

## Зависимость степени атрофии альвеолярного отростка от причины потери зубов

М. С. Петросян

ЕрГМУ им. М. Гераци, кафедра ортопедической стоматологии

375025 Ереван, ул. Корюна, 2

**Ключевые слова:** атрофия альвеолярного отростка, потеря зубов, сахарный диабет, пародонтит, функциональная перегрузка, экзостоз

Причины полной вторичной адентии разнообразны: кариес и его осложнения, заболевания пародонта, функциональная перегрузка зубов, общие соматические заболевания.

Современные ортопедические подходы к лечению полной вторичной адентии при резко выраженной степени атрофии альвеолярного отростка сводятся к изготовлению полных съемных пластиночных протезов, т.к. при применении имплантатов есть опасность перфорации дна гайморовой пазухи на верхней челюсти и нижнечелюстного канала – на нижней.

Известно, что фиксация и стабилизация изготовленных полных съемных протезов во многом зависит от состояния и типа слизистой оболочки и площади протезного ложа. При резко выраженных степенях атрофии альвеолярного отростка из-за уменьшения последнего уменьшается также круговой замыкающий клапан, что, естественно, неблагоприятно влияет на фиксацию протеза [2,6].

Цель данной работы состоит в выявлении зависимости степени атрофии альвеолярного отростка от причины потери зубов.

### Материал и методы

С целью определения взаимосвязи степени атрофии альвеолярного отростка и причины потери зубов было обследовано 95 больных и диагностических

моделей верхних беззубых челюстей. Больные разделены на группы в зависимости от причины потери зубов и степени атрофии альвеолярного отростка (таблица).

### Результаты и обсуждение

Как известно, атрофия альвеолярного отростка – необратимое уменьшение объема кости в результате превалирования рассасывания кости над ее созданием со стороны надкостницы, причем протезирование не приостанавливает явлений атрофии, а, наоборот, усиливает их [3]. Это объясняется тем, что альвеолярная кость не приспособлена к восприятию сил сжатия, которые исходят от базиса съемного протеза, а в ряде случаев – неравномерным распределением жевательного давления, направленного преимущественно на альвеолярный отросток, что является результатом неправильного протезирования [3, 5, 7].

Как известно, альвеолярный отросток после удаления зуба подвергается перестройке, причем с заживлением раны перестройка не заканчивается, а продолжается, но уже с преобладанием явлений атрофии. Это вызывается выпадением функции альвеолярного отростка (атрофия бездеятельности), резорбцией на фоне общих и местных заболеваний (пародонтоз, пародонтит, диабет) или старческой (сенильная, возрастная) атрофией альвеолярного отростка [3, 4].

Среди общесоматических заболеваний, вызывающих полную потерю зубов, ведущее место занимает сахарный диабет. Из обследованных 21 больной страдал сахарным диабетом, причем у 15 диабет протекал латентно и был выявлен только после прогрессивной потери зубов за 6–12 месяцев. У этих больных атрофия альвеолярного отростка соответствовала III степени по Шредеру, поскольку заболевание обычно сопровождается пародонтолизом, при котором наблюдается неуклонное прогрессирование выраженных процессов разрушения пародонта с преобладанием вертикально-

Таблица

Причина потери зубов	Степень атрофии альвеолярного отростка		
	I	II	III
Кариес	3	2	2
Заб. пародонта	–	11	31
Соматич. болезни	1	5	15
1+2	–	11	14

го типа деструкции, причем в костной ткани преобладают процессы остеолитиза [1]. Резко прогрессирующий остеолитиз в 5 случаях латентного диабета привел к образованию болтающегося гребня. У 5 больных, страдающих сахарным диабетом, болезнь была диагностирована ранее, чем были потеряны зубы, больные находились на лечении, обмен веществ в пародонте был компенсированным. Зубы потеряны из-за кариеса и его осложнений, и в этих случаях атрофия альвеолярного отростка была равномерной: в 4 случаях соответствовала II степени, а в одном случае – I степени по Шредеру.

У 15 больных потеря зубов протекала на фоне пародонтоза: у 6 отмечалась II степень, у 9 – III степень атрофии. Образование болтающегося гребня не наблюдалось, так как атрофия альвеолярного отростка происходила синхронно с ретракцией десны. Больные в анамнезе отмечали долгое протекание болезни, из них 15 носили частичные съемные пластиночные протезы. Опорные зубы были утрачены в результате функциональной перегрузки, а альвеолярный отросток в этом участке был атрофирован резко и неравномерно. 27 больных потеряли зубы на фоне пародонтита. У троих из них зубы были шинированы, благодаря чему клинических признаков, свойственных пародонтиту (расшатанность отдельных зубов, веерообразное расхождение центральных зубов и т. д.), не наблюдалось. Зубы были удалены одновременно, и атрофия альвеолярного отростка была равномерной – II степени. У 12 больных на фоне пародонтита наблюдалась травматическая окклюзия, что способствовало перегрузке пародонта зубов и ускорению процесса резорбции кости в этой области, приводящей к потере зубов. У 2 больных был генерализованный пародонтит на фоне сильных нервных переживаний. Зубы удалены одновременно из-за расшатываемости, и атрофия альвеолярного отростка была II степени. У 48 больных полная верхняя беззубость возникла после удаления одиночно стоящих зубов, из которых в 33 случаях они имели

патологическую подвижность, в остальных случаях были удалены с целью создания полноценного кругового замыкающего клапана. В 7 случаях потеря зубов была обусловлена кариесом разной давности. Двое больных страдали беззубостью и не носили протезы в течение 8–10 лет, что клинически проявилось в виде атрофии альвеолярного отростка III степени, у 2 больных со II степенью атрофии альвеолярного отростка беззубость была 4–5-летней давности, в остальных 4 случаях – относительно ранней давности. Вышеизложенное позволяет связать степень атрофии альвеолярного отростка с давностью потери зубов.

В 25 случаях потеря зубов была на фоне кариеса и заболеваний пародонта, что клинически проявлялось неравномерной атрофией альвеолярного отростка с преобладанием одной из основных форм по Шредеру: на участках, где зубы были потеряны в результате кариеса, атрофия альвеолярного отростка была менее выражена.

Результаты проведенного исследования сводятся к следующему. Отмечающаяся в последние годы тенденция увеличения полной вторичной адентии на фоне генерализованного пародонтита из-за перманентных стрессовых ситуаций (ухудшение социально-бытовых условий и т. д.), а также несвоевременное обращение больных за специализированной ортопедической помощью становятся причиной неравномерной атрофии альвеолярного отростка, характер и степень которой зависят от причины потери зубов.

Своевременное протезирование позволяет избежать дальнейшего развития атрофии альвеолярного отростка, что благоприятно сказывается на результатах протезирования в дальнейшем.

С целью компенсации сахарного диабета и предотвращения атрофии альвеолярного отростка больным при расшатываемости и прогрессирующей утрате зубов за короткий срок необходимо проводить анализ на выявление сахара в крови.

Поступила 14.10.03

## Արամնարնային երունի ապաճի աստիճանի կախվածությունը պարամները կորցնելու պարզառեներից

Մ. Ս. Պետրոսյան

Ատամների հեռացման պատճառներից ատամնարնային երունի ապաճի աստիճանի կախվածությունը որոշելու նպատակով հետազոտվել է լրիվ ամատամությամբ տառապող 95 հիվանդ և անատամ վերին ծնոտների խիստորոշիչ տիպարներ: Հիվանդները բաժանվել են խմբերի՝ կախված ատամներից

կորցնելու պատճառներից: Առաջին տեղը զբաղում են պարոդոնտի տարբեր ծագման հիվանդությունները:

Հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ ատամնարնային երունի ապաճի աստիճանը շատ դեպքերում կախված է ատամը կորցնելու պատճառներից: Շարժվող ատամի երկարատև ներկայությունը համ-

գեցնում է անհամաչափ ապահի, որն ավելի ցայտուն է արտահայտված հենց այդ գոտում: Պարոտրոնտի և շաքարային դիաբետի չկոմպենսացված և բարձրված

ձևերի ժամանակ ապահը ավելի ցայտուն է արտահայտված:

## The interrelation between the causes of teeth loss and the degree of alveolar processus atrophy

M. S. Petrosyan

To define the interrelation between the causes of teeth loss and the degree of alveolar processus atrophy 95 patients suffering from complete secondary adenty of maxillary jaw have been investigated. The patients were divided into groups depending on the causes of teeth loss. The leading group was the patients with different etiology parodontosis.

The investigations have shown that the degree of al-

veolar processus atrophy depends on the causes of extraction; prolonged presence of moovible brings to uneven atrophy significantly expressed particularly in this area: atrophy is more expressed in parodontosis and decompensated and latent diabetes mellitus. Atrophy of maxillary jaw tuber and palatal torus is less expressed on the the upper jaw and more expressed on the vestibular part of alveolar processus.

### Литература

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология. М., 2003.
2. Бушан М. Г., Каламбаров Х. А. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. Кишинев, Штиинца, 1980.
3. Гаврилов Е. И., Щербakov А. С. Ортопедическая стоматология. М., 2000.
4. Гаврилов Е. И. Протез и протезное ложе. М., 1979.
5. Копейкин В. Н., Миргазизов. Ортопедическая стоматология. М., 2003.
6. Калинина Н. В. и др. Протезирование при полной потере зубов. М., 1990.
7. Копейкин В. Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. М., 1998.