

Федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Кафедра-клиника ортопедической стоматологии

Реферат: Тема: «Непосредственное протезирование»

Выполнил клинический ординатор 2 года:

Проворных Александр Олегович

Специальность: Стоматология ортопедическая

Руководитель ординатуры к.м.н., доцент :

Кунгуров Сергей Викторович

Красноярск, 2017 год

Непосредственное (послеоперационное) протезирование полости рта отличается тем, что создание протеза происходит до удаления, а его наложение — на операционном столе или в стоматологическом кресле по окончании операции (не позднее 24 часов с момента ее окончания).

Показания к применению непосредственных протезов достаточно широки. Первым из них нужно назвать удаление зубов или острую травму их коронковой части, приводящую к отлому коронок. При этом нужно выделить, по крайней мере, пять ситуаций:

1. потеря или травма передних зубов, особенно у преподавателей, лекторов, актеров;
2. одномоментное множественное удаление зубов, как правило, при заболеваниях пародонта. Наряду с устранением дефектов внешнего вида, дикции, жевания врач преследует цель предотвратить функциональную перегрузку пародонта сохранившихся зубов;
3. удаление зубов у детей, у которых в результате этого могут возникнуть деформации альвеолярных частей и тел челюстей;
4. образование двусторонних концевых дефектов зубного ряда при глубоком прикусе или заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава;
5. удаление последней пары зубов-антагонистов.

В обоих последних случаях происходит одномоментная потеря фиксированной межальвеолярной высоты, что осложняет функционирование височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Кроме того, непосредственное протезирование должно осуществляться для замещения имеющихся или образовавшихся дефектов зубных рядов после резекции альвеолярных частей, тел челюстей при новообразованиях, а также после реконструктивных операций, проводимых для одномоментного устранения выраженных, уродующих зубочелюстных аномалий у взрослых. В этом случае непосредственный протез, кроме прочего, предупреждает появление рубцов.

Протезы, используемые после резекции челюстей и множественного удаления зубов, готовятся заранее с учетом будущего дефекта, а также пластики альвеолярного гребня. Наряду с непосредственным протезированием, врачебная тактика при лечении послеоперационных больных (В. Н. Трезубов, М. М. Соловьев, Г. Е. Афиногенов, Е. А. Вуколова, С. А. Кобзев) включает использование остеотропных препаратов (на основе гидроксиапатитов, в том числе их комбинации с коллагеном и ситаллами).

Кроме того, на базисы непосредственных протезов наносят адгезивную коллагеновую гелевую пленку с антисептиками, которые оказывают противомикробное действие в течение недели. По истечении указанного срока на базис протеза наносится новый слой препарата.

Таким образом, очень важным моментом в комплексном послеоперационном лечении указанных больных является:

- а) восстановление утраченного объема костной ткани;
- б) профилактика инфекционных и токсико-аллергических осложнений;
- в) нормализация и стимуляция процессов заживления мягких тканей и кости.

Основными целями ортопеда в послеоперационном периоде являются:

- замещение дефектов и воссоздание целостности зубных рядов;
- восстановление нарушенных функций жевания, глотания и речи;
- профилактика функциональной перегрузки пародонта, жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава;
- психосоциальная адаптация пациента.

Методика обследования больного перед непосредственным протезированием обычная. Конструкция протеза при этом должна быть максимально простой. Наиболее пригоден в качестве непосредственного съемный пластиночный протез с удерживающими или опорно-удерживающими кламперами.

Непосредственные протезы выполняют функции, присущие всем протезам: предотвращают деформации зубных рядов, функциональную перегрузку пародонта, восстановление эстетики внешнего вида, функций жевания, звукообразования и речи. Однако они обладают большим психотерапевтическим эффектом, чем конструкции, создаваемые в отдаленные после операции сроки, так как у больного еще не произошло психофизиологической адаптации к последствиям травмы.

Кроме того, протез является лечебной повязкой, выполняя защитную, изолирующую и гемостатическую функции. И, что очень важно, непосредственные протезы способствуют большей сохранности и правильному формированию альвеолярных гребней, профилактике рубцовых изменений тканей протезного ложа.

Методика непосредственного протезирования съемной конструкции заключается в следующем:

- до удаления зубов снимают рабочий и вспомогательный оттиски, по которым получают модели челюстей и готовят восковые шаблоны, если без них нельзя составить модели в центральном соотношении;
- модели челюстей гипсуют в артикулятор в центральном соотношении и срезают на них зубы, подлежащие удалению. Нужно щадяще относиться к альвеолярному гребню модели в области срезаемых зубов. Не следует увлекаться их гравировкой, поскольку трудно предугадать характер и распространение атрофических процессов;
- на рабочей модели челюсти после нанесения границ частичного съемного пластиночного протеза техник-лаборант проводит постановку искусственных зубов и заканчивает создание протеза;
- затем следует удаление зубов у пациента, через 20—30 мин. после которого проводят наложение протеза. Следует отметить, что отек слизистой оболочки в ране и вокруг нее мешают точному прилеганию протеза к тканям протезного ложа и часто вызывает повышение межальвеолярной высоты на искусственных зубах. Поэтому в данное посещение больного не следует заниматься исправлением окклюзии. Это надо сделать в последующие дни, когда воспалительный отек исчезнет.

Поскольку базис непосредственного протеза принимает участие в формировании альвеолярного гребня, в непосредственных протезах постановка зубов проводится всегда на искусственной десне.

По мере заживления операционной раны начинает выявляться небольшое локальное несоответствие протеза с изменяющейся альвеолярной частью. Он теряет устойчивость, нарушается окклюзия искусственных зубов, между краем протеза и слизистой оболочкой появляется щель. Эти недостатки обнаруживаются в первые недели после операции и устраняются реставрацией базиса протеза.

Послеоперационная рана заполняется мелкопетлистой губчатой костью через 45—60 дней после удаления зуба (А. Е. Верлоцкий, Г. А. Васильев), а через 3—6 месяцев область бывшей лунки на месте удаления зуба по своему строению ничем не отличается от окружающей кости челюсти. К этому времени непосредственный протез, исчерпав свои возможности, заменяется постоянным протезом.

Перечень неотложных ортопедических мер завершает реставрация уже имеющихся у пациента съемных или несъемных протезов, которая может осуществляться у кресла больного или в зуботехнической лаборатории.

Проводится реставрация поврежденных облицовок несъемных протезов и базисов съемных протезов при наличии в них трещин, в случаях их переломов или несоответствия с тканями протезного ложа. Восстанавливаются также разрушенные кламмеры или искусственные зубы съемных протезов. Наконец, при потере одного из опорных зубов съемного протеза проводится его реставрация, заключающаяся в переносе кламмера и добавлении искусственного зуба.

Таким образом, среди в общем-то плановой ортопедической стоматологической помощи, ее неотложная часть занимает заметное место. Она имеет большое значение, выполняя защитную, гемостатическую, формирующую, восстановительную, эстетическую и психотерапевтическую функции.

Список литературы

1. Лекционный материал.
2. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология. 1977.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология. 1985.
4. Копейкин В.Н., Жемнер Л.М. Зубопротезная техника. М., 1985.
5. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология. М. 2003.