

ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» МЗ России

Кафедра ортопедической
стоматологии
Заведующий: к.м.н. Саркисов К.А.

**УИРС
«НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ И
ОТДАЛЕННОЕ
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ
ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ»**



ВЫПОЛНИЛ: студент 503
группы стоматологического
факультета Исхабов А.А.
Проверил: асс. Негодов В.Н.

Астрахань 2019

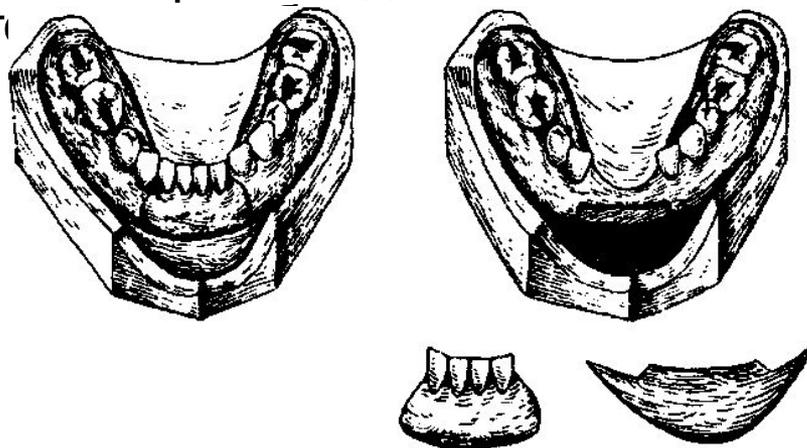
Непосредственное (послеоперационное)

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. Но можно привести некоторые примеры:

1. Массовое удаление зубов в результате заболеваний парадонта, травмы или специфических заболеваний
2. Планирование операций по удалению большого участка альвеолярного отростка

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



Цели и задачи

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 непосредственного протезирования

- 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.

Протезирование отдаленное

Проводят в поздние сроки, т.е. после заживления послеоперационной раны, исчезновения всех явлений, связанных с воспалением, и окончания формирования беззубого альвеолярного отростка вследствие атрофии кости, неизбежной после удаления зубов в первые 1-2 мес.

К недостаткам ближайшего и в особенности отдаленного протезирования относится большой разрыв во времени между операцией удаления зубов и изготовлением протеза. За это время происходит стихание послеоперационных явлений, таких как отек, рассасывание инфильтратов, эпителизация послеоперационной раны. В результате этого создаются благоприятные условия для протезирования.

Но, с другой стороны, отсутствие зубов отрицательно сказывается на самочувствии пациента. Нарушение эстетических норм, речи, функции откусывания пищи, возможность функциональной перегрузки, потеря фиксированной межальвеолярной высоты, изменение условий деятельности жевательных мышц и височно-челюстного сустава вызывает естественное желание врача уменьшить промежуток между удалением зубов и началом протезирования.

Иногда говорят о преимуществе непосредственного протезирования перед отдаленным. С этим нельзя согласиться, ибо непосредственное протезирование является определенным этапом ортопедического лечения, которое заканчивается постоянным протезированием. Его не следует противопоставлять отдаленному, так как каждое из них выполняет свою роль в плане этапности лечения больного и соответствует определенной стадии заживления послеоперационной раны.

Очень часто в отдаленном протезировании понимают пострезекционное протезирование. Так как именно в этих случаях больше всего применяется данное протезирование.

Отдаленное протезирование после резекции альвеолярного отростка осуществляется малыми седловидными и пластиночными протезами с кламмерами и телескопическими коронками. По мере увеличения протяженности или объема протеза число удерживающих элементов увеличивается.

Виды протезов используемые для отдаленного протезирования



Частично – съемные пластиночные протезы

Плюсы и минусы

Преимущества полностью съемных пластиночных протезов

- возможность их эксплуатировать в любом возрасте
- сохранение привлекательного, естественного вида искусственных зубов
- отсутствие фиксирующих элементов
- установка протезов не требует малоприятных стоматологических процедур (лечение зубов и их обтачивание и др.)
- небольшая стоимость
- конструкция подходит для лиц, у которых отсутствуют все зубы
- если протезы изготовлены из мягкой пластмассы, то они отличаются прозрачностью, гибкостью и гипоаллергенностью
- невысокая стоимость устанавливаемой конструкции
- Недостатки частично съемных пластиночных конструкций:
- пластинчатый протез не способен распределить равномерно жевательную нагрузку. В основном она возложена на десну
- дугообразная пластинка, проходящая по куполу верхнего неба, может мешать при разговоре, пережевывании пищи, в отличие от бюгельных конструкций

• К недостаткам съемных протезов относятся:

- использование конструкции не позволяет пациентам употреблять в пищу твердые и вязкие продукты, которые могут привести к их поломке, воспалению слизистой оболочки десны
- непродолжительные сроки использования протеза. Специалисты рекомендуют менять протез через каждые 3-5 лет. Основная причина – изменение рельефа десен, что связано с атрофией костной ткани
- протез на нижней челюсти самостоятельно фиксируется плохо, для этого необходимо использовать специальный клей