

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра ортопедической стоматологии

РЕФЕРАТ

«Иммидиат-протезы»

Выполнила: Кирсанова Виктория Викторовна
Ординатор 2-го года кафедры
ортопедической стоматологии

Рецензент: Чижов Юрий Васильевич
ДМН, Профессор

Красноярск, 2022

Оглавление:

| | |
|---|----|
| 1. Введение..... | 3 |
| 2. Показания к применению..... | 6 |
| 3. Особенности получения оттисков..... | 7 |
| 4. Методика непосредственного протезирования..... | 10 |
| 5. Рекомендации пациентам..... | 13 |
| 6. Список литературы..... | 14 |

Введение.

Иммедиат-протез изготавливается до удаления зубов и фиксируется немедленно после одномоментного их удаления (вне зависимости от количества). Таким образом, пациент не испытывает неудобств, описанных выше. Кроме того, при иммедиат-протезировании зубной протез максимально приближен к естественному виду пациента — так, что окружающие не отмечают резких различий во внешности до и после протезирования, сохраняются правильные очертания нижнего отдела лица. Работа идет по принципу «пришел с зубами, ушел с зубами — все в один день, в один час». Следует отметить, что пациенты, как правило, четко улавливают огромное преимущество иммедиат-протезов даже с учетом того, что это временные протезы со сроком пользования от полугода до полутора лет с обязательной их заменой.

Иммедиат-протезирование имеет достаточно большую историю. Обычно выделяют два периода в развитии этого вида протезирования. В литературе описаны археологические находки из могил этрусков и пирамид египетских фараонов, представляющие конструкции с искусственными зубами, вставленными в лунки удаленных зубов (Г. П. Соснин, 1960). В 1875 году Miller предложил термин «prothese immediate», что в переводе означает «непосредственный, немедленный протез». Несколько позднее эти данные стали известны и в Европе, где их впервые описал E. Parriedt (Германия, 1886 год). Клод Мартен (1889) в своей книге о протезах приводит описание конструкций для замещения утраченных частей верхней и нижней челюстей. Он является основоположником иммедиат-протезирования после резекции верхней челюсти.

В отечественной литературе первое сообщение об иммедиат-протезировании после удаления зубов относится к 1881 году и принадлежат известному русскому хирургу Н. Н. Знаменскому. Эти первые в мире

экспериментальные работы по иммедиа-протезированию посвящены применению для замещения удаленных зубов имплантатов из стекла, фарфора и кости.

До начала XX века иммедиа-протезирование проводилось лишь при потере передних зубов, выполняя преимущественно эстетическую функцию. В 20-х годах прошлого столетия врачи стали применять съемные пластиночные иммедиа-протезы со штифтами, погружаемыми в лунки удаленных зубов, полагая, что они могут лучше передавать жевательное давление на кость и повышать тем самым функциональную ценность протеза. Однако наблюдения показали, что штифты со временем вызывали резорбцию стенок лунок, ухудшая условия для дальнейшего протезирования.

Отказ от применения штифтов ознаменовал собой второй период в развитии иммедиа-протезирования. Начиная с 30-х годов альвеолярному отростку старались придать равномерную закругленную форму (Г. П., Соснин, 1960). В нашей стране наиболее заметной вехой развития рассматриваемого вопроса считают кандидатскую диссертацию Г. П. Соснина (1953) на тему «Непосредственное протезирование после удаления зубов», которая впоследствии была издана в виде монографии. Кроме Г. П. Соснина, этой проблемой занимались многие исследователи: А. А. Котляр (1953), Р. Н. Окопова (1957), Е. И. Гаврилов (1963, 1973, 1979, 1985), А. В. Балаев (1969), В. Н. Копейкин (1974), Ю. И. Климашин (1977), А. И. Седрамян (1985), Х. А. Каламкар (1981), S. Exbraydt (1985), H. Ibery (1990), G. R. Goldstain (1992), A. H. Fenton (1994), D. Wismeyer e. a. (1995), C. de Boat (1997), J. W. McCarthney, S. Fisk (1997), N. U. Zitzmann, P. Marinello (1999) и другие.

В результате обобщения клинического опыта многих отечественных стоматологов сложились два наиболее рациональных метода изготовления иммедиа-протезов.

Приверженцами первого — одноэтапного — являются Б. Н. Бынин, (1953), А. А. Котляр (1953), Г. Н. Соснин (1957, 1973), Е. И. Гаврилов (1973), С. И. Криштаб (1975), J. Campbell (1934), J. Furness (1930), Seelig (1965) и другие.

Показания к применению:

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.

Особенности получения оттисков.

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 просасывающемуся. 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 полузакрытом 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 отпечаток близок к функционально присасывающемуся, так как края его формируются при полукрытом 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 отпечаток 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 отпечаток 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.

Методика непосредственного протезирования.

После получения анатомических оттисков 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 срезанных зубов со стороны вестибулярной поверхности. Толщина снятого слоя гипса равняется 2—3мм.

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.

Рекомендации пациентам.

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.

Список литературы:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Х., Ортопедическая стоматология, М.: МЕДпресс, 2013. - 512 с.
2. Доусон П., Название: Функциональная окклюзия: от височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки / П.Доусон, М.: ТАРКОММ, 2016. - 592 с.
3. Каламкарров Х.А. Избранные лекции по ортопедической стоматологии.- М.:МИА, 2012. - 630 с.
4. Лебеденко И.Ю. Каливграджян Э.С., Руководство по ортопедической стоматологии (протезирование при полном отсутствии зубов), М.: МИА, 2011. - 448 с.
5. Лебеденко И.Ю., Ибрагимов Т.И., Функциональные методы исследования в ортопедической стоматологии, М.: МИА, 2016. - 128 с.
6. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Сапронова О.Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии.-Санкт-Петербург, «Фолиант»,2011. - 146 с.
7. Ортопедическая стоматология: учебн. для студ. / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, М. С. Сердюков. – 10–е изд. : перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 556 с.