

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

«Непосредственное протезирование»

Выполнил ординатор кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «ортопедия»
Урсу Даниела

Красноярск 2018

СОДЕРЖАНИЕ

1.ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.....	3
2.ВВЕДЕНИЕ.....	4
3.ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	5
4.СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	11

1.ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Цель: Ознакомить с теоретическими и практическими вопросами , а также преимуществом использования непосредственного протезирования в ортопедической стоматологии.

Задачи:

- Рассказать, для чего и в каких случаях используют непосредственное протезирование.
- Рассказать, в чем отличия различных типов протезирования
- Рассказать плюсы и минусы использования непосредственного протезирования.

2.ВВЕДЕНИЕ.

В ортопедической стоматологии принято различать непосредственное (первичное), раннее (ближайшее) и отдаленное протезирование. При непосредственном протезировании больному накладывают протез сразу после операции, на операционном столе или кресле. В связи с этим подобное протезирование иногда называют послеоперационным.

Непосредственное протезирование имеет достаточно большую историю и уходит своими корнями в глубокую старину. Тщательное изучение фотографий протезов, найденных в могилах этрусков и пирамидах египетских фараонов, показало, что протезы были изготовлены в ближайшие дни после операции удаления зубов, вставлялись в лунки и были наложены до их заживления.

Подобные археологические находки дают основание считать метод непосредственного протезирования таким же древним, как и сам процесс зубного протезирования.

Первые сообщения в специальной литературе о непосредственном замещении удаленных зубов относятся к 1881 г. и принадлежат известному русскому хирургу Н.Н. Знаменскому. Эти первые в мире экспериментальные работы по непосредственному протезированию посвящены применению для замещения удаленных зубов имплантатов из стекла, фарфора и кости. Такие исследования активно проводятся и сегодня.

3.ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Нельзя говорить о преимуществе метода непосредственного протезирования перед другими. Их вообще нельзя сравнивать, поскольку каждый из них решает свои задачи, определяемые динамикой заживления послеоперационной раны. Непосредственное протезирование как метод ортопедической терапии применяется на определенном этапе ортопедического лечения и является временным.

При непосредственном протезировании удастся избежать грубых нарушений внешнего вида больного, быстрее восстановить функцию жевания и речи, сохранить высоту нижнего отдела лица, предупредив нарушение деятельности мышц и височно-нижнечелюстного сустава. Базис непосредственного протеза ускоряет формирование протезного ложа, приспособленного для последующего протезирования, а также играет роль повязки для послеоперационной раны, защищающей ее от действия различного рода раздражителей и обеспечивающей более быстрое заживление.

Некоторые авторы рекомендуют использовать непосредственные протезы как лечебные повязки, нанося на внутреннюю поверхность базиса, например, поливинокс (бальзам Шостаковского^{*}).

Непосредственное протезирование благоприятно влияет на общее состояние и психику больного, имеет важное лечебно-профилактическое значение для больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и пародонта воспалительного или дистрофического характера, когда значительное сокращение сроков протезирования способствует сохранению оставшихся зубов.

К непосредственному протезированию имеются достаточно широкие показания. В то же время его следует признать обязательным в следующих клинических условиях:

- удаление последних зубов;

- удаление зубов с потерей последней пары антагонистов (потеря фиксированного межальвеолярного расстояния);
- удаление зубов, когда пародонту оставшихся грозит функциональная перегрузка и снижение межальвеолярного расстояния;
- удаление боковых зубов с образованием двусторонних концевых или больших включенных дефектов при глубоком прикусе или заболевании височно-нижнечелюстного сустава;
- удаление передних зубов;
- множественное удаление зубов с крайней степенью патологической подвижности при заболеваниях пародонта;
- резекция альвеолярной части, альвеолярного отростка или челюстных костей.

Все методики непосредственного протезирования можно разделить на 2 основные группы. К первой следует отнести методики, предложенные Г.П. Со-сниным, А.А. Котляр, Е.И. Гавриловым. Эти авторы предлагают до удаления зубов снимать оттиски с обеих челюстей. После отливки рабочих и вспомогательных моделей готовят восковые шаблоны с прикусными валиками, определяют центральное соотношение челюстей, модели загипсовывают в артикулятор и проводят их специальную подготовку, которая заключается в следующем. Зубы, подлежащие удалению, срезают с гипсовой модели на уровне их шеек. Затем с вершины альвеолярного отростка снимают слой гипса (не более 2 мм) и придают ему овальную форму. В участках, прилегающих к шейкам оставшихся зубов со стороны дефекта, на расстоянии от них 3-4 мм, гипс снимать не следует для предупреждения чрезмерного сдавления десны в этом месте будущим протезом. После подготовки альвеолярного гребня (гравировки модели челюстей) изготавливают восковой базис, кламмеры, осуществляют постановку искусственных зубов и заканчивают изготовление протеза с заменой воска на пластмассу с ее полировкой. Протез накладывают сразу после удаления зубов. При этом в первое посещение исправление окклюзии

не проводят из-за отека слизистой оболочки послеоперационной раны, который препятствует точному прилеганию базиса протеза к тканям протезного ложа и может быть причиной нарушения смыкания искусственных зубов с антагонистами.

О.Д. Кумейская (1949) предложила на гипсовой модели после удаления зубов делать углубления треугольной формы для постановки искусственных зубов на "приточке". Однако, как отмечают многие авторы, у этого предложения есть серьезный недостаток - острые края искусственных зубов могут мешать заживлению операционной раны. Создание даже небольшой искусственной десны при изготовлении съемного протеза устраняет этот недостаток.

Среди методов непосредственного протезирования в последние годы чаще применяют те, при которых удается воспроизвести положение, размеры и форму удаляемых зубов. Это особенно важно для пациентов, которые по роду своей профессии имеют постоянный контакт с людьми (артисты, преподаватели, общественные деятели и др.). Сохранение привычного естественного вида искусственных зубов положительно сказывается на психике больного и способствует более быстрой адаптации пациента к протезам.

Примером подобного решения может служить методика Seeling (1965), которая позволяет воспроизвести на протезе коронки удаленных зубов. Суть предложения состоит в следующем. После снятия оттисков и отливки гипсовых моделей, фиксации их в артикуляторе гипсовые зубы, подлежащие удалению, осторожно спиливают точно по клиническим шейкам, избегая их повреждения. Изготавливают кламмеры и восковой базис, а спиленные гипсовые зубы фиксируют на восковом базисе в их прежнем положении, ориентируясь на зубы-антагонисты. Модель гипсуется в кювете обратным способом, гипсовые зубы удаляют после выплавления воска. Полученную для них форму в гипсе заполняют соответствующей естественному цвету зубов пластмассой.

Ценность этой методики, по мнению автора, заключается в возможности воспроизведения привычной для больного и окружающих его людей формы удаляемых естественных зубов. При этом адаптация к протезу происходит в более короткие сроки.

Оценка этой методики в клинике, проведенная Г.Л. Саввиди (1980), показала, что при плотном расположении зубов, подлежащих удалению, трудно производить их спиливание на гипсовой модели без повреждения. Зубы часто ломаются, и использовать их после этого чрезвычайно трудно. Кроме того, затруднено удаление гипсовых зубов из кюветы после выплавления воска даже при самой тщательной их изоляции. Для устранения выявленных недостатков этой технологии имедиат-протезов Г.Л. Саввиди предложил изменить способ отливки гипсовой модели и гипсовки ее в кювету. Для этого гипсовая модель, приготовленная по альгинатному оттиску, отливается в два этапа. Вначале гипсом в оттиске заполняют отпечатки только тех зубов, которые подлежат удалению. После затвердевания гипса его смазывают вазелином и отливают остальную часть модели. Этот способ позволяет легко снимать гипсовые зубы с модели и устанавливать их вновь с большой точностью.

Для беспрепятственного извлечения гипсовых зубов из кюветы после выплавления воска предлагается перед гипсовкой модели в кювете покрывать зубы, подлежащие удалению, оттискной силиконовой массой. После нанесения на зубы оттискная масса обсыпается кварцевым песком для прочного соединения ее с гипсом. Применение оттискной массы обеспечивает легкое извлечение гипсовых зубов из кюветы. После же полимеризации пластмассовые зубы имеют чистую гладкую поверхность, легко поддающуюся полировке.

Испытания этой методики в клинике также показали, что в сочетании с предложенными усовершенствованиями она позволяет с большой точностью воспроизводить естественные зубы, подлежащие удалению.

По методике, предложенной В.Н. Ралло и Н.А. Пучко (1983), удаляемые зубы в снятом оттиске следует заполнять не гипсом, а расплавленным модели-ровочным воском до уровня их шеек с одновременным вставлением металлических штифтов из ортодонтической проволоки диаметром 1-1,5 мм и длиной 4-5 мм с таким расчетом, чтобы они возвышались над уровнем воска на 2-3 мм и были параллельны друг другу. Затем оттиск необходимо опустить в холодную воду и отлить гипсовую модель.

Наряду с многочисленными преимуществами, непосредственные съемные протезы имеют и некоторые недостатки. Главный из них заключается в отрицательном действии съемного протеза на ткани десны у оставшихся зубов, что приводит к развитию гингивита и образованию патологических десневых карманов. Кроме того, из-за недостатков поверхности базиса, обращенного к слизистой оболочке, атрофия костной ткани лунок в области удаленных зубов наступает не только от отсутствия нагрузки в этой области в процессе заживления раны, но и от чрезмерного давления базиса протеза.

Хорошие результаты дает применение мягких базисных материалов. Контактируя со слизистой оболочкой в области дефекта и создавая дозированные нагрузки, мягкий слой базиса создает условия щадящего раздражения тканей протезного ложа, снижая величину атрофированной области.

При применении мостовидных протезов на фоне заболеваний пародонта следует соблюдать определенную осторожность, так как подобная конструкция имедиат-протеза может стать причиной дополнительной функциональной перегрузки пародонта. Для предупреждения возможных ошибок в конструировании таких протезов следует идти прежде всего по пути увеличения количества опорных зубов. Кроме того, при решении вопроса о выборе мостовидного протеза при такой клинической картине нужно учитывать и протяженность дефекта зубного

ряда. Мостовидные протезы в подобной клинической ситуации могут быть показаны лишь при малых дефектах и хорошей устойчивости опорных зубов.

4.СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – Медпресс-информ, 2007. – 248с.
- Гаврилов Е.И. «Теория и клиника протезирования частичными съёмными протезами», М., 1966г.
- Загорский В.А. Частичные съёмные и перекрывающие протезы. – М.: Медицина, 2007. – 360с.
- Лебедеко И.Ю. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ / под ред. И. Ю. Лебедеко, Э. С. Каливрадзияна. Ортопедическая стоматология -2016.- С.300-314
- Клемин В. А. Использование имедиат протезирования в клинике ортопедической стоматологии I В. А. Клемин, В. Е. Жданов, Б. С. Козлов II Современная Стоматология. - 2009. - №1. - С. 116-119.
- Кузнецова О. А. Клиническое сравнение методов перебазировки съёмных протезов I Кузнецова О. А., Судакова Е. Ю. I Сб. раб. мол. уч-х стомат. фак-та ВолГМУ: Материалы 66-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых. - Волгоград: ООО «Бланк», 2008. - 156 с.