048.76:616.314-007-053.9**

**Резюме.** В даній статті висвітлюється проблема зубного протезування людей геронтологічного віку з повною втратою зубів. В досліджуваній групі визначались значні інволютивні процеси лицевого черепа, особливо верхньої щелепи, нижньої щелепи, СНЩС. Ці зміни впливають на стабілізацію повних знімних протезів, які необхідні для відновлення функцій порожнини рота. Дана категорія людей потребує значної уваги та кваліфікованого лікування, оскільки має ряд складнощів, які не дозволяють повноцінно забезпечити стоматологічну допомогу.

**Ключові слова**. СНЩС, верхня щелепа, нижня щелепа, жувальні м’язи, повні знімні протези.

**Актуальність.** Пацієнти старечого віку з повною втратою зубів є досить складною групою людей для протезування. Вони мають тяжкі анатомо – топографічні та функціональні умови для стабілізації та функціонування повних знімних протезів.

Існує тенденція до зростання тривалості життя, що безпоседньо впливає на збільшення кількості осіб, які потребують стоматологічної допомоги. Ця вікова група складає 35,5- 70 % від загальної кількості пацієнтів з повними знімними протезами. Економічний стан цих пацієнтів та стан соматичного здоров’я не завжди дозволяє використати імплантати для більш раціональних конструкцій зубних протезів [1,2]. Тому протезуванню таких пацієнтів необхідно приділяти значної уваги, оскільки пройшов значний термін після повної втрати зубів. За цей час неодноразово виготовлялись знімні протези, змінювались умови їхньої фіксації та функціонування.

**Мета дослідження.** Визначити особливості зміни конфігурації щелеп, СНЩС, які мають значення для стабілізації зубних протезів в порожнині рота при функції у досліджуваної групи.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі кафедри ортопедичної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця. Критеріями включення були - пацієнти старечого віку (75 р. і більше) з повною відсутністю зубних рядів та складними умовами для відновлення функцій порожнини рота. Було обстежено 41 пацієнт. З них: 29 (70,7%) жінок та 12 (29,2%) чоловіків. Протезувалися повторно – 28 (68,3%), з них:19 (67,8%) жінок та 9 (32,1%) чоловіків. Стан протезів був незадовільний. Причиною цього були різні чинники, основними були довготривале використання конструкцій від 12 -18 років, часті поломки, які приводили до їх непридатності. Відмічались декубітальні зміни слизової оболонки в результаті невідповідності форми базису протеза протезному ложу.

Частка пацієнтів, які зовсім не користувалася повними знімними протезами після їх виготовлення складає 10 (24,4%) пацієнтів. Практично у всіх пацієнтів значно знижена висота прикусу з вираженими ангулярними хейлітами, у 6 (14,7%) пацієнтів невідповідність оклюзійних контактів штучних зубних рядів. У 17 (41,5%) пацієнтів були скарги на періодичні односторонні болі в ділянці СНЩС. У 5 (12,1%) з них спостерігались односторонні підвивихи, які супроводжувалися односторонніми болями. 23 (56,09%) пацієнта використували ПЗП лише для естетичних потреб.

Дані пацієнти мають виражені інволютивні процеси внаслідок втрати зубів. Їх можна поділити на дві групи – позаротові та внутрішньоротові. До перших відноситься: збішення асиметричності обличчя за рахунок м’яких тканин, гіпертонусу м’язів, нерівномірної атрофії кісткової основи щелеп, зниження висоти та конфігурації нижньої третини обличчя, вираженість носогубних та підборідних складок, значне западання верхньої губи, щік, виступання підборіддя, тремор нижньої щелепи. Вище описані характеристики спостерігалися у більшості досліджуваних пацієнтів. На лікуванні були також 3 (7,3%) пацієнта з геміплегією після крововиливу в мозок в різний термін. Зовні було виражене одностороннє згладження рельєфу та опущення м’яких тканин обличчя.

Після опитування було відмічено, що 31 (75,6% ) пацієнт не можуть вести нормальне соціальне життя через наведені вище зміни, не зважаючи на їх старечий вік.

Аналогічні зміни бувають у пацієнтів з повною втратою зубів і в попередніх вікових групах, але все значно загострюється в досліджуваній групі. Паралельно з морфологічними змінами відстежується нестабільний психоемоційний стан, який потребує уважного ставлення до проблем цих пацієнтів.

Значних змін зазнають внутрішньоротові структури, що впливають на погіршення фіксації повного знімного протезу: слизова оболонка, жувальні м’язи, м’язи щік, губ, язика беруть участь і допомагають в траспорті, пережовуванні та перетиранні їжі [3]. Активні елементи слизової оболонки втрачають своє звичайне прикріплення. Витончення слизової оболонки сприяє збільшенню травматизації базисом знімного протезу під час користування.

На нижній щелепі різко виражена атрофія альвеолярної частини до повної її відсутності з різною конфігурацією поверхні. В одних випадках вона опукла – у 8 (19,5%) пацієнтів, в інших - 3 (80,4%) пацієнтів спостерігається виїмка, особливо в бічних ділянках, з вираженими краями, які є залишками вестибулярної та оральної кортикальної пластини.

З больовими відчуттями в ділянці виходу нижньощелепового нерву ми зустрічались у 3 (7,3%) пацієнтів, у 12 (29,2%) пацієнтів відмічалася різко виражена внутрішня коса лінія, з них у - 7 (24,1%) жінок та 5 ( 41,6%) чоловіків, яка призводить до травматизації слизової оболонки зубним протезом, особливо при жувальних рухах, крім того у бічних ділянках спостерігається складчастість слизової оболонки.

Присінкова частина нижньої щелепи була практично повністю відсутня. Зважаючи на такий стан нижньої щелепи, можна говорити, що її внутрішня поверхня може служити тільки опорою для протеза. Стосовно ретенції протезу слід звернутися до наступних утворень, це під’язикова площадка, яка могла бути задіяна для опори базису протезу у 7 (17,07%) пацієнтів. В інших відмічалось надмірне випинання та значна амплітуда рухів м'яких тканин дна порожнини рота з перекриттям бічної поверхні тіла нижньої щелепи.

Наступним ретенційним елементом для протеза є ретроальвеолярна щілина між коренем язика та внутрішньою поверхнею кута нижньої щелепи. Її глибина була середніх розмірів - у 17 (41,4%) пацієнтів і зовсім мілка в – 24 (58,5%) пацієнтів. Дуже важливою при умові значної атрофії нижньої щелепи є ретромолярна площадка, яка обов'язково має бути перекритою базисом протезу до крилощелепної складки. Серед 41 пацієнта вона була виражена – у 12 (29,3%) пацієнтів, в інших визначалась значна атрофія цієї зони. Наявність екзостозів на внутрішній поверхні тіла на нижніх щелепі – у 4 (9,5%) пацієнтів, що значно ускладнює протезування та адаптацію до повних знімних протезів. 2 (4,9%) пацієнти при обстеженні потребували їх хірургічного видалення, але вони були не згодні на оперативних втручання. Як на верхній так і на нижній щелепі у 3

( 7,3%) пацієнтів відмічався бовтаючий гребінь, що досить негативно впливав на протезування, оскільки провокував больові відчуття під час використання повного знімного протезу.

Ще одним часто зусрічаємим фактором у людей старечого віку є гіпермобільність нижньої щелепи, яку ми зустрічаємо практично у всіх пацієнтів але найбільш вираженою вона була у 18 (43,9%) пацієнтів. Що може бути причиною вивихів та підвивихів суглобової голівки. Слід також сказати про ретенціїні можливості м'яких тканин для протезу на нижній щелепі, який знаходиться в зоні м'язової рівноваги між язиком і м'якими тканинами щік. Окремо слід відмітити завжди гіпертонус колового м'яза, який разом з м'якими тканинами утримує повні знімні протези у фронтальній ділянці.

На верхній щелепі також відмічаються зміни протезного ложа, які впливають на погіршення фіксації знімних протезів. Практично повністю були відсутні верхньощелепові горби – у 33 (80,4%) пацієнтів, що значно ускладнює компенсацію сагітальних рухів протезів під час функції жування та мовлення. Частина пацієнтів мала відсутній верньощелеповий горб тільки з одної сторони - 6 (14,6%). Альвеолярні відростки були рівномірно-атрофовані у 14 (34,14%) пацієнтів, у 27 (65,9%) пацієнтів була виражена диспропорція в розмірах правого та лівого альвеолярних відростків, у 18 (43 ,9%) пацієнтів лівий альвеолярний відросток значно більший за об’ємом, у 9 (21,9%) пацієнтів правий перевищує розміри лівого. Ця диспропорція значно ускладнює постановку штучних зубів та рівномірний розподіл жувального тиску.

Глибина піднебінного склепіння складає в середньому - 1,5 см у 8 (19,51%) пацієнтів, практично пласке піднебіння відмічено у – 22 (53,6%) пацієнтів. Така форма піднебіння сприяє більщій рухливості повного знімного протезу в трасверзальній площині. Присінкова ділянка не має звичної глибини, активні елементи слизової оболонки мають низьке прикріплення, іноді в ділянці гребеня альвеолярних відростків.

Важливе значення має співвідношення беззубих щелеп, особливо направлення міжальвеолярних вісей, які впливають на рівновагу повного знімного протезу та вибір найбільш спрятливої постановки зубів [4]. Вертикально розташовані міжальальолярні лінії постерігались у 23 (56,09%) пацієнтів. Значні кути нахилу міжальвеолярних ліній зустрічались у – 11 (26,83%) пацієнтів. Несиметричні міжальвеолярні лінії були у 7 (17,07%) пацієнтів.

Інволютвні зміни у будові СНЩС можна простежити на КТ. Цілісність зубних рядів, синхронна та симетрична робота жувальних м’язів безпосередньо впливають на координацію та функції СНЩС. Порушення будь якого з вище перерахованих компонентів впливають на його роботу.

Незворотні зміни відбуваються після повної втрати зубів, коли нижня щелепа втрачає міжщелепну опору. Зміна тонусу м’язів, перерозтягування внутрішньосуглобових зв'язок прямопропоційно впливає на роботу СНЩС [5]. Глибина нижньощелепової ямки зменшується. Відбувається атрофія суглобового горбика. Він набуває сплощеної форми, що часто зумовлює вивихи та підвивихи . Головка нижньої щелепи зміщується доверху та назад, що безпосередньо впливає на розміри суглобової щілини. Атрофія компонентів в СНЩС, відсутність опори в ділянці щелеп веде до прогресування амплітуди рухів нижньої щелепи , що збільшує її гіпермобільність. Зв’язку з появою значної невідповідності суглобових поверхонь виникає проблема правильного оприділення центрального співвідношення щелеп. Наведені вище дані спостерігались у пацієнтів дослідної групи.

Диск та його скоординовані рухи забезпечують нормальну роботу СНЩС, на яку впливає зміна його форми, оскільки відбувається його витончення та стоншення та в результаті змінюється його будова перерозподілу типів колагену [6].

**Висновки**. Проблема протезування людей старечого віку завжди буде актуальною, оскільки з роками збільшується потреба в ньому. З достовірністю можна сказати, що втрата зубних рядів на верхній та нижній щелепі, безпосередньо впливає на інволютивні процеси, які в даній віковій категорії виражені найбільш характерно. Дані зміни можна простежити як на обличчі, в ротовій порожнині та на комп’ютерній томографії. Вище перераховані зміни негативно впливають на ретенцію повного знімного протеза та ускладнюють протезування.

**Огляд літератури**

1. Abakarov C.I., Sorokin D.V., Abakarova D.S., Shpakovskaya I.A. Formirovanie granic polnyh zubnyh protezov . Posobie dlya vrachej. -M., 2003. -31s.
2. Sherbakov A.S., Gavrilov E.I., Trezubov V.N., Zhulev E.N. Ortopedicheskaya stomatologiya 1998. – 324 s.
3. Kurt Fiedler. Polnoe BPS – protezy s sistemoj dlya dostizheniya postavlennoj celi 2006.
4. Sapozhnikov A.L. Artikulyaciya i protezirovanie v stomatologii. K.: Zdorov’ya 1984. – 101s.
5. Sumit Yadav, Yun Yang, Eliane H. Dutra, Jennifer L. Robinson, Sunil Wadhwa (2018). Temporomandibular Joint Disorders in Older Adults. Geriatrics Healthcare Professinal.
6. Cristina Perez. Temporomandibular disorders in children andadolescents. Journal – Academy of General Dentistry ISSN 0001-4265, Nov-Dec 2018;66(6):51-55. 7.