



•

<<Замещающие протезы. Протезы, применяемые при резекции верхней и нижней челюсти. Классификация: имедиат-протезы (непосредственные протезы). Материалы и методики изготовления. Замещающие протезы при дефектах неба. Классификация obturаторов. Назначение и виды obturаторов. Материалы и методики изготовления. Формирующие протезы. Применение формирующих протезов в комплексном лечении. Протезы, применяемые при замещении приобретенных дефектов челюстно-лицевой области. Показания к применению. Технология формирующих протезов. >>

доц. к.м.н. Вечеркина Ж.В.

Протезы, применяемые при резекции челюстей, врождённых и посттравматических дефектах челюстей.

Пострезекционные, формирующие протезы и замещающие протезы

- ▶ Назначение пострезекционных протезов — замещение утраченной части челюсти и зубов с целью частичного восстановления функции в случаях, когда не показана костная пластика или пластика мягкими тканями. При дефектах на верхней челюсти такой протез позволяет разобщить полость рта от полости носа, восстановить речевую функцию и нормализовать акт приёма пищи. Иногда в качестве резекционного протеза можно использовать съёмные, бюгельные или частичные пластиночные протезы пациента.

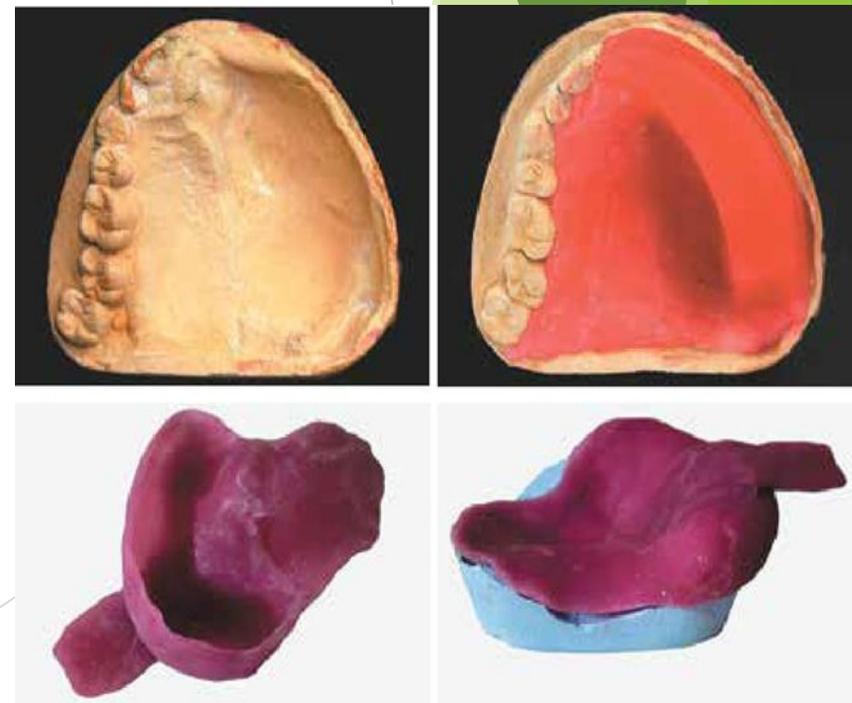
Изготовление этих видов протезов

- ▶ Изготовление этих видов протезов в принципе не отличается от изготовления съёмных пластиночных протезов. В задачу врача входит определение кламмерной системы протеза, которая способствовала бы наилучшей его фиксации и стабилизации и не перегружала бы оставшиеся зубы. Для изготовления протеза при резекции челюсти снимают оттиски с обеих челюстей. Полученные гипсовые модели устанавливают в окклюдатор в положении центральной окклюзии и по намеченному хирургом плану срезают гипсовые зубы и небольшую часть альвеолярного гребня. На оставшиеся зубы накладывают опорно-удерживающие кламмеры и устанавливают искусственные зубы по зубной дуге и в окклюзии с зубами противоположной челюсти



Протез полимеризуют по стандартной методике и накладывают непосредственно после операции. Через 2–3 дня, когда спадёт послеоперационный отёк, протез можно откорректировать (перебазировать) с помощью быстротвердеющей пластмассы в лаборатории.

Формирующий протез изготавливают на 10–15 сут после операции (после удаления части челюсти сравнительно быстро происходит уменьшение послеоперационного дефекта за счёт западения мягких тканей). Снятие оттиска в этот период затруднено из-за контрактуры жевательных мышц и опасно в плане аспирации оттискными массами, в связи, с чем рекомендовано по возможности проводить этот этап в условиях стационара. Врачу необходимо проснять оттискной массой всю послеоперационную полость, так как для правильного формирования протезного ложа принимают во внимание все возникшие ретенционные пункты. На полученной гипсовой модели техник изолирует выраженные поднутрения с целью облегчения последующего наложения протеза в полости рта и изготавливает прикусной валик



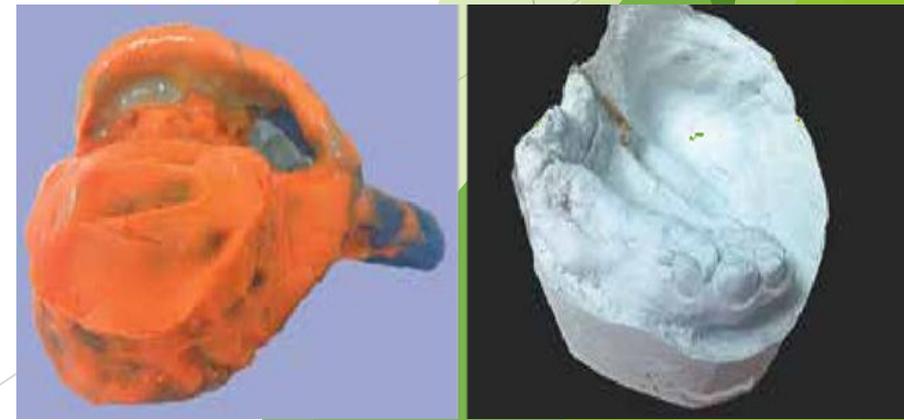
Применение эластичного слоя особенно эффективно при протезировании дефектов твёрдого и мягкого нёба, когда одним из основных моментов лечения является надёжное разобщение ротовой и носовой полости. Эластичный слой на протезе позволяет достигнуть плотного прилегания краёв протеза по всему периметру дефекта без травмирования мягких тканей.

При этом следует руководствоваться следующим правилом: чем обширнее дефект, тем значительнее по толщине должен быть слой эластичной пластмассы.

При другом варианте формирующую часть изготавливают из жёстких пластмасс.

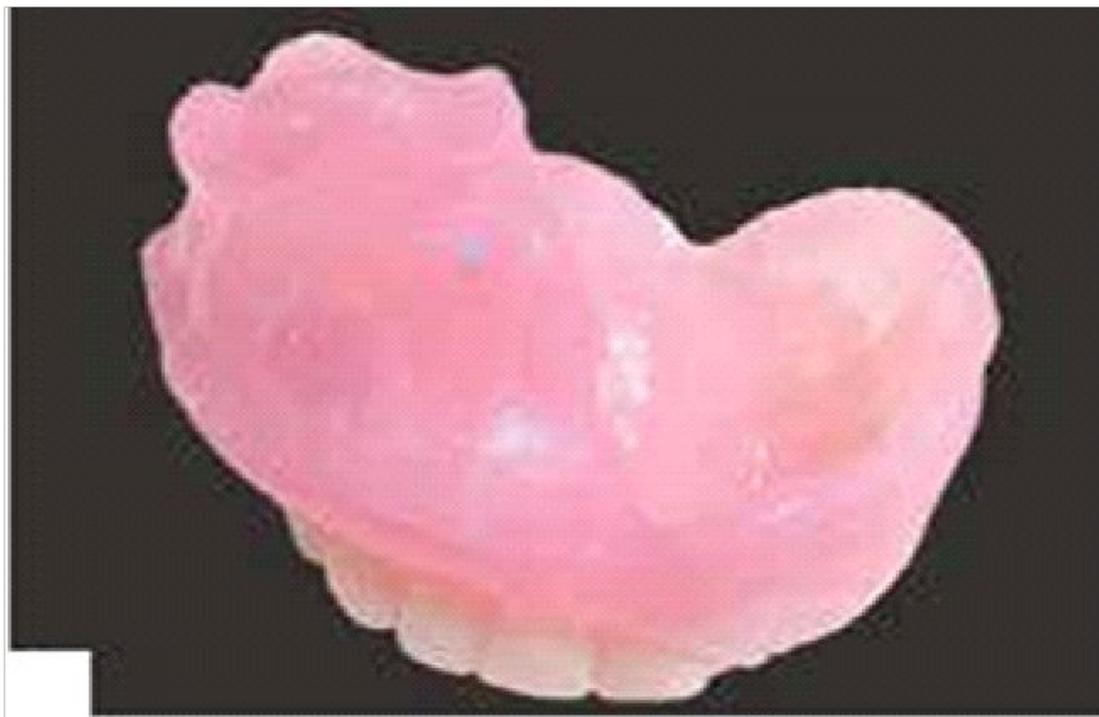


В этом случае формирующую часть лучше делать полой для уменьшения веса протеза. Для этого предложена следующая методика изготовления полой части формирующего протеза верхней челюсти. Оттиск снимают через 3 нед. после резекции челюсти, вместе с протезом



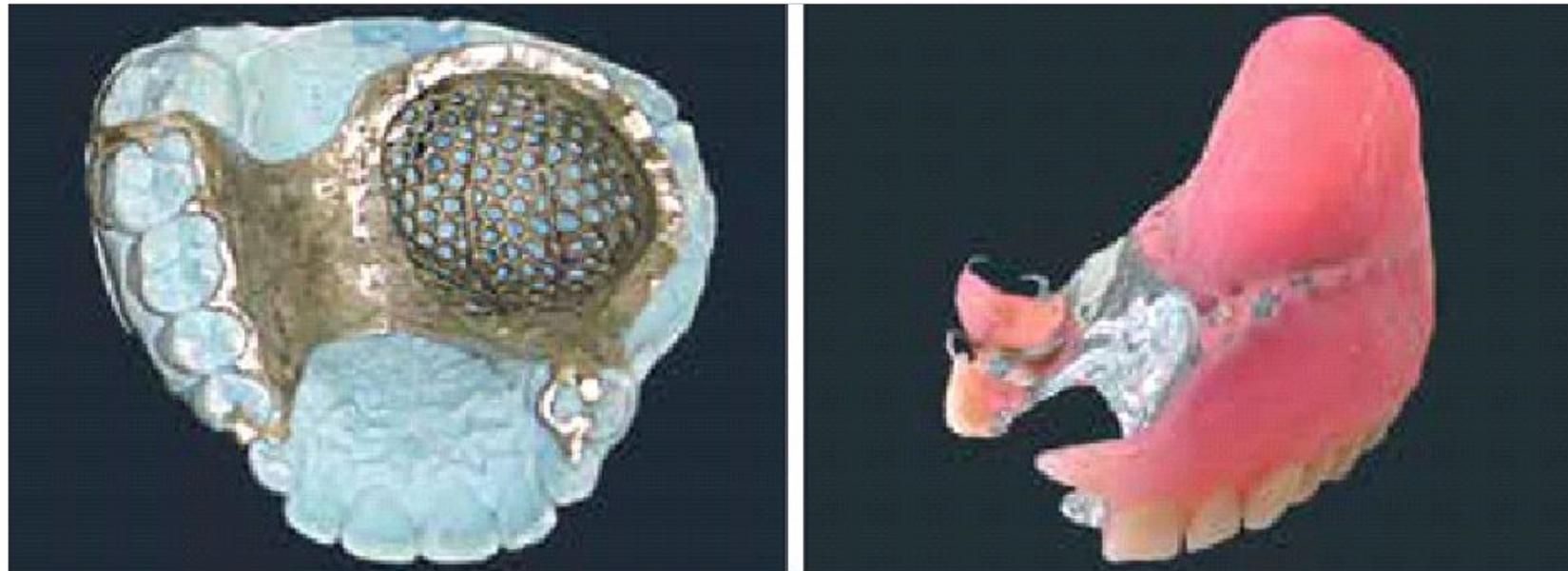
На отлитой гипсовой модели между базисом протеза и границами резекции образуется углубление, соответствующее дефекту челюсти.

Это углубление выстилают пластинкой воска в виде крыши, которую затем заменяют пластмассой. Последнюю соединяют с протезом с помощью самоотвердеющей пластмассы, и протез становится полым, т.е. более лёгким (рис.).



Замещающие протезы — третий этап ортопедической стоматологической реабилитации. Сроки изготовления замещающего протезирования — 3–6 мес после оперативного лечения. В некоторых случаях протезирование может быть отсрочено до 12 мес. Съёмные замещающие протезы для верхней челюсти должны иметь малую массу, быть гигиеничными, чётко отображать ткани протезного ложа, надёжно фиксироваться в полости рта, восстанавливать утраченные функции жевания, речи, эстетику.

Основная фиксация протеза при одностороннем дефекте зубного ряда и при наличии дефекта нёба — кламмерная. Обычные кламмеры, наложенные на коронки естественных зубов, не удерживают протез, поэтому необходимо изготавливать искусственные коронки со специальными фиксирующими элементами (интерлоки, фрезерованные части, напаяемые валики), удерживающими протез на стороне дефекта нёба и зубного ряда. Дополнительную фиксацию и большую герметичность достигают образованием вестибулярного валика на съёмной части протеза. Нёбную сторону базиса протеза формируют без каких-либо выступов, и она является лишь разобщающей пластинкой. Такой протез рекомендовано изготавливать при достаточном количестве оставшихся зубов (рис.).



Несколько иначе следует конструировать и изготавливать разобщающий протез при наличии малого числа зубов на оставшейся неповреждённой части челюсти.

- ▶ Такая ситуация наблюдается обычно после значительного огнестрельного разрушения верхней челюсти, когда типично резкое деформирование верхней челюсти с наличием большого количества рубцовых тяжей. Добиться достаточной фиксации протеза в таких условиях довольно трудно. Фиксация в основном зависит от точности полученного оттиска и правильного расположения не только клammerных приспособлений, но и наличия внутреннего и периферического клапанов. Значительные трудности представляет получение качественного оттиска.
- ▶ Оттиск получают поэтапно — для фиксирующей, а затем для формирующей частей протеза. Вначале получают оттиск с сохранившейся части верхней челюсти, на которую изготавливают базисную пластинку со всеми необходимыми фиксирующими приспособлениями (клатмеры, штифты и др.). Кроме того, часть базисной пластинки, обращённую в сторону дефекта, дополняют металлическими петлями. После тщательной припасовки изготовленной фиксирующей части протеза на петлю постепенно наслаивают оттискную массу, стараясь не заполнять дефект нёба в глубину. После полного формирования разобщающей пластинки эластичными материалами их заменяют пластмассой. Затем проверяют всю эффективность разобщения носовой и ротовой полости и при положительном эффекте пластинку (протез) полируют.

Иначе конструируют протезы при наличии дефекта не только половины верхней челюсти, но и нижнего края орбиты с нарушением зрения.

- ▶ В таких случаях протез не только должен разобщать полость рта от полости носа, но и быть достаточной опорой для глазного яблока. Конструируют протез облегчённого типа, без obtурирующей части, по форме дефекта челюсти. Конструируя в протезе только переднюю часть нёба и челюсти, удаётся в значительной мере облегчить протез. Такой протез отвечает предъявляемым к нему требованиям: достаточно хорошо поддерживает мягкие ткани щеки и глазное яблоко, разобщает носовую и ротовую полости, его легко вводить и выводить из полости рта. Полное отсутствие зубов с дефектом нёба — обычно следствие большого разрушения верхней челюсти ранящим снарядом или результат оперативного вмешательства по поводу различных заболеваний.
- ▶ При конструировании протеза на беззубую верхнюю челюсть с наличием дефекта нёба, несмотря на возможность адгезивного укрепления протеза, следует всегда учитывать необходимость применения дополнительных методов фиксации (имплантатов, пружин и др.). В настоящее время наиболее распространён метод дополнительной фиксации протезов с помощью дентальных имплантатов. В этом случае имплантаты рассматривают как биомеханический способ фиксации съёмных протезов на верхней или нижней челюсти. Традиционно для сложного протезирования используют фиксацию съёмных протезов на шаровидные головки имплантата либо магнитную фиксацию. Врач-ортопед снимает оттиск с оттискными переносчиками для передачи положения имплантатов на модель. Техник отливает модель с использованием лабораторных аналогов имплантатов, которые прикручивают к переносчикам, находящимся в оттиске. После получения модели на аналоги имплантатов устанавливают необходимые головки (шаровидные простые или магнитные). Ответную часть шаровидных головок или магнитных фиксаторов размещают в теле замещающего протеза

Обтуратор .

Обтуратор - специальное приспособление, при помощи которого устраняются врожденные или приобретенные нёбные дефекты в полости рта.



Материалы и методики изготовления obturators



Это протез, изготовленный из металла, каучука или пластмассы, с помощью которого появляется возможность нормализовать функции дыхания, речи, приема пищи.

Изготовление obturators for the hard palate



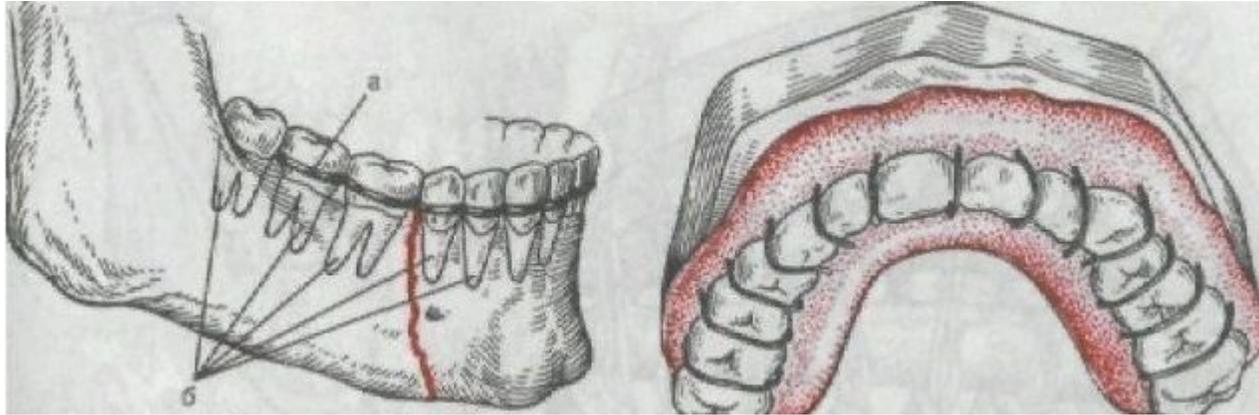
Разогревание термопластической массы в воде.



Оттиск из термопластического компаунда.



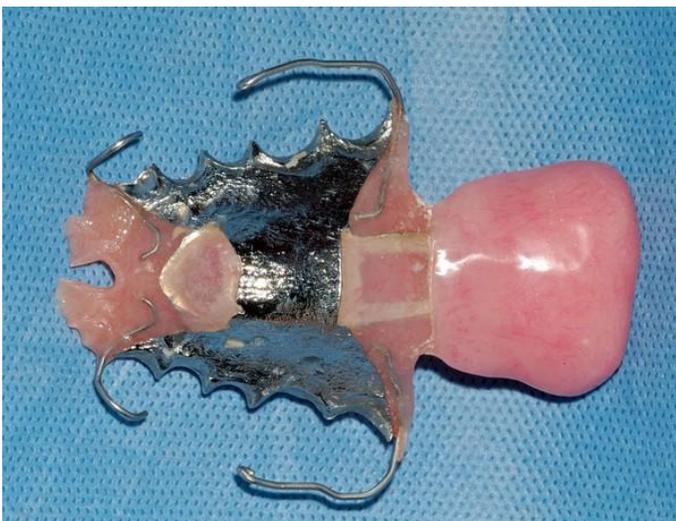
Изготовление obturатора для мягкого неба



Фиксирующая



Обтурирующая

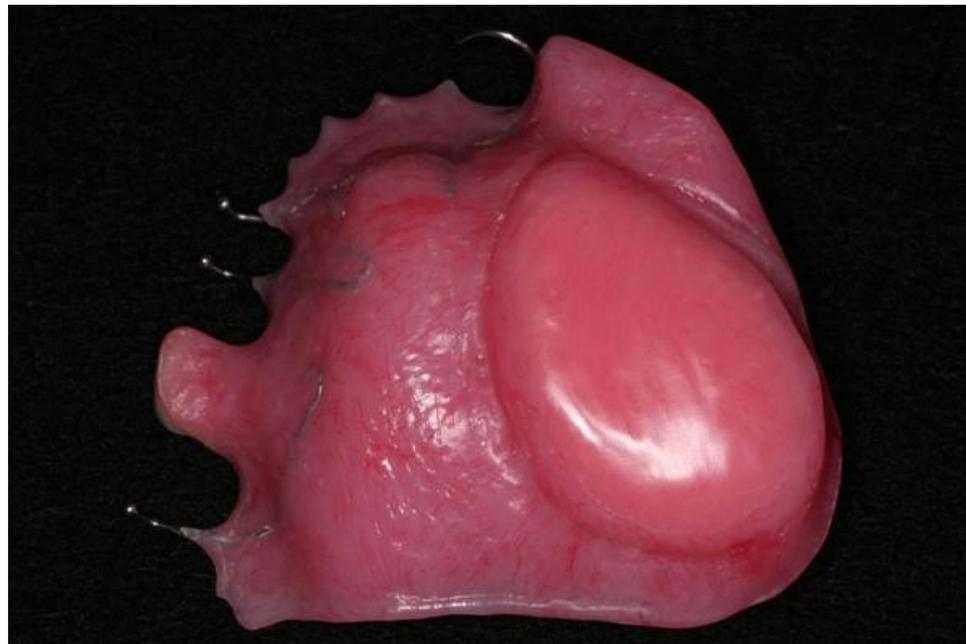


Для твердого неба : По В.Ю.
Курляндскому



Для мягкого неба :По Ильиной-
Маркосян.

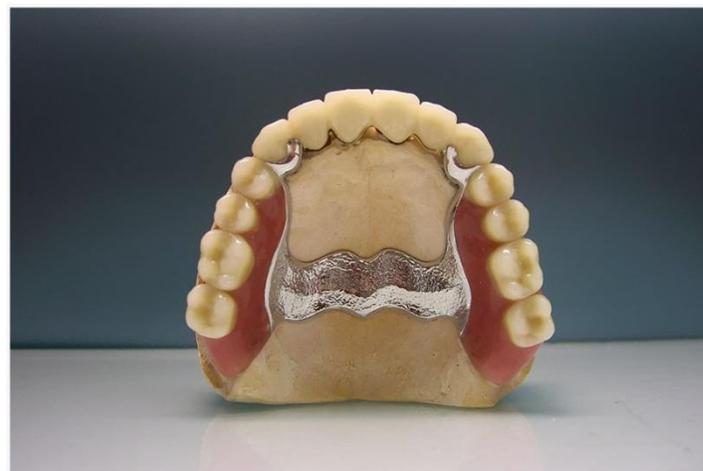
Замещающие протезы при дефектах неба .



Зубоальвеолярные



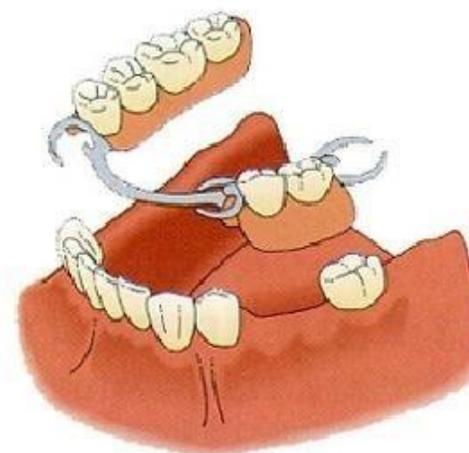
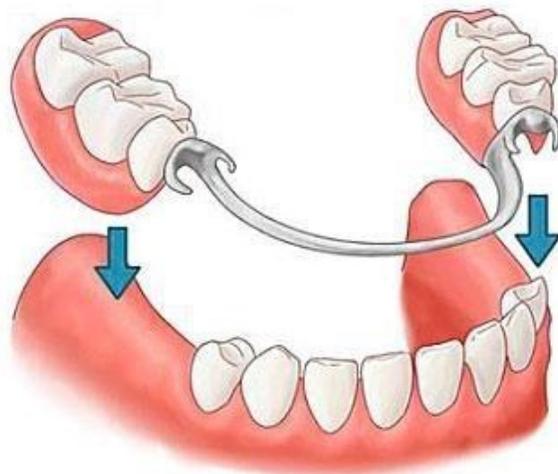
Челюстные



Лицевые

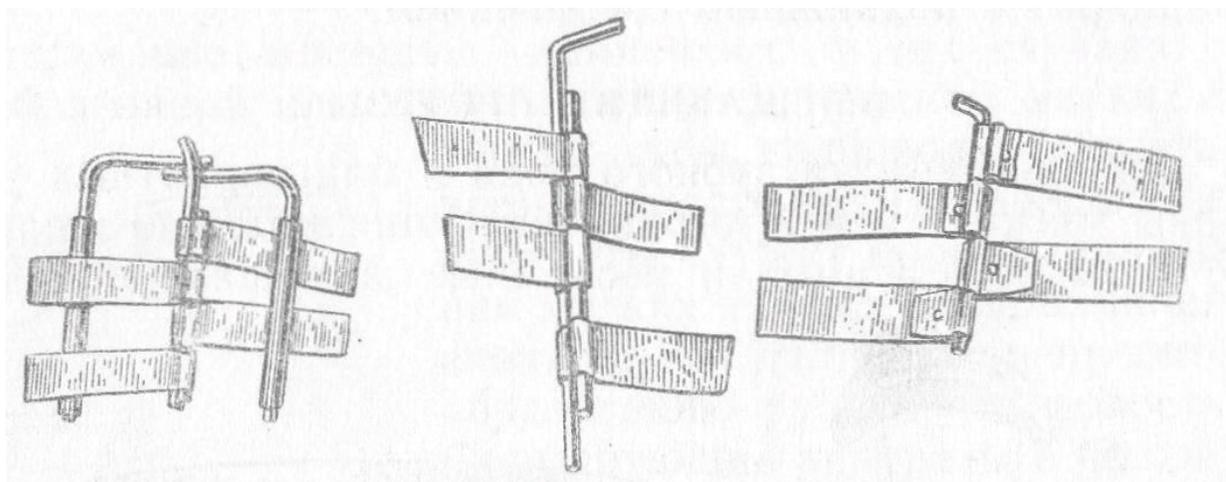


Комбинированные

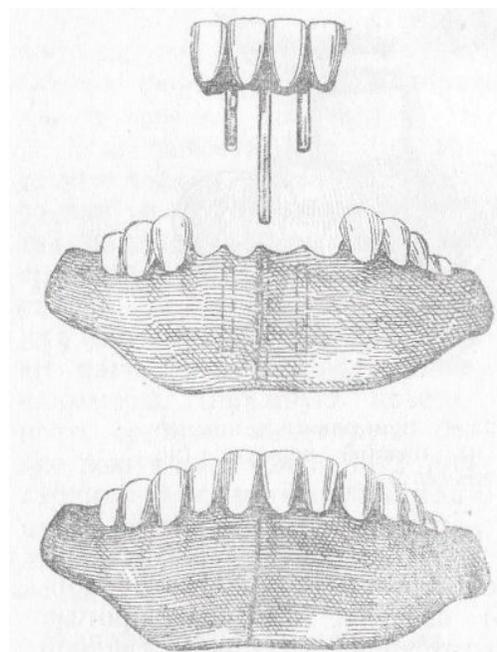




Складной протез .



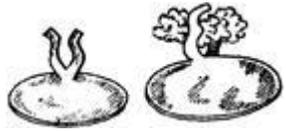
Шарнир



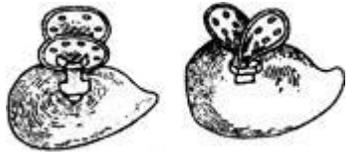
Классификация obturators.



Хирургический (уранопластика, остеопластика) и ортопедический .



Амбуразом Паре.



Фошар.



Делябар.



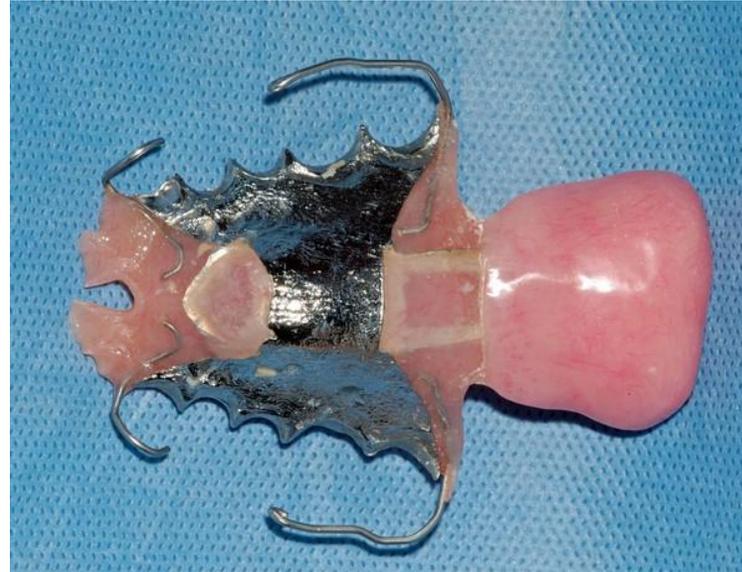
Кингслей.

Назначение и основные виды obturаторов .

По Ильиной-Маркасян



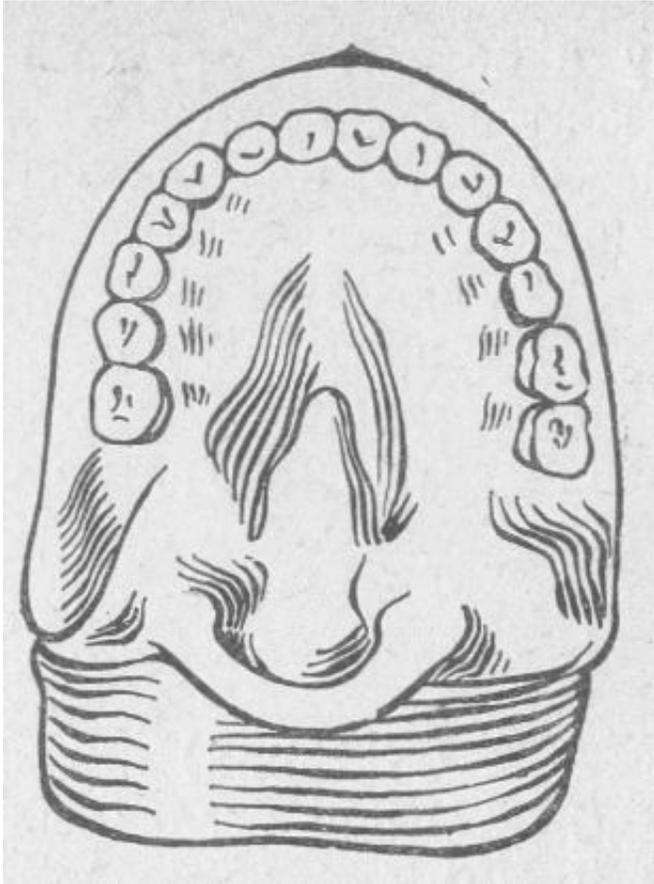
По Курляндской



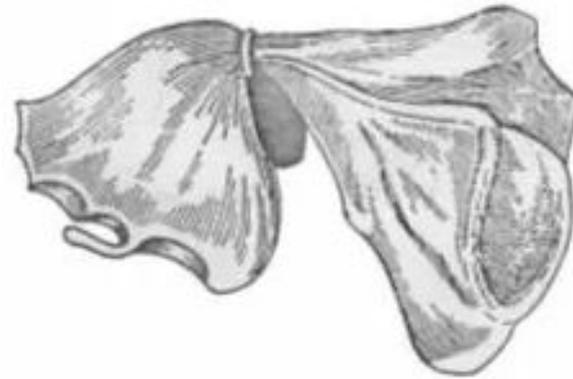
По Померанцевой -Урбанской



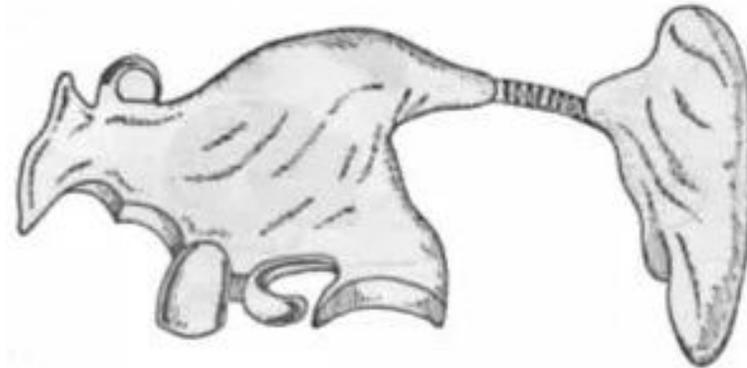
Плавающий обтуратор
Кеза



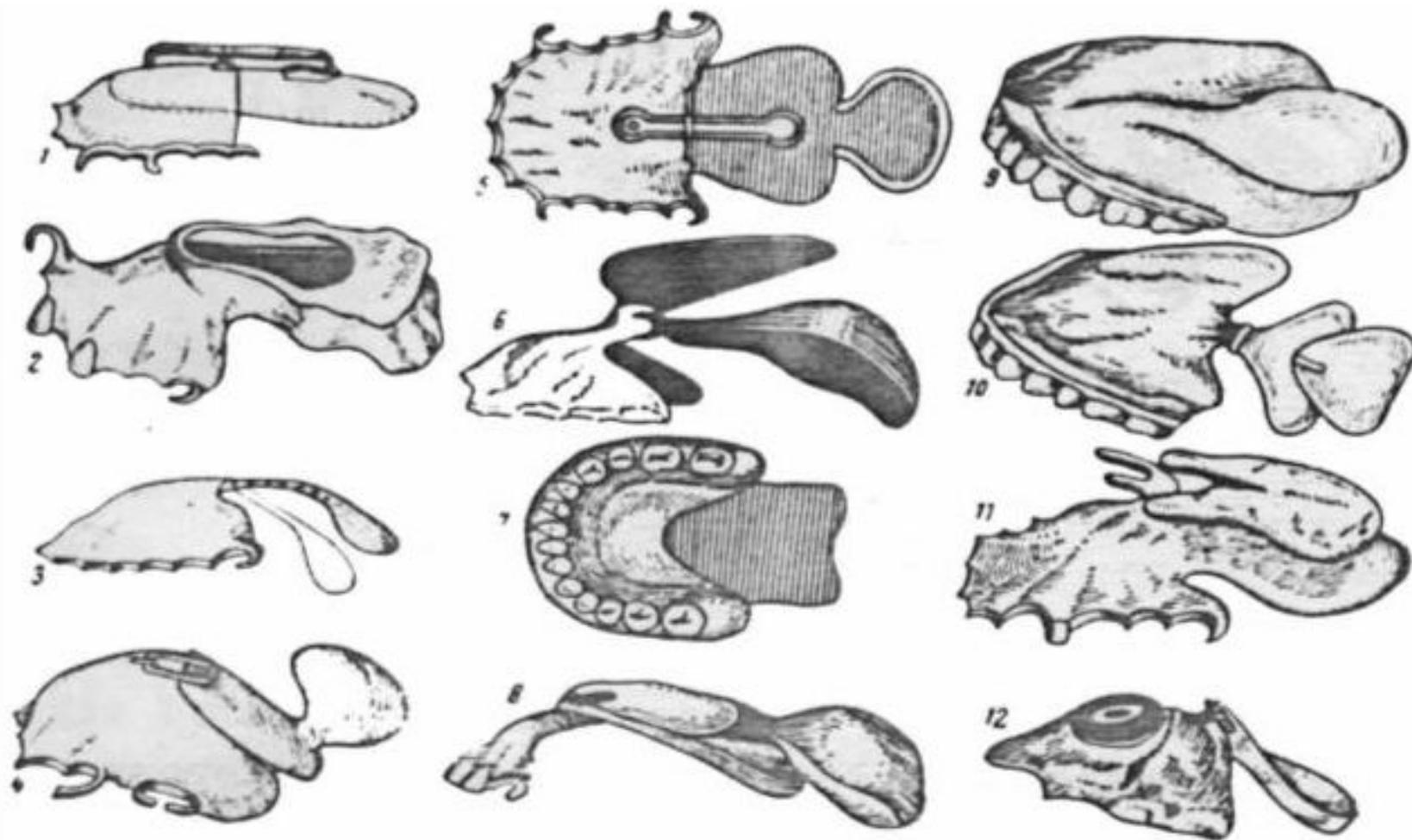
По Сюрсену



По Шльдскому



Виды obturаторов .



***Спасибо за
внимание !***