

## *Модуль: Ортопедиялық стоматология*

# Жақ-бет протездерін заманауи дизайнмен дайындау



Орындаған: Оспан Айдана  
Факультет : Стоматология  
Тобы: 006-02  
Қабылдаған: Рузуддинов С.Р.

## План:

- Введение
- Заключение
- Литература

# Введение

- Приобретенные дефекты челюстно-лицевой области являются следствием радикальных оперативных вмешательств по поводу новообразований или травматических повреждений. При лечении больных с повреждениями челюстно-лицевой области возникают задачи, связанные с подготовкой больного к оперативному вмешательству, созданием опоры для мягких тканей, закрытием послеоперационной раны, кормлением больных и др. В большинстве случаев решение этих задач невозможно без применения ортопедического метода лечения как элемента комплексной терапии этой категории больных. В настоящее время в связи с широким внедрением комплексных методов восстановительного лечения, основанных главным образом на разработке новых методов как хирургического, так и ортопедического лечения с внедрением имплантационных технологий, вновь возрос интерес к проблемам челюстно-лицевой ортопедии.

- Поэтому исследование, направленное на улучшение качества оказываемой медицинской помощи и восстановление эстетического вида пациентов, является наиболее важной и перспективной задачей. Несмотря на многочисленные исследования и достигнутые результаты, в этой сложной проблеме до настоящего времени остается много сложных и нерешенных вопросов, связанных с оптимальными сроками реабилитации, улучшением качества ортопедических конструкций, разработкой и использованием современных материалов и технологий.

● Чтобы восстановить дефекты сначала надо делать следующие задачи:

1. Провести анализ функциональных и анатомических нарушений сформировавшихся дефектов средней зоны лица.
2. Совершенствовать способ изготовления непосредственного резекционного протеза для верхней челюсти (временной пластинки). Определить наиболее оптимальные сроки изготовления ортопедических конструкций до и в послеоперационном периоде.
3. Совершенствовать способ получения слепка лица с учетом выявленных анатомических особенностей, сформировавшихся дефектов, с применением современных материалов.
4. Разработать и внедрить способ изготовления эктопротеза с учетом объема и топографии дефектов и деформации челюстно-лицевой области.
5. Изучить количественно – качественный состав микрофлоры полости рта у больных с дефектами челюстно-лицевой области и рекомендовать состав жидкости для уменьшения микробной обсемененности у больных с дефектами челюстно-лицевой области.

# Методы обследования и лечения больных

- При обследовании больных с приобретенными дефектами зубочелюстного аппарата и прилежащих смежных областей мы применяли клинические, лабораторные, рентгенологические методы исследования.
- Специальные методы исследования включали: рентгенографию, компьютерную томографию, антропометрию диагностических моделей, антропометрию масок лица.

## *Методика определение 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 x 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 (рисунок 1).



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 границей 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*

- Дно и стенки дефекта обклеивают лейкопластырем до здоровых тканей



- 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



- 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 (рисунок 3 в).



- Жидко 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 .



## *Методика определения симметричности границ глаза на пораженной половине лица.*

- По центральной линии лица делаются две отметки, одна на верхнем отделе лица (лобной области), вторая в нижнем отделе средней зоны лица (кончике носа). Стекло размером 8,0 x 10,0 см. устанавливаем по центральной линии по отметкам, а само стекло закрывает здоровую половину лица, с помощью маркера на стекле отмечаем верхнюю и нижнюю отметку, рисуя, копируем границы здорового глаза. После этого стекло переворачиваем на вторую половину лица, соответственно границам здорового глаза, вырезаем глазную щель в восковой наружной стенке эктопротеза (рисунок 4).



## *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 (рисунок 5 б). 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 (рисунок 5 в)



- Отмоделированную наружную стенку протеза гипсуют в большую специальную кювету. После выварки воска проводят двухэтапную паковку пластмассы. Первым слоем пакут 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 (рисунок 5 г). Затем в клинике проводят соединение наружной стенки протеза с задней стенкой самотвердеющей пластмассой (рисунок 5 д). Получаем с пустотелой частью облегченный протез, замещающий дефект. Для фиксации протеза использовали очковую оправу (рисунок 5 е).



# Ортопедические методы лечения больных с дефектами и деформациями верхней челюсти

- Для изготовления челюстно-лицевых протезов в три этапа для больных с онкозаболеваниями в области верхней челюсти на одной или на обеих сторонах. Только такой подход обеспечит наиболее оптимальное восстановительное ортопедическое лечение с сохранением эстетического минимума у этой категории больных:

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 obturating 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.



*Изготовление и ортопедического лечения  
непосредственными протезами.*

- В качестве непосредственного протеза у больных с дефектами верхней челюсти применялась защитная пластинка, или (при полной или частичной адентии верхней челюсти) пластинчатый протез. При резекции верхней челюсти наблюдаются выраженные нарушения функции речеобразования, жевания, формирования пищевого комка и глотания.

## Наложение непосредственного резекционного протеза в полость рта сразу после операций

- а) готовый непосредственный протез;
- б) готовый протез припасован и зафиксирован в полости рта





- а) Послеоперационная рана заполнена тампоном с лекарствами.
- б) Защитная пластинка в полости рта через неделю
- 
- - Защитная пластинка выполняет удерживающую функцию тампонов с лекарствами

## *Изготовление и ортопедические методы лечения формирующими протезами.*

- Этапы изготовления протезов состоят из двух вариантов.
- 1 вариант – для больных, у которых были непосредственные протезы.
  - а) после обследования снимаем слепок с полости рта с помощью непосредственного протеза, силиконовой массой;
  - б) отливаем модели, на углублении в области дефекта из воска, формируем obturating part;
  - в) замена воска на пластмассу;
  - г) припасовка и сдача с облегченной obturating part формирующий протез.
- 2 вариант – для первично обратившихся больных после резекции верхней челюсти.
  - а) стандартной ложкой снимаем анатомический слепок с обеих челюстей;
  - б) отливаем модели, изготавливаем жесткую индивидуальную ложку;
  - в) индивидуальной ложкой снимаем уточняющий слепок силиконовой массой верхней челюсти;
  - г) отливаем модели, изготовление окклюзионных валиков;
  - д) определение центральной окклюзии, постановка зубов;
  - е) проверка в полости рта, замена воска на пластмассу, изготовление пустотелой obturating part;
  - ж) припасовка и сдача протеза.



- а) вид полости рта; б) готовый изготовленный формирующий протез;
- в) формирующий протез припасован в полости рта.

- Классические функциональные методы не всегда отвечали потребностям пациентов. Нами предложены следующие функциональные методы исследования
- Проба с трубочкой При этом больному дается стакан с жидкостью, которую он должен пить через коктейльную трубочку. Проба с шаром Просим больного надуть шар. Проба с сигаретой для курящих Больному дается сигарета, чтобы он мог ее прикурить. При положительном результате этих проб больной надувает шар, выпивает воду и успешно может прикурить. С помощью этих проб определяется качество ортопедического лечения.



*Постоянный резекционный протез с  
обтурирующей частью.*



а)



б)



в)

а) вид полости рта больного; б) постоянный резекционный протез с пустотелой обтурирующей частью; в) внешний вид больного с постоянным резекционным протезом

- Постоянный резекционный протез на верхней челюсти.

# Ортопедические методы лечения второй клинической группы или больных с дефектами лица и орбиты глаза



а)



б)



а)



б)

а) до ортопедического лечения б) после ортопедического лечения.

Рисунок 11 - Больной М. 59 лет

Рисунок 12 - Больной К. 38 лет



## Ортопедические методы лечение третьей клинической группы или при сочетанных дефектах и деформациях ЧЛО



а)

б)

в)

а) больной после операции; б) этап соединения задней и наружной стенки эктопротеза; в) эктопротез зафиксирован на очковой оправе

- Больной К. 58 лет

Послеоперационные дефекты челюстно-лицевой области чрезвычайно разнообразны и зависят, главным образом, от локализации опухоли и объема оперативного вмешательства.



а)

б)

в)

г)

а) после операции; б) резекционный протез с пустотелой obtурирующей частью;  
в) резекционный протез припасован на верхней челюсти;  
г) эктопротез перед установкой ресниц

Рисунок 14 - Больная Р. 50 лет

## Заключение

- Ортопедическое лечение пациентов с приобретенными дефектами средней зоны лица требует проведения всестороннего комплексного обследования с учетом нашей клинической классификации и предложенных методов обследования (проба с шаром, водой, сигаретой). Важная роль на этапах комплексного лечения отводится разъяснительной работе среди пациентов о лечебных качествах и свойствах протеза, гигиене полости рта, снятии и наложении конструкции. Следовать рекомендациям по сроками по этапам изготовления ортопедических конструкций.

## Пайдаланылган әдебиеттер:

- 1. Баньков В.И., Макарова Н.П., Николаев Э.К. Низкочастотные импульсные сложно модулированные магнитные поля в медицине и биологии (экспериментальные исследования), Екатеринбург, Издательство Уральского университета, 1992 г., с. 99.
- 2. Андреев А.И., Соколова Л.А., Пирумян А.Г. Реактивный артрит, Екатеринбург, 2001, с135.
- 3. Миллер Т.Д. Диагностика и лечение дисфункциональных синдромов височно-нижнечелюстного сустава / Учебно-методическое пособие. Пермь, 1996, 37 С.
- 4. Рабухина Н.А. Заболевания височно-челюстного сустава и их рентгенологическое распознавание.- М.: Медицина.,1966.
- 5.Ткачев В.А, Савин В.В., Иванов И.А. Случай синдрома Элерса-Данлоса, осложненного массивными кровоизлияниями. / Терапевтический архив, 1992, №2, с. 98-100.
- 6.Вязьмин А.Я. Диагностика и комплексное лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Иркутск, 1999, с. 45
- Интернет [www.mail.ru](http://www.mail.ru)
- [www.google.ru](http://www.google.ru)