

Лекция №3

Съемные конструкции зубных протезов у детей (частичные и полные).

Показания к их применению, особенности конструирования, способы фиксации, сроки замены, возможные осложнения

Долгое время существовало мнение, что съемный протез для ребенка может явиться моральной травмой и пользоваться таким протезом он не сможет. Однако такое убеждение безосновательно.



Как показывает практика протезирования детей съёмными пластиночными протезами, что даже дети младшего возраста (3 – 4 года), с интересом относятся к своим «искусственным зубам», охотно пользуются протезами и достаточно быстро адаптируются к ним.

Конструкции съемных протезов для детей, восстанавливая целостность зубного ряда и сохраняя артикуляционное равновесие зубочелюстной системы, также должны иметь свои особенности, отвечающие требованиям растущего детского организма.

Кроме того, базис протеза,
передавая жевательное давление
на беззубый участок
альвеолярного отростка
стимулирует развитие челюстной
кости в данном участке и
прорезывание постоянных зубов.



**Впервые, частичные съемные
пластиночные протезы с
конструктивными
особенностями для растущего
детского организма, были
предложены Ильиной –
Маркосян Л.В. (1947), которые
представляют собой:**

1. Протезы, как правило, изготавливаются без кламмеров.
2. Базис протеза не имеет искусственной десны (не перекрывает альвеолярный отросток с вестибулярной поверхности), а заканчивается на уровне гребня альвеолярного отростка. Такая конструкция пластиночных протезов не задерживает рост челюстных костей, а фиксация протеза осуществляется за счет анатомической ретенции, адгезии и когезии.

При неблагоприятных условиях для фиксации протеза возникает необходимость изготавливать кламмера или перекрыть альвелярный отросток базисом, в таких случаях базис протеза должен быть раздвижным, т.е. иметь свободный разъем (рис. 160).

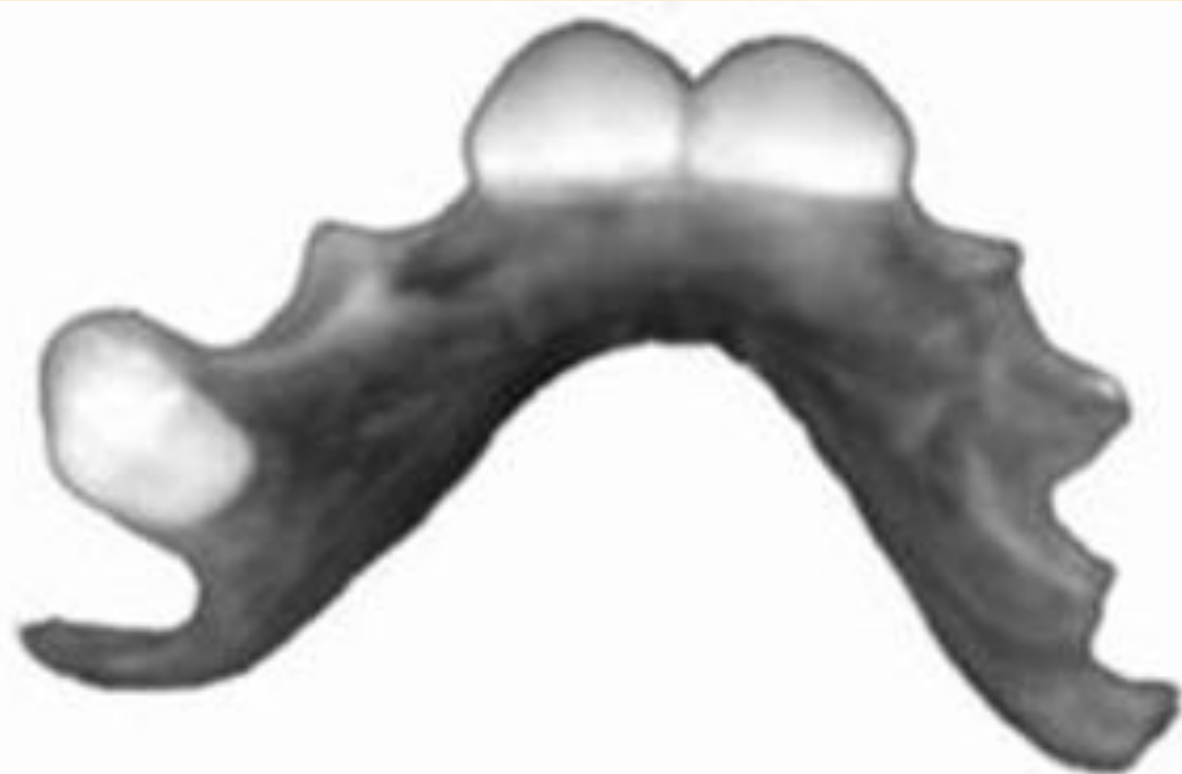


Рис. 160. Частичный съемный бескламерный протез

3. Искусственные зубы ставятся на приточке.

4. Дистальные границы базиса максимально расширены: на верхней челюсти до линии «А», на нижней челюсти базис перекрывает ретромолярное пространство.







Шарова Т.В. (1983) считает целесообразным край базиса протеза заканчивать в области переходной складки, обосновывая это тем, что при наличии достаточного физиологического раздражения наиболее активный оппозиционный рост челюстных костей, особенно нижней челюсти, происходит с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка.

Кроме того, у основания альвеолярного отростка образуется плотный костный рубец, который препятствует своевременному прорезыванию постоянных зубов. Наступает преждевременная атрофия альвеолярного отростка.

Конструктивной особенностью такого протеза является то, что с вестибулярной поверхности, на всем протяжении ската «беззубого» участка альвеолярного отростка, где должен располагаться базис протеза, шаблонное пространство между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и внутренней поверхности базиса величиной 1 – 1,5мм для оппозиционного роста альвеолярного отростка и апикального базиса.

Край базиса с вестибулярной поверхностью на уровне переходной складки должен быть утолщен в виде валика и закруглен на всем протяжении. Он погружается в переходную зону и натягивает слизистую оболочку в этой области.

Вследствие того, что существует органическая связь слизистой оболочки преддверия полости рта и надкостницы, последняя через слизистую оболочку получает соответствующее раздражение, в ответ на которое происходит усиленный аппозиционный рост костной ткани альвеолярного отростка и апикального базиса.

Развитие, рост и формирование полноценной в анатомическом и функциональном отношении зубочелюстной системы возможно при условии нормального морфологического развития в эмбриональном периоде полноценной биологической потенции растущего организма и выполнении всех физиологических функций с адекватной нагрузкой.

Чтобы при адентии развитие и рост челюстных костей максимально приблизить к физиологическим условиям, необходимо создать артикуляционное равновесие, и условия для формирования неразвившихся функций зубочелюстной системы вследствие врожденной патологии.



Это обосновывает необходимость
своевременного рационального
зубного протезирования уже в
раннем детском возрасте, которое
является одним из составляющих
комплекса мероприятий санации
полости рта и профилактики
различных стоматологических
заболеваний.



Для успешного решения этой
проблемы необходимо
одновременно рассматривать
три очень важных аспекта,
учитывая возраст пациента:

1. Постановка пациентов с такой патологией на диспансерный учет у врача - ортодонта и оказание своевременной специализированной помощи в полном объеме;

2. Проведение
квалифицированного анализа
психо-эмоционального состояния
пациента и его интеллектуальной
способности адекватно
воспринимать необходимость
проводимых врачебных
манипуляций;

3. При протезировании не только максимально исключить вероятность задержки естественного роста челюстных костей, но и создать артикуляционное равновесие, и условия для формирования неразвившихся функций зубочелюстной системы стимулирующие их развитие и рост.

С целью восстановления функций зубочелюстной системы, а в первую очередь функции жевания, необходимо осуществлять протезирование детей полными съёмными зубными протезами.

Максимально ранним возрастом
возможного зубного
протезирования детей мы
считаем 3 - 3,5 года, что
соответствует данным
исследований Л.М. Демнера, П.
С. Флиса, Т.В. Шаровой.

В этом возрасте от ребенка уже
можно ожидать адекватного,
соответственно возрасту, понимания
необходимости самого
протезирования, так и всего
комплекса врачебных манипуляций,
проводимых на различных этапах
изготовления протезов

Кроме того, учитывая психо-эмоциональное состояние ребенка при полном отсутствии зубов, правильно проведенная психологическая подготовка и квалифицированные, доступные для детского восприятия рекомендации, позволят выработать у него элементарные правила и приемы пользования полными съемными зубными протезами и избежать возможных осложнений.



Учитывая рост детского организма, а следовательно, постоянное увеличение размеров и изменение формы челюстных костей, возникает проблема сочетания двух взаимоисключающих факторов при протезировании полными съемными протезами:

1. Для изготовления функционально полноценных полных съемных протезов необходимым условием является плотное прилегание базиса протеза к всей поверхности протезного ложа и создании клапанной зоны в области переходной складки;

2. В то же время, необходимым условием возможности постоянного роста челюстных костей у детей является свободная от базиса протеза вся вестибулярная поверхность альвеолярного отростка.

Решая эту задачу, для протезирования детей при полном отсутствии зубов нами предложена конструкция полного съемного протеза с эластичной прокладкой. Протез за счет своих конструктивных особенностей не задерживает естественного роста челюстных костей, но в то же время создается клапанная зона, обеспечивающая его хорошую фиксацию и стабилизацию во время функции.



Рис. 162. Полные съемные протезы с эластичной подкладкой

Данная конструкция полного съемного зубного протеза применялась нами для протезирования детей с трехлетнего возраста. Во всех случаях отмечен хороший лечебный результат (рис. 162).

Сроки замены съемных протезов у детей:

- Временный прикус – через 8-10 месяцев;
- Сменный прикус – через 10-12 месяцев;
- Постоянный прикус – через 1-1.5 года.

После 18 лет большинство съемных протезов можно заменить несъемными.













Съемные протезы у детей
применяются во все периоды
формирования **прикуса** при потере
боковых или фронтальных зубов в
результате травмы, кариеса,
операций по поводу остеомиелита,
опухолей, а также при **пародонтозе**.

В молочном прикусе съемные протезы показаны при отсутствии даже одного зуба. Они должны обеспечить нормальное развитие челюстей, сохранить место для прорезывания постоянных зубов и восстановить функцию жевания.

**В сменном прикусе эти протезы
выполняют то же назначение
кроме того применяются для
стимуляции прорезывания зубов
при их задержке.**

**В постоянном прикусе протезы
восстанавливают функцию и
устраняют эстетические
нарушениям**







Съемные протезы должны отвечать ряду требований, вытекающих из их временного или профилактического назначения.

Съемные протезы для детей делают в основном без кламмеров.

Кламмеры могут вызвать смещение зубов, на которых они будут укреплены. Кроме того, такие протезы способны задержать рост челюсти.

Границы протезов на верхней и нижней челюстях определяются особенностями строения зубов и челюстей у детей.

Базисы протезов должны быть расширены. Это улучшает их фиксацию за счет прилипания к протезному ложу, меньше опасений, что ребенок может проглотить съемный протеза на верхней челюсти задняя граница протеза должна проходить за вторым **МОЛОЧНЫМ** или за первым постоянным моляром. Если сильно выражен небный шов, то протез будет на нем балансировать, поэтому шов следует изолировать.

На нижней челюсти с язычной стороны границы протеза зависят от прикрепления мягких тканей, уздечки языка. Применять в переднем участке металлическую дугу вместо базиса нерационально: такие протезы хуже фиксируются.

Протез для верхней и нижней
челюстей вестибулярной
стороны должен покрывать
альвеолярный отросток как
можно меньше, чтобы не
задержать его рост., Иногда
делают раздвижной протез.





Зубы в съемных протезах могут быть пластмассовыми, фарфоровыми и даже металлическими.

При постановке зубов нельзя стачивать бугры у моляров, и постановку следует осуществлять с учетом правильного межбугоркового смыкания.

При отделке протеза нельзя
нарушать рельефа,
прилегающего к слизистой
оболочке, что может ухудшить
его фиксацию. Полировка
готового протеза должна быть
тщательной.

При сдаче готового протеза
тщательно **корректируют**
прикус с помощью
копировальной бумаги, чтобы
движения нижней челюсти были
свободными, и устраняют все
точки, возле которых протез
может балансировать.

Дети к протезам привыкают быстро. Ребенка надо научить накладывать, снимать протез, тщательно чистить зубы и протез. Режим пользования протезом обычный, на ночь его лучше снимать.

Контрольные осмотры нужны через день, 5 дней, затем через 3—4 недели, полгода.

Эти сроки зависят от возраста и назначения протеза. Если у ребенка сменный **прикус**, до нужно приходить к врачу чаще, чтобы убрать пластмассу в области прорезывающихся зубов, освобождая для них место.

При задержке прорезывания зубов или при ретенции применяют «съемные накусочные пластинки, предложенные Катцем. В области задержанного зуба при жевании кость через протез получает толчки. Такое давление улучшает кровообращение и способствует рассасыванию костной ткани, покрывающей задержанный или ретенированный зуб, что ускоряет его прорезывание.

При сочетании дефектов зубных рядов с их деформацией применяют съемные пластиночные протезы с элементами ортодонтических приспособлений: раздвижными винтами, накусочной площадкой, пружинами на зубы, требующие перемещения и так далее.

Таким образом, показания к, изготовлению съемных протезов у детей широкие. Они зависят от возраста ребенка, состояния зубов, зубных рядов и прикуса. Такие протезы просты в изготовлении, дети к ним быстро привыкают.

MedicalPlanet.ru
— медицина для вас.

