

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
“Волгоградский государственный медицинский университет”
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой



С. В. Дмитриенко

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

**СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

Для клинических ординаторов

РАЗДЕЛ 7.

**МОДУЛЬ 4: Непосредственное протезирование. Съёмные и
несъёмные имедиат-протезы**

**Основной профессиональной образовательной программы подготовки
кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.75 “СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ”**

6 часов

ТЕМА 7. 4: Непосредственное протезирование. Съёмные и несъёмные имедиат-протезы

ЦЕЛЬ: ознакомиться с современными представлениями об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике заболеваний пародонта, классификациями, формами и методиками непосредственного протезирования.

Формируемые компетенции: УК - 1, ПК - 4, ПУ - 6, ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: клинические кабинеты, методические разработки, тестовые задания, учебная литература.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебная база кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Место и роль непосредственного протезирования при комплексном лечении заболеваний пародонта.
2. Съёмные имедиат протезы.
3. Несъёмные имедиат протезы

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ

Потеря зубов и связанные с этим нарушения функции жевания, речи, внешнего вида отрицательно сказываются на самочувствии больного. Характер и степень этого влияния зависят от пола и возраста больного, профессии, типа высшей нервной деятельности, а также от того, какие зубы были утрачены. Потеря передних зубов, нарушая эстетические нормы, может вызывать реакцию у юноши, девушки, отличную от реакции пожилого человека. Для преподавателей и артистов потеря передних зубов означает временное прекращение работы. Поэтому становится понятным стремление больного как можно быстрее получить протез и в какой-то мере восполнить образовавшийся дефект зубного ряда.

Нарушение эстетических норм, функции жевания, опасность перегрузки сохранившихся зубов, потеря фиксированной (меж-альвеолярной) высоты и изменения в связи с этим деятельности мышц и височно-нижнечелюстного сустава побуждают врача уменьшить разрыв во времени между удалением и началом протезирования. Сокращение периода лечения больного достигается двумя путями: хорошей хирургической подготовкой полости рта, позволяющей в короткие сроки сформировать альвеолярный отросток, благоприятный для протезирования, и непосредственным, или первичным, протезированием.

К непосредственному протезированию имеются широкие показания. Его следует считать обязательным при следующих клинических условиях: 1) удалении последних зубов; 2) удалении зубов с потерей последней пары антагонистов (потеря фиксированной межальвеолярной высоты); 3) удалении зубов, когда пародонту оставшихся зубов грозит функциональная перегрузка с последующим понижением межальвеолярной высоты; 4) удалении коренных зубов с образованием двусторонних концевых или больших включенных дефектов при глубоком прикусе и заболевании сустава; 5) удалении передних зубов; 6) удалении боковых зубов при системных пародонтопатиях; 7) резекции альвеолярного отростка и челюстей.

При непосредственном протезировании протез накладывают на операционном столе (кресле) тотчас после операции. Методика обследования больного обычная. Конструкция протеза при этом должна

быть максимально простой и доступной. Применения сложных конструкций, особенно дуговых протезов, следует избегать, так как во время операции объем вмешательства может измениться вследствие осложнений или новых данных, обнаруженных в ходе ее. В этом случае заранее приготовленный протез окажется непригодным. Наиболее пригоден в качестве первичного съемный пластиночный протез с удерживающими или опорно-удерживающими кламмерами.

В результате обобщения клинического опыта многих стоматологов сложились две наиболее рациональные методики непосредственного протезирования.

Первая методика (Г. П. Соснин, А. А. Котляр, Е. И. Гаврилов) заключается в следующем. До удаления зубов снимают оттиски челюстей. Затем отливают рабочие и вспомогательные модели и готовят восковые шаблоны с прикусными валиками, если без них нельзя составить модели в центральной окклюзии. После этого модели загипсовывают в артикулятор и производят специальную подготовку их. Она заключается в следующем. Зубы, подлежащие удалению, срезают на моделях на уровне их шеек. Затем с вершины альвеолярного отростка снимают тонкий слой гипса (не более 2 мм) и придают ей закругленную форму. В участках, прилегающих к шейкам остающихся естественных зубов, отступя от них на 3—4 мм, гипс снимать не следует. Так поступают для предупреждения отслойки будущим протезом десны естественного зуба. Нельзя снимать много гипса с язычной и особенно небной сторон: здесь имеется плотная, малоподатливая слизистая оболочка, не сразу подвергающаяся ретракции после операции. Слой снимаемого гипса может быть несколько увеличен, если удаление зубов проводится по поводу пародонтоза или пародонтита с атрофией лунки более чем на $\frac{2}{3}$ ее длины и отеком тканей десны.

При подготовке альвеолярного отростка боковых зубов с вершины его снимают слой гипса не толще 1 мм и края его слегка закругляют. В результате такой подготовки на вершине альвеолярного гребня образуется небольшая плоскость. Не следует в этом случае проявлять излишний радикализм, снимая толстый слой гипса. Необходимо помнить, что при обработке альвеолярного отростка лучше снять меньше гипса и через некоторое время произвести перебазировку протеза.

После подготовки альвеолярного гребня делают постановку зубов и заканчивают изготовление протеза. Затем следуют операция удаления зубов и наложение протеза. Наложение протеза имеет свои особенности. Отек слизистой оболочки в ране и вокруг нее мешает точному прилеганию протеза к тканям протезного ложа и часто вызывает повышение межальвеолярной высоты на искусственных зубах. Поэтому в первый сеанс не следует заниматься исправлением окклюзии. Это надо сделать в последующие дни, когда воспалительный отек исчезнет.

Вторая методика непосредственного протезирования (И. М. Оксман, М. Н. Шитова) отличается от описанной тем, что протез готовят в два этапа. Вначале по восковому шаблону, сформированному на рабочей модели, изготавливают из пластмассы базис будущего протеза с обычными границами. Затем его проверяют в полости рта и снимают оттиск вместе с базисом. При отливке модели базис переводят на модель и последнюю загипсовывают в артикулятор. После этого приступают к подготовке альвеолярного отростка. По этой методике гипсовые зубы срезают так, что на поверхности альвеолярного отростка остается культи высотой 1 мм. Затем производят обычную постановку зубов и заканчивают изготовление протеза, как при починке, когда необходимо приварить несколько новых зубов. Поскольку базис непосредственного протеза принимает участие в формировании альвеолярного отростка, в непосредственных протезах постановка зубов делается почти всегда на искусственной десне.

Протез, изготовленный по описанной методике, не прилегает своим базисом к операционной ране и не нарушает в ней процессов заживления. Предварительное изготовление базиса и проверка его в полости рта облегчают наложение съемного протеза после операции.

С момента операции альвеолярный отросток подвергается непрерывной эволюции как под воздействием самого протеза, так и вследствие атрофии от бездеятельности. По данным т. А. Васильева, послеоперационная рана заполняется мелко-петлистой губчатой костью через 45 дней после удаления зуба. Через 3 мес область бывшей лунки на месте удаленного зуба по своему строению ничем не отличается от окружающей кости челюсти.

По мере заживления операционной раны начинает выявляться небольшое локальное несоответствие протеза с изменяющимся альвеолярным

отростком. Эти недостатки обнаруживаются в первые недели после операции и легко устраняются наслоением быстротвердеющей пластмассы. Несколько позднее (через 2- 4 мес) протезное ложе в той его части, которая расположена на альвеолярном отростке, начинает претерпевать большие изменения. Непосредственный протез теряет устойчивость, нарушается окклюзия искусственных зубов, между краем протеза и вестибулярной поверхностью альвеолярного отростка появляется щель, возможно балансирование протеза. Эти признаки у различных больных выявляются в разные сроки, но свидетельствуют о том, что функция непосредственного протеза исчерпана и следует приступить к следующей стадии ортопедического лечения — отдаленному протезированию.

Функция непосредственного протеза отличается от функций протезов, которые больные получают в отдаленные сроки. Кроме обычных лечебных и профилактических задач, свойственных любому протезу, непосредственный протез служит повязкой, защищая послеоперационную рану, и оказывает влияние на формирование альвеолярного отростка. Жевательная эффективность этих протезов всегда ниже, чем протезов, изготовленных в отдаленные сроки.

Следует иметь в виду, что непосредственное протезирование не может заменить собой отдаленное. Каждый из этих видов протезирования соответствует определенному периоду ортопедического лечения. Между ними существует преемственность, и они не всегда могут заменить друг друга, так как к применению каждого из них имеются свои показания. Непосредственный протез как лечебный аппарат показан в послеоперационном периоде, в течение которого происходят заживление раны и формирование беззубого альвеолярного отростка.

Тестовые вопросы для определения усвояемости материала:

1.Какое минимальное количество зубов необходимо для изготовления бюгельного протеза?

А)2

Б)4

В)6

Г)6 - 8

2.Какова минимальная высота клинической коронки зуба для расположения на ней опорноудерживающего кламмера?

А)4 мм

Б)5 -6 мм

В)8 мм

Г)10 мм

3.Какова минимальная высота клинической коронки опорного зуба для изготовления замкового крепления?

А)4 мм

Б)5 -6 мм

В)8 мм

Г)10 мм

4.Какова необходимая и достаточная высота клинической коронки опорного зуба для изготовления телескопической коронки?

А)3 мм

Б)4 - 5 мм

В)6 - 8 мм

Г)8 - 10 мм

5.В каких квадрантах опорного зуба располагается плеча опорноудерживающего кламмера?

А)1, 3, 4.

Б)1, 4.

В)1, 2, 3.

Г)1, 2, 4.

6.В каких квадрантах расположено плеча гнутого проволочного кламмера?

А)1, 3, 4.

Б)1, 4.

В)1, 2, 3.

Г)1, 2, 4.

7.Какая степень подвижности зубов позволяет изготовить пластиночный протез?

А)2

Б)3

В)4

Г)любая

8.Какая степень подвижности зубов не позволяет изготовить бюгельный протез?

А)1

Б)2

В)3

Г)4

9.Какое расположение опорных элементов для съемных конструкций наиболее благоприятно на верхней челюсти?

А)диагональное

Б)трансверзальное

В)аксиальное

Г)тангенциальное

10.Какое расположение опорных элементов для съемных конструкций наиболее благоприятно на нижней челюсти?

А)диагональное

Б)трансверзальное

В)аксиальное

Г)тангенциальное

Литература

Основная литература:

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : учебник по спец. 060.105.65 "Стоматология" по дисциплине "Ортопед. стоматология" / С. Д. Арутюнов [и др.] ; под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджения ; М - во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 640 с. : ил., цв. ил.

Дополнительная литература:

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : фак. курс (на основе концепции проф. Е. И. Гаврилова) : учебник для мед. вузов / В. Н. Трезубов [и др.] ; под ред. В. Н. Трезубова. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Фолиант, 2010. - 656 с.: ил. - Библиогр.: с. 649.
2. Стоматология [Электронный ресурс]: Учебник / Под ред. Т. Г. Робустовой. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2008. - 816 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов мед. вузов). – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
3. Стоматология [Электронный ресурс]: учебник для медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов/ под ред. В. А. Козлова. 2-е изд., исп. и доп.– СПб.: СпецЛит, 2011. – 487 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
4. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Текст] : [учеб. пособие] / под ред В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 157, [3] с. : ил. - (Руководство для врачей).
5. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс]: руководство / Под ред. проф. В.В. Афанасьева, проф. О.О.

Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.
– Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Программное обеспечение и интернет - ресурсы:

- www.elibrary.ru – научная электронная библиотека
- www.e-stomatology.ru - официальный сайт Стоматологической ассоциации России (СтАР)
- www.volgmed.ru - сайт Волгоградского государственного медицинского университета
- <http://library.volgmed.ru/Marc> - электронный каталог библиотеки ВолГМУ
- www.mma.ru - сайт Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова
- <http://www.studentlibrary.ru> - электронная библиотечная система «Консультант студента»
- <http://www.studmedlib.ru> – консультант студента
- информационно-поисковая база Medline
- www.stom.ru - текущие события в России и за рубежом, научные статьи ведущих специалистов, обзор литературы.
- www.web-4-u.ru/stomatinfo - электронные книги по стоматологии.
- www.stomatlife.ru - справочно- информационный ресурс по стоматологии и медицине.
- www.edentworld.ru - информация о периодических изданиях, событиях в стоматологическом мире в России и за рубежом, научные статьи по различным направлениям стоматологии.
- www.dentalsite.ru - профессионалам о стоматологии.
- www.stomatolog.ru - книги, журналы, газеты, оборудование, инструмент, английский язык, работа для стоматолога.
- www.webmedinfo.ru/library/stomatologiya - на сайте представлены книги по стоматологии для бесплатного скачивания.
- www.dental-revue.ru - информационный стоматологический сайт, статьи по разным разделам стоматологии, дискуссии.

- www.volgostom.ru - для профессионального общения врачей – стоматологов