

**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:

Соловьев Сергей Александрович

Специальность: Стоматология ортопедическая

Руководитель ординатуры

к.м.н., доцент :Киприн Дмитрий Владимирович

Наиболее частой причиной изготовления непосредственных протезов является удаление зубов, пораженных пародонтозом, они составляют 60 % общего количества изготовленных протезов. Непосредственные, или имедиатпротезы, изготавливают до экстракции зубов, а в полость рта вводят тут же после их удаления. Протезы накладываются непосредственно на раневую поверхность. Наиболее ответственные этапы в изготовлении таких протезов — получение оттисков при наличии в челюсти сильно подвижных зубов и обработка альвеолярного края вокруг срезанных зубов на гипсовой модели. При изготовлении частичных пластиночных непосредственных протезов получают обычные анатомические оттиски при помощи гипса или альгинатных масс. При получении оттиска гипсом во избежание случайного удаления подвижных зубов во время выведения оттиска из полости рта делают вертикальные и горизонтальные разрезы. Наиболее безопасным является получение разборных гипсовых оттисков или оттисков альгинатными массами. При изготовлении полных протезов для верхней челюсти можно использовать хороший анатомический оттиск, близкий к функционально присасывающемуся. Получение таких оттисков возможно при помощи гипса или пластических масс. Оттиск при помощи гипса получают следующим образом. По размерам челюсти подбирают ложку, заполняют ее гипсом, вводят в полость рта и тщательно обрабатывают края оттиска. После затвердевания гипса ложку отделяют от оттиска и удаляют из полости рта. Затем срезают гипс с вестибулярной поверхности зубов и осторожно удаляют из полости рта. Таким способом получают язычную часть оттиска с отпечатком тканей твердого неба, альвеолярных отростков в области дефектов зубного ряда и язычных поверхностей зубов. Для получения вестибулярной части оттиска, т. е. отпечатка губной или щечной поверхности зубов и края оттиска со стороны преддверия рта, на 4—5 мм срезают края оттиска, соответствующие дефектам зубного ряда, и в таком виде вводят его в полость рта. Оттиск прижимают к челюсти, а больного просят прикрыть рот. При полуоткрытом рте со стороны преддверия рта вводят гипс и обрабатывают края оттиска. После затвердевания гипса осторожно отделяют и удаляют вестибулярную, а затем язычную часть оттиска. Как только гипс застынет, части оттиска вытирают ваткой, аккуратно складывают и склеивают их. Такой оттиск близок к функционально присасывающемуся, так как края его формируются при полуоткрытом рте, что соответствует состоянию подвижной слизистой оболочки во время пережевывания пищи. Кроме того, края такого оттиска формируются на 1—1,5 мм выше нейтральной зоны, что увеличивает присасываемость протеза на верхней челюсти. Получение оттиска по описанной методике показано в основном при концевых дефектах зубного ряда верхней челюсти. При наличии в челюсти жевательных, а также конвергирующих и очень подвижных зубов оттиск целесообразно получать при помощи пластических масс.

Полные протезы на нижнюю челюсть изготавливают по анатомическим оттискам, которые получают при помощи гипса или пластической массы. Для улучшения устойчивости и повышения функциональной ценности протеза необходимо получить оттиск с отпечатком внутренней поверхности челюсти в позадиальвеолярной области.

По полученным оттискам отливают модели, изготавливают прикусные валики и определяют центральную окклюзию. При этом учитывают следующие особенности определения центральной окклюзии при изготовлении непосредственных протезов.

- 1. Во время получения оттиска возможно смещение (наклон) подвижных зубов, в результате его взаимоотношение между зубами при составлении моделей отличается от такового в полости рта. Учитывая это, нужно обязательно определять центральную окклюзию при изготовлении непосредственных протезов, даже если имеется на челюсти три пары антагонизирующих зубов, расположенных в различных участках ее.

- 2. При изготовлении полных протезов на обе челюсти необходимо определить протетическую или горизонтальную плоскость. Установлению этой плоскости мешают оставшиеся зубы. Учитывая это, поступают следующим образом: на окклюзионном валике верхней челюсти устанавливают только часть протетической плоскости в области дефектов зубного ряда. Если дефект зубного ряда располагается в переднем участке челюсти, то валик подрезается параллельно зрачковой линии. Если дефект зубного ряда располагается в боковых участках, валик надрезают параллельно ушно-носовой (камперовской) линии.

Затем припасовывают восковой валик на нижней челюсти до плотного смыкания его с валиком на верхней челюсти. Установление хотя бы части протетической плоскости дает возможность установить ее полностью при помощи стекла в окклюдаторе после срезания зубов на модели. Определение центральной окклюзии при изготовлении непосредственных протезов производят при помощи восковых валиков независимо от того, к какой группе дефектов относятся челюсти. Другие методы определения центральной окклюзии при изготовлении таких протезов неприемлемы.

При наличии в челюсти всех зубов центральная окклюзия фиксируется посредством правильного сопоставления моделей верхней и нижней челюсти. После определения центральной окклюзии приступают к обработке моделей, постановке зубов и окончательному изготовлению протеза.

Существуют следующие методики обработки альвеолярного края в области зубов, подлежащих удалению.

По методике Г. П. Соснина (1953), А. А. Котляра (1958) и других исследователей на модели срезают зубы и придают альвеолярному краю полукруглую форму. При этом учитывают состояние слизистой оболочки и степень атрофии кости альвеолярного отростка. Если вокруг зубов, подлежащих удалению, отмечается отечность слизистой оболочки и резкая атрофия кости, альвеолярный отросток обрабатывают вокруг срезаемых зубов со стороны вестибулярной поверхности. Толщина снятого слоя гипса равняется 2—3 мм. Однако такая обработка модели способствует созданию приблизительной формы альвеолярного края, которая после удаления зубов становится иной. После удаления зубов, пораженных пародонтозом, альвеолярный край широк и невысок, но его высота зависит от степени деструктивных изменений кости, вызванных патологическим процессом. Если костная часть альвеолярного края изменена значительно, а слизистая оболочка гипертрофирована, то довольно рано образуется щель как в области гребня альвеолярного отростка, так и в области края протеза. Щель образуется после того, как проходит травматический отек разбухшей слизистой оболочки вокруг экстракционных ран. Появление этой щели снижает функциональную ценность протезов. Протезы теряют устойчивость, плохо фиксируются на челюсти, а иногда и ломаются.

Несоответствие формы альвеолярного отростка ложа протеза не создает округлости края, рациональной для последующего протезирования. Округлость края при непосредственном протезировании зависит от степени рубцового стяжения краев раны и плотности прилегания к ней пластинки протеза. При плотном прилегании он гладок и полукругл, а при неплотном — извилист и бугрист. Подкладывая под протез быстротвердеющую пластмассу, добиваются улучшения фиксации его на челюсти и плотного прилегания к слизистой оболочке альвеолярного отростка. Плотное прилегание протеза к слизистой оболочке альвеолярного отростка способствует передаче жевательного давления непосредственно на рану и близлежащие ткани. Заживление ран под такими протезами протекает без особенностей.

Раннее восстановление функции жевательного аппарата способствует благоприятному течению репаративных процессов в поврежденной кости и образованию приспособленной формы альвеолярного отростка под протезом.

При изготовлении непосредственных зубных протезов следует учитывать функциональное состояние тканей альвеолярного отростка в области зубов, подлежащих удалению. После окончательного изготовления протеза больному удаляют зубы и в тот же день надевают протез. Немедленное ношение протеза после удаления зубов важно по следующим соображениям: 1) введение протеза в полость рта, когда еще не прошла анестезия, не вызывает болезненных ощущений; 2) протез, плотно прилегая к ране, способствует более быстрой остановке кровотечения и образованию кровяного сгустка; 3) непосредственный протез надежно защищает сгустки крови в зубных альвеолах от возможных повреждений, что зачастую предотвращает послеоперационные осложнения и ускоряет заживление костных ран. Протез перед введением в полость рта необходимо тщательно вымыть щеткой с мылом в течение 7—10 мин, обработать спиртом и настойкой йода.

После введения протеза в полость рта больному рекомендуют:

- 1) явиться на следующий день для контроля ран и коррекции протеза;
- 2) полоскать рот после еды и промывать протез на ночь;
- 3) не снимать протез на ночь первые 10—12 дней после удаления зубов;
- 4) пытаться пережевывать пищу, вначале принимать мягкую пищу небольшими порциями, а затем более твердую и большими порциями;
- 5) для быстрого восстановления нарушенной четкости речи читать вслух, а при разговоре чаще говорить слова, четкость букв в которых нарушена.

При осмотре полости рта в первые и последующие дни отмечают гладкое заживление ран и соответствующее формирование альвеолярного края. Жалоб со стороны больных практически не бывает. Фиксация протезов удовлетворительная. Сроки эпителизации зависят от размеров раневой поверхности. При удалении передних зубов раны покрываются эпителием в течение 5—6 дней, а при удалении боковых зубов — около 7—8 и более дней.

Нарушение четкости речи после введения протеза в полость рта длится несколько дней, а иногда и недель. Оно зависит не только от правильности изготовления протеза, но также от настойчивого желания больного быстрее восстановить речь. У большинства больных восстановление четкости речи наступает в среднем через 5—6 дней после протезирования.

Непосредственные протезы могут быть постоянными и временными.

Постоянными они бывают тогда, когда в полости рта они остаются как замещающие дефекты зубного ряда. Временными они бывают тогда, когда дефект зубного ряда восполняют до момента заживления ран и возможного изготовления несъемных конструкций протезов. Такие протезы иногда изготавливают при удалении нескольких фронтальных зубов с последующим изготовлением мостовидных протезов. При этом используют следующие преимущества непосредственного протезирования:

- 1) раннее восстановление функции откусывания пищи и восстановления четкости речи;

- 2) устранение психической травмы, которая возникает у больных, вынужденных ждать заживления раны и изготовления протеза;
- 3) немедленный переход от естественных к искусственным зубам не приводит к образованию отрицательных эмоций, позволяет больному в тот же день приступить к работе по своей профессии (педагоги, дикторы и др.);
- 4) при полном протезировании сохраняется тонус жевательной мускулатуры, правильное очертание нижней трети лица;
- 5) непосредственные протезы благотворно влияют на заживление ран и формирование альвеолярного отростка.

Непосредственные протезы обычно изготавливают из пластмасс АКР-7 или АКР-15.

Раннее протезирование проводят через 7—10 дней после удаления зубов и других оперативных вмешательств. Показано оно при резко выраженных симптомах пародонтоза — значительной подвижности зубов и отеке тканей. При таком состоянии зубов и тканей иногда трудно получить оттиск и определить изменения размеров и формы альвеолярного края, которые наступят после оперативного вмешательства. Иногда это приводит к недостаточно точной обработке альвеолярного края в области удаленных зубов и в связи с этим — изготовлению функционально неполноценного протеза.

Раннее протезирование у больных пародонтозом применяют тогда, когда в связи с состоянием здоровья противопоказано множественное удаление зубов в один прием. У таких больных зубы удаляют в два приема: вначале жевательные, а через несколько дней фронтальные и тут же приступают к протезированию.

Во время удаления зубов рекомендуется хирургическая обработка альвеолярного края, состоящая в сглаживании его путем удаления костных выступов. Такая обработка альвеолярного края создает стойкую основу для протеза и повышает его функциональную ценность.

Клинические данные показывают, что протезы, изготовленные через 7—10 дней после удаления зубов, т. е. после того, как исчезнет травматический отек тканей, плотно прилегают к тканям протезного поля и хорошо фиксируются на челюсти. В связи с этим такие протезы не требуют дополнительной коррекции или перебазирования их при помощи быстротвердеющих пластмасс. Они в большинстве являются постоянными протезами.

Ранние протезы могут быть частичные или полные. Частичные протезы изготавливают по анатомическим оттискам, а полные — функционально-присасывающимся. В качестве оттискового материала применяют гипс или пластические массы.

Выбор оттискового материала зависит от клинической картины заболевания: состояния зубов, их стойкости и размещения, состояния десен, протяженности и топографии дефектов зубных рядов и др.

Изготовление частичных пластиночных ранних протезов целесообразно из пластических оттисковых материалов типа альгинатной массы, полных протезов для верхней челюсти — из гипса, на нижней челюсти — термопластической массы с обработкой краев оттиска по Гербсту.

Список литературы:

1. Н.Г. Аболмасов, Н.А. Аболмасов, В.А. Бычков, А. Аль-Хаким. Ортопедическая стоматология. Учебник. М., 2008 г.
2. В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Л.М. Мишнев. ортопедическая стоматология. Учебник. Санкт-Петербург, 2003.

