ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЛИЦА. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА.

Выполнила: Польникова Е.М. 533

- Классификация дефектов ЧЛО
- Классификация ортопедических аппаратов, применяемых при повреждениях ЧЛО

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ

По этиологии и патогенезу:

- **Врожденные дефекты и деформации.**
- **Травма (бытовая, производственная, спортивная, хирургическая и др.).**
- **Одонтогенная инфекция (не специфическая или специфическая).**
- **Неодонтогенная инфекция (специфическая или не специфическая).**
- **Асептическое воспаление (ошибочные инъекции, аллергия).**
- **Старческие деформации кожи лица, носа, губ, щек, век, шеи.**
- **Сочетание нескольких этиологических факторов.**

По локализации:

- **Мягкие ткани лица.**
- **Мягкие ткани и кости лица (челюсти, скуловые, носовые, лобная кости).**
- **Мягкие ткани полости рта и челюсти.**
- **Мягкие ткани лица, полости рта и кости лица.**
- **Мягкие ткани лица и хрящи носа.**
- **Мягкие ткани лица, хрящи носа и слизистая оболочка полости рта, кости лица.**

По характеру нарушений функции:

- **Нарушение косметического благообразия лица и мимики.**
- **Невозможность или затруднение открывания рта и откусывания пищи.**
- **Невозможность или затруднение разжевывания пищи и формирования пищевого комка.**
- **Затруднение или невозможность глотания.**
- **Затруднение или невозможность речи.**
- **Затруднение или невозможность дыхания; резкий храп во сне.**
- **Нарушение всех перечисленных функций.**

ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ И ДЕФОРМАЦИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЕ КЛАССЫ:

- несращение фрагментов губ (одно - и двустороннее; частичное или полное, комбинированное с другими дефектами лица и челюстей);
- колобомы лица или несращения частей лица (угла рта, щеки, века) односторонние, двусторонние; полные, частичные; комбинированные;
- несращение неба (частичное; полное; скрытое; комбинированное с дефектами губ, щек и др.);
- макро-, микростомия;
- микроотия, анотия;
- несращение частей носа (комбинированное; подкожное или скрытое);
- деформация носа (горб, искривление и др.);
- сочетание перечисленных дефектов

Врожденная полная двухсторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба с резким выстоянием межчелюстной кости

Односторонняя расщелина неба

Двусторонняя расщелина неба

- ***КЛАССИФИКАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТЕЙ И ЛИЦА.***

Ортопедическая лечение травмы челюстно-лицевой области, так же как различные операции, предпринимающиеся для ликвидации ее последствий, сопровождается применением различных конструкций ортопедических аппаратов. В зависимости от их функций, лечебного значения, места и характера прикрепления, конструкции и др. все аппараты можно разделить на группы.

Соответственно функции ортопедические аппараты делятся на:

- **вправляющие (репонирующие),**
- закрепляющие (фиксирующие);
- формирующие,
- комбинированные
- замещающие.

К репонирующим относятся аппараты, с помощью которых можно поставить в правильное положение отломки поврежденной челюсти.

После сопоставления отломков их нужно закрепить и тем самым содействовать заживлению перелома. Аппараты, применяемые для этих целей, называются **фиксирующими, или закрепляющими.**

При лечении повреждений или заболеваний челюстно-лицевой области прибегают и к операциям с целью замещение изъяна подбородка кожным трансплантатом, формирование верхней или нижней губы и т. п. Для придания кожному лоскуту определенной формы и предупреждения его сокращения пользуются ортопедическими аппаратами соответствующей конструкции. Такие аппараты называют **формирующими**. Эти аппараты могут быть также названы поддерживающими.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИММЕТРИЧНОСТИ ГРАНИЦ ПРЕДСТОЯЩЕГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГИПСОВЫХ МОДЕЛЯХ

- Для этого на модели пациента проводится прямая линия по центру, на здоровой половине отмечаются границы переходной складки. Берется чистое прозрачное прямоугольное стекло размером 4,0 х 8,0 см, устанавливается на поверхность модели и с помощью маркера, копируются границы, отмеченные на модели. После этого переворачиваем стекло на пораженную сторону модели, при этом ориентиром будет служить проведенная линия по центру. На пораженной стороне модели отмечаем границы предстоящей резекции, ориентируясь по меткам на стекле

а) вид ротовой полости больного с онкозаболеванием челюстно-лицевой области

б) модель больного с онкозаболеванием челюстно-лицевой области с стеклом, на которое наносятся ориентиры границы здоровой половины.

в) модель больного с онкозаболеванием челюстно-лицевой области с нанесенным ориентиром здоровой половины челюсти, для определения будущей границы резекционного протеза

МЕТОДИКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПРИПАСОВКИ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА

- На модели с отмеченной границией резекции удаляют часть модели соответственно с планом операции. После обработки вазелином получаем слепок с модели альгинатной массой. На отлитой модели из прочного гипса проводим коррекцию протеза и передаем хирургу для фиксации в полости рта больного во время операции.

а) модель, на которой произведена резекция верхней челюсти; б) снятие слепка с модели, где произведена резекция; в) отлитая модель из высокопрочного гипса для предварительной припасовки изготовленного резекционного протеза

СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ СЛЕПКА С ЛИЦА

1. Дно и стенки дефекта обклеивают лейкопластырем до здоровых тканей
2. В носовые отверстия вставляют резиновые или бумажные трубочки. Лицо покрывают предварительно подготовленной двухслойной смоченной в воде марлевой салфеткой, размером 25-30 х 25-30 см с разрезом в области носа

3.Жидко замешанным гипсом смазывают всю поверхность салфетки тонким слоем так, чтобы марлевая салфетка была полностью покрыта гипсом. После этого сверху в той же последовательности накладывают второй, третий и четвертый слои марлевой салфетки. Каждый слой салфетки смазывают тонким слоем жидко замешанного гипса. Чередование слоев салфетки и гипса придает прочность оттиску. После затвердевания гипса оттиск с лица снимают вперед и несколько вниз. Видимый слой марлевой салфетки на внутренней поверхности оттиска служит для прилипания альгинатного слепочного материала при дальнейшем получении оттиска лица.

4Жидко замешанной альгинатной массой намазывают шпателем равномерным слоем внутреннюю поверхность полученного оттиска. После чего оттиск устанавливают в исходное положение на лицо с незначительным усилием, при этом трубки для свободного дыхания должны выходить через отверстия. После затвердевания массы оттиск с лица снимают .

СПОСОБ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЭКТОПРОТЕЗА

- По слепку лица отливают две маски. На первой маске из воска соответственно границе дефекта моделируют заднюю стенку и заменяют на бесцветную пластмассу (рисунок 5 а). Соответственно дефекту образуется углубление, после обработки в клинике проводят припасовку . Плотно прилегая в углубление дефекта, задняя стенка будет придавать устойчивость протезу от смещения.
- На второй маске восстанавливают дефект с размягченным воском. На восстановленной поверхности моделируют наружную стенку протеза из двух слоев базисного воска

- Отмоделированную наружную стенку протеза гипсуют в большую специальную кювету. После выварки воска проводят двухэтапную паковку пластмассы. Первым слоем пакуют бесцветную базисную пластмассу, сверху накладывают эластичную пластмассу. Предварительно проводят подбор цвета в соответствии с цветом кожи лица. Таким образом, получаем наружную стенку протеза лица, который имеет внутреннюю жесткую поверхность и наружную соответствующую цвету лица эластичную поверхность. Предварительно подобранные или изготовленные глаза и ресницы устанавливают в глазную щель . Затем в клинике проводят соединение наружной стенки протеза с задней стенкой самотвердеющей пластмассой . Получаем с пустотелой частью облегченный протез, замещающий дефект. Для фиксации протеза использовали очковую оправу

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1-этап - изготовление непосредственного протеза в виде защитной пластинки или частичного съемного протеза, изготавливаемый до операции и накладываемый в полости рта пациента в период операции.
  2-этап - это изготовление формирующего резекционного протеза в течение 15-30 дней после операции. Главная задача этой ортопедической конструкции обеспечить пациенту функцию жевания, речи, глотания, после заживления операционной раны и подготовка протезного ложа для постоянного протеза.
  3-этап - изготовление постоянного резекционного протеза с обтурирующей частью в течение 150-180 дней после операции. Главная задача этой ортопедической конструкции - обеспечить удовлетворительное восстановление акта жевания, речи, глотания. Этот протез обеспечивает эстетический оптимум, благодаря чему больной может находиться в социуме.

Наложение непосредственного резекционного протеза в полость рта сразу после операций

готовый изготовленный формирующий протез;

Постоянный резекционный протез с обтурирующей частью.

Ортопедические методы лечения больных с дефектами лица и орбиты глаза

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Необходимо различать понятия «деформация зубных рядов» и «зубочелюстная аномалия».

Аномалия - это отклонение от структуры (формы) и функции, присущей данному биологическому виду (органу), возникшее вследствие нарушения развития организма при формировании зубочелюстной системы.

Деформациями следует называть только те нарушения формы зубных рядов, окклюзии, положения отдельных зубов, которые возникли вследствие патологии, но уже после того, как зубочелюстная система сформировалась. В отличие от аномалий деформации **не обусловлены генетически**.

Этология деформаций зубных рядов

Деформации возникают как осложнения различных патологических процессов в зубочелюстной системе. Чаще всего они развиваются при:

- разрушении зубов кариесом,
- дефектах зубных рядов,
- повышенной стираемости,
- функциональной перегрузке пародонта,
- травме,
- новообразованиях челюстей.

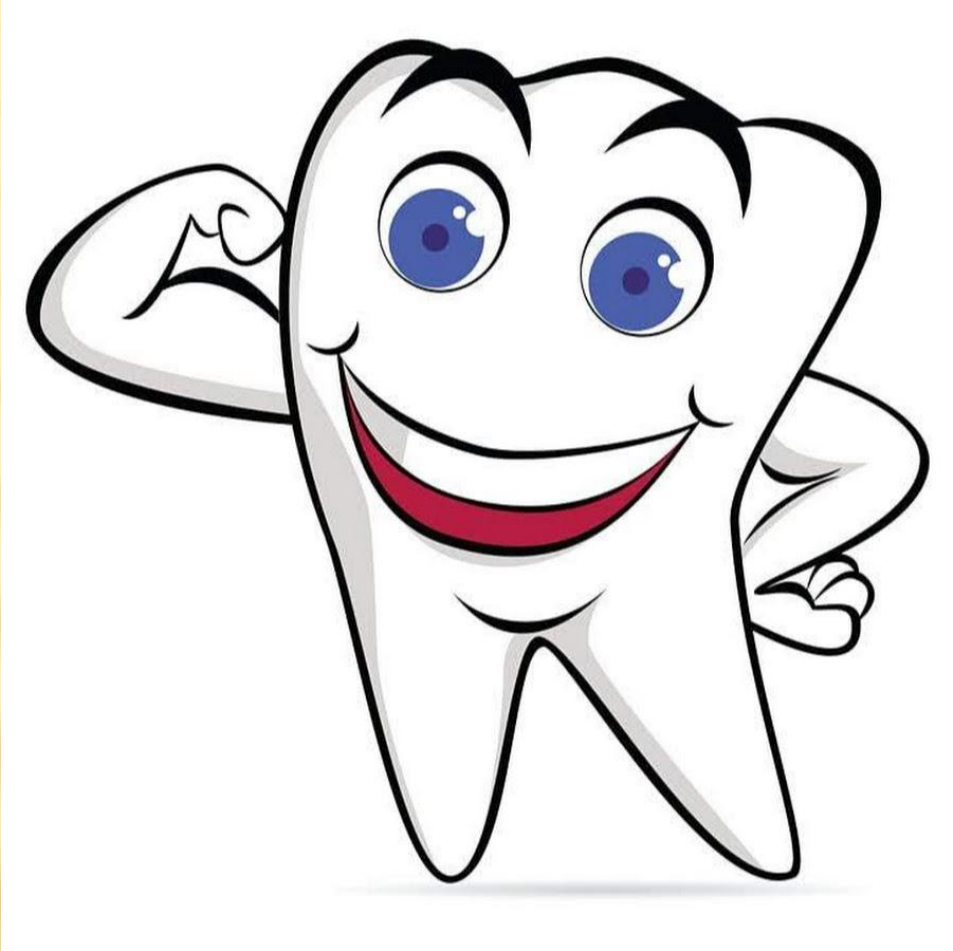
В основе деформации лежит изменение положения зубов и их альвеолярной части.

ЭТИОЛОГИЯ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТОЙ СИСИТЕМЫ

- I. Эндогенные факторы:
- а) неблагоприятные химические и физические воздействия на эмбрион и плод в различные периоды внутриутробного развития;
- б) генетические; в) эндокринные.
- II. Экзогенные факторы: а) общие;
- б) местные.

ДЕФОРМАЦИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ

- Вертикальное зубоальвеолярное удлиннение верхних зубов (одостороннее или двухстороннее).
- Вертикальное зубоальвеолярное удлиннение нижних зубов (одостороннее или двухстороннее).
- Взаимное вертикальное зубоальвеолярное удлиннение на обеих челюстях (одностороннее или двухстороннее).
- Зубные ряды с сагитальным (медиальным или дистальным) смещением зубов в/ч или н/ч (односторонним или двухсторонним)
- Зубные ряды с язычным, щечным или небным смещением зубов.
- Зубные ряды, деформация которых возникла за счет комбинированного смещения зубов.

ДЕФОРМАЦИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!