

**СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ
КАЧЕСТВ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ**

Садыков С.Б., Чойбекова К.М., Исаков Э.О.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье обсуждаются методы непосредственного протезирования имедиат-протезами, при котором соблюдается поэтапность ортопедического лечения, что соответствует определенной стадии заживления послеоперационной раны, результатом чего является функционально-эстетический оптимум.

Ключевые слова: имедиат-протез, непосредственное протезирование, удаление зубов.

**ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗДЕРДИН ДАРЫЛОО-ПРОФИЛАКТИКАЛЫК ЖАНА
ЭСТЕТИКАЛЫК САПАТТАРЫН ЫКМАСЫ**

Садыков С.Б., Чойбекова К.М., Исаков Э.О.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада имедиат-протездөөнүн ыкмалары талкууланат, анда ортопедиялык дарылоонун кезектүүлүгү, операциядан кийинки жаранын айыгуу баскычтарына туура келуусу, жыйынтыгында өзүндөй отурусу менен бирге, жагымдуу көркөмүн да камсыздоо көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: имедиат-протез, дароо протездөө, тиштерди жулуу.

**A METHOD OF IMPROVING MEDICAL AND AESTHETIC QUALITIES
FOR IMMEDIATE DENTURES**

Sadykov S.B., Choybekova K.M., Isakov E.O.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek c., the Kyrgyz Republic

Resume. The article discusses methods of direct prosthetics immediate dentures, where the observed phased orthopedic treatment that meets a certain stage of the healing of surgical wounds, resulting in functional and aesthetic optimum.

Key words: immediate dentures, extractions.

В клинике ортопедической стоматологии в зависимости от сроков наложения протезов после операции удаления зубов (резекции челюстей) различают непосредственное, ближайшее и отдаленное протезирование.

Непосредственное (послеоперационное, пострезекционное) протезирование отличается тем, что изготовление протеза происходит до операции удаления, а его наложение - на операционном столе или в стоматологическом кресле после операции, но не позднее 24 часов. Этот вид протезирования еще именуют имедиат-протезированием (от англ. слова immediate – непосредственный, немедленный, безотлагательный).

Ближайшее протезирование осуществляется в первые 2 недели, в период заживления операционной раны и ее эпителизации.

Отдаленное протезирование производят в более поздние сроки, через 1-2 месяца, после того как закончится формирование альвеолярной части, связанной с атрофией кости.

Таким образом, каждый вид протезирования соответствует определенному состоянию тканей протезного ложа после операции [3,5].

Непосредственное протезирование имеет большую историю и ему посвящены работы многих ученых [1,2,6,7].

В результате больших клинических и экспериментальных исследований сложились определенные теоретические основы клиники и технологии

непосредственного протезирования, позволяющие решать задачи этого раздела ортопедической стоматологии. Исследования в этом направлении продолжаются, поскольку отдельные вопросы до сих пор остаются дискуссионными. В клинической практике ортопедической стоматологии широко проводится ближайшее и отдаленное протезирование, а непосредственное имедиат-протезирование - редко. Причиной этого, на наш взгляд, является недостаточное знание врачами роли и значения этого вида протезирования в поэтапности ортопедического лечения.

Да, в течение первых двух недель после операции заживляются раны, стихают послеоперационные явления, такие как отек, рассасывается инфильтрат, происходит эпителизация. Через 1,5-2 месяца послеоперационная рана заполняется мелкопетлистой губчатой костью, а через 3-4 месяца область бывшей лунки на месте удаленного зуба по своему строению не отличается от окружающей кости челюсти. В результате этого создаются благоприятные условия для протезирования. Но, с другой стороны, отдаленное протезирование имеет свои недостатки – достаточно большой разрыв во времени между операцией удаления зубов и изготовлением протеза. Известно, что отсутствие зубов вызывают нарушение эстетических норм, речи, функции откусывания и пережевывания пищи, функциональной перегрузки и недогрузки отдельных зубов, вторичной деформации зубных и альвеолярных дуг, потери фиксированной межальвеолярной высоты, изменения условий деятельности жевательных мышц

и ВНЧС. Для частичной потери зубов характерны очевидные признаки морфологических, функциональных, эстетических и психологических нарушений. Эти признаки коррелируются с возрастом пациента и давности потери зубов.

Задачи по реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов и челюстей заключается в восстановлении внешнего вида, речи, жевания и глотания. Кроме того, важной задачей является сохранение оставшихся зубов, профилактика атрофии протезного ложа, дисфункции ВНЧС, жевательных мышц, психосоциальных состояний пациента.

Ортопедическое лечение больных должно быть этапным [2]. Этапность лечения заключается в проведении непосредственного, ближайшего и отдаленного протезирования. Таким образом, каждый вид протезирования соответствует определенному состоянию раны:

- а) при непосредственном – протез накладывают на раневую поверхность;
- б) при ближайшем – в период её заживления;
- в) при отдаленном – после формирования альвеолярного отростка.

На основании вышеизложенного можно утверждать, что непосредственное имediata-протезирование является первым этапом ортопедического лечения, которая заканчивается постоянным протезированием в отдаленные сроки. Заживление раны и формирование альвеолярного отростка осуществляется непосредственным воздействием базиса протеза, альвеолярный отросток благодаря этому принимает округлую форму, без острых краев. Кроме того, протез является лечебной повязкой, выполняя защитную, изолирующую и гемостатическую функцию [6].

Показания к применению непосредственных имediata-протезов достаточно широки:

1. Одномоментное множественное удаление зубов, как правило, проводится при заболеваниях тканей пародонта (пародонтит, пародонтоз). При этом, наряду с восстановлением внешнего вида, дикции, жевания пациента врач-ортопед преследует цель предотвратить функциональную перегрузку (травматическую окклюзию) пародонта оставшихся зубов, дисфункцию ВНЧС и жевательных мышц, а также зашинуровать их в единый блок. В этом случае их называют имediata-протезами-шинами, т.е. они выполняют смешанную функцию – замещают дефекты в зубном ряду и шинируют оставшиеся зубы.

2. Удаление передних зубов, особенно у преподавателей, лекторов, актеров, дикторов и других лиц; чья профессиональная деятельность связана с выступлением перед аудиторией.

3. Удаление зубов у детей, у которых в результате этого могут возникнуть деформации альвеолярных и зубных дуг.

4. Образование концевых (односторонних, особенно двусторонних) дефектов зубного ряда при глубоком прикусе или заболеваниях ВНЧС.

5. Удаление последней пары зубов-антагонистов, которые приводят к потере фиксированной окклюзионной высоты, что осложняет функционирование ВНЧС и

жевательных мышц.

6. После резекции альвеолярных частей, тел челюстей при новообразованиях, а также после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области.

На основании обобщения клинического опыта многих ученых стоматологов сложились следующие рациональные методы непосредственного имediata-протезирования и шинирования:

1. Метод Б.М. Бынина, Е.И. Гаврилова, Г.П. Соснина, А.А. Котляр;
2. Метод И.М. Оксмана, З.Я. Шур, М.Н. Шитовой;
3. Метод Н. Seeling;
4. Метод Г.Л. Саввиди.

Все эти методы непосредственного протезирования изложены в специальной литературе и применяются в клинической практике с большим или меньшим успехом. Каждый метод имеет свои преимущества и отдельные недостатки. Например, наиболее точно подобрать соответствующие искусственные зубы по величине, форме, особенно по цвету и оттенку из готового гарнитура не всегда возможно, тем более индивидуально смоделировать из пластмассы «Синма».

В клинику ортопедической стоматологии нередко обращаются пациенты предъявляющие повышенное требование к эстетичности протезирования в области фронтальных групп зубов. Необходимость наиболее точного повторения индивидуального положения, величины, формы и цветовой гаммы передней группы зубов, подлежащих их удалению, диктуется культурой и профессией пациента - преподавательской, врачебной, ораторской, сценической деятельности.

Для решения данной задачи С. Б. Садыков в 1987 году предложил оригинальный метод имediata-протезирования и шинирования зубов [4]. Сущность рекомендуемого метода заключается в том, что в имediata-протезе используются собственные, естественные удаленные зубы самого пациента вместо искусственных. Имediata-протез накладывается на следующий день после удаления зубов, т.е. в течение 24 часов.

1 клинический этап: получение рабочего и вспомогательного оттисков с верхней и нижней челюстей альгинатной массой. Удаление зубов с последующим их погружением в стеклянный сосуд с 10% раствором формалина. В последние годы для предупреждения атрофии альвеолярных отростков, ускорения их регенерации после удаления зубов и адаптации к имediata-протезам применяется предварительная коллагенопластика лунок с остеоиндуктивными материалами. Эти мероприятия позволяют врачу ортопеду нормализовать и стимулировать процессы заживления мягких тканей и кости, предупредить развитие инфекционных и токсико-аллергических осложнений, способствует к ранней адаптации тканей протезного ложа к жевательной нагрузке.

1 лабораторный этап: отливка гипсовых моделей по оттискам. Модели челюстей загипсовывают в артикулятор (окклюдатор) в положении центральной окклюзии производят специальную подготовку их. Подлежащие к удалению гипсовые зубы срезают на 1-1,5 мм выше уровня альвеолярного отростка. Далее изготавливают восковой базис протеза с проволочными

удерживающими и шинирующими кламмерами (по показаниям). Затем берут предварительно очищенные и обработанные в специальном растворе удаленные зубы пациента, срезают их на уровне шеек под углом 45° . Затем бором расширяют канал корня и высверливают сквозное отверстие с боковых поверхностей зуба так, чтобы они соединились с каналом и полостью зуба. Это обеспечивает лучшую механическую фиксацию естественного зуба с базисной пластмассой. Далее зубы устанавливают на восковой базис по своим местам под контролем прикуса, приливают жидким воском и проводят окончательную моделировку базиса. Затем гипсовую модель с восковым базисом и естественными зубами гипсуют в кювету обратным способом. Заменяют воск на базисную пластмассу, полимеризуют, обрабатывают, шлифуют, полируют обычным способом. В качестве альтернативного базисного материала можно использовать литевой термопласт-нейлон.

2 клинический этап: припасовка, наложение протеза. Для эпителизации и заживления раны, рекомендуется наносить на внутреннюю поверхность базиса имедиат-протеза адгезивную коллагеновую гелевую пленку-повязку с антисептиками «Повиаргол» (Россия) или ее зарубежные аналоги, которые на рану оказывают антимикробное, противовоспалительное и абсорбирующее действие. По истечении недели на базис протеза наносится новый слой препарата. Рекомендуется ежедневный контроль за динамикой адаптации в течение одной недели.

Выводы и рекомендации:

1. Непосредственное имедиат-протезирование и шинирование зубов является первым этапом ортопедического лечения, которое заканчивается постоянным протезированием в отдаленные сроки. Его не следует противопоставлять отдаленному, так как каждое из них выполняет свою роль в плане этапности лечения и соответствует определенной стадии заживления послеоперационной раны.

2. При любом виде протезирования, включая непосредственное, решаются лечебные и профилактические задачи. Зубные протезы следует

рассматривать как лечебное средство, восстанавливающее нарушенную функцию жевания, глотания, речи, внешнего вида человека и предупреждающее функциональную перегрузку пародонта сохранившихся зубов, вторичной деформации зубных рядов, дисфункции жевательных мышц и ВНЧС, развитие заболеваний ЖКТ, социально-психологических нарушений в сфере общения больного с окружающими.

3. От того, насколько правильно составлен и выполнен план ортопедического (комплексного) лечения, зависит успех решения перечисленных задач. При неправильно составленном или плохо выполненном плане ортопедического лечения протез из лечебного аппарата может превратиться в аппарат, разрушающий зубные ряды.

4. Полученные высокие положительные функционально-эстетические результаты имедиат-протезирования и шинирования, а также достаточный клинический опыт ортопедического лечения пациентов по методу Садыкова С.Б. позволяет рекомендовать его в практическую стоматологию в качестве альтернативного.

Литература:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.А., Бычков В.М., А. Аль-Хаким / *Ортопедическая стоматология // Учебник.* - М., 2008.
2. Гаврилов Е.И. *Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами.* - М., «Медицина», 1973.
3. Кобзев С.А. *Непосредственное протезирование полости рта после множественного удаления зубов // Автореф. дис. ... к.м.н. Санкт-Петербург, 2000.* - 16 с.
4. Садыков С.Б. *Способ изготовления шинирующих имедиат-протезов при заболеваниях тканей пародонта // Удостоверение на рац. предложение № 428 выданное в 1987 году.* - КГМИ.
5. Садыков С.Б. *Об использовании естественных зубов больного в шинирующих имедиат-протезах при заболеваниях тканей пародонта // «Здравоохранение Киргизии».* - Бишкек.- 1987. - № 6. - С.47-48.
6. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. *Ортопедическая стоматология // Учебник.* - Санкт-Петербург, 2003.
7. H. Seeling. *Probleme der immediatprothese. Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt Universitat zu Berlin.* - 1965. - № 3. - P. 539-543.