

А.А. Кулаков,
ФГУ ЦНИИС, Москва

Е.Г. Матякин, В.М. Чучков,
Н.Н. Федотов,
РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

М.В. Чучков,
РУДН, Москва

С.Х. Атаев,
НКЦОМП, Ашхабад, Туркменистан

Двухэтапный метод изготовления пустотелого obturator

Усовершенствование методов комбинированного комплексного лечения и расширения объема хирургического вмешательства привело к улучшению отдаленных результатов у больных со злокачественными опухолями верхних челюстей. Удлинение сроков жизни выдвинуло новую проблему — проблему реабилитации этой группы больных. Основным методом реабилитации у этой группы больных остается

сложное челюстное протезирование. До настоящего времени при изготовление съемного протеза с obturator используются самотвердеющие пластмассы (С.И. Козицына, 2005), которые ускоряют старение съемных протезов. Нами применяется методика изготовления таких протезов без применения самотвердеющей пластмассы (В.М. Чучков, 2006). После снятия слепка с верхней челюсти, получения модели из гипса

и изготовления кламмеров на гипсовой модели дефект верхней челюсти заполняется воском толщиной до 1 мм. Когда весь дефект заполнен воском, изготавливается вкладыш из асбеста или альгинатной слепочной массы, или силиконовой слепочной массы. Модель из гипса гипсуется в кювету (рис. 1). Удаление воска проводится по общепринятой методике (рис. 2). После выплавления воска гипс изолируется изоколом. Дефект верхней челюсти на гипсовой модели покрывается тонким слоем пластмассы и оформляется вкладышем из альгинатной массы (рис. 3, 4). Между кювет прокладывается смоченный в воде целлофан и проводится паковка под прессом (рис. 5, 6). Когда излишки пластмассы вышли из пресс-формы, кюветы разъединяются, удаляются целлофан и альгинатный вкладыш. Проверяется толщина пластмассы, на истонченные места добавляется тесто пластмассы (рис. 7, 8). Альгинатный вкладыш устанавливается на место, кювета вновь устанавливается под пресс (рис. 9).

Процесс полимеризации пластмассы проводят по общепринятой методике. Изготовленные таким способом фиксирующая и obturiрующая части съемного протеза обрабатываются и примеря-

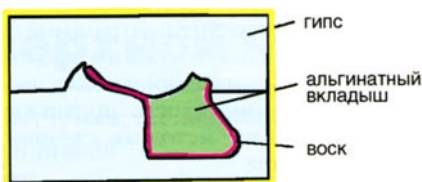


Рис. 1. Смоделированные фиксирующая и obturiрующая части съемного протеза, оформлен альгинатный вкладыш

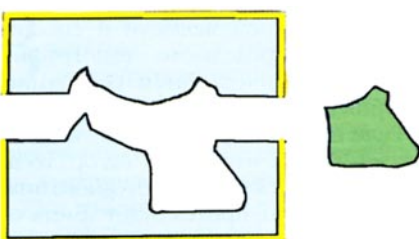


Рис. 2. Из пресс-формы удален воск и альгинатный вкладыш

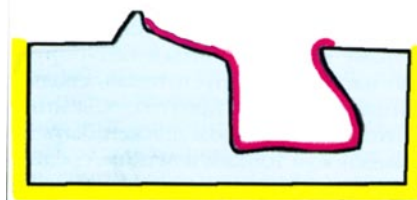


Рис. 3. Фиксирующая и obturiрующая части съемного протеза оформлены тонким слоем пластмассы

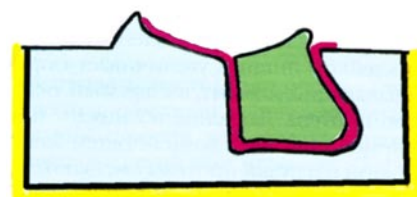


Рис. 4. Оформление obturiрующей части альгинатным вкладышем

ются на больном (рис. 10). Определение центральной окклюзии можно проводить с помощью восковых шаблонов (оформленных на стороне дефекта) или блоками из альгинатной массы (рис. 11, 12). После определения центральной ок-

клюзии с помощью восковых шаблонов необходимо снять слепок стандартной жесткой ложкой (рис. 13). Обтурирующая и фиксирующая части съемного протеза сопоставляются с моделью нижней челюсти и гипсуются в окклюдатор.

После постановки искусственных зубов проводят проверку постановки зубов (рис. 14), вновь изготавливается вкладыш, поверх вкладыша моделируется свод верхней челюсти. Все это гипсуется в кювету (рис. 15).

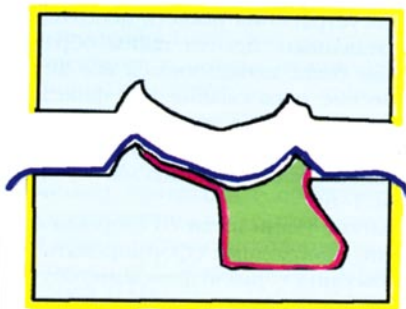


Рис. 5. Между пресс-формой проложен целлофан, смоченный водой

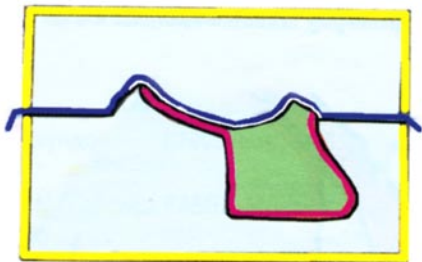


Рис. 6. Произведена паковка пластмассы

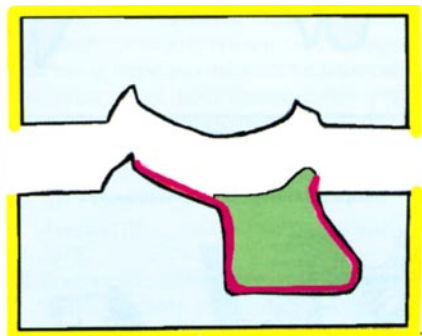


Рис. 7. Удален целлофан

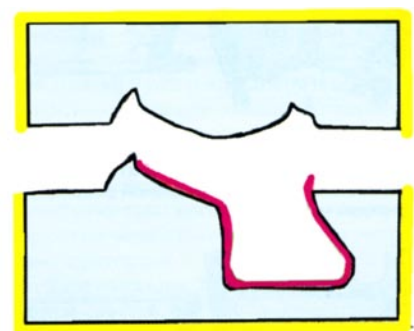


Рис. 8. Удален вкладыш, на истонченные места наложен дополнительный слой пластмассы

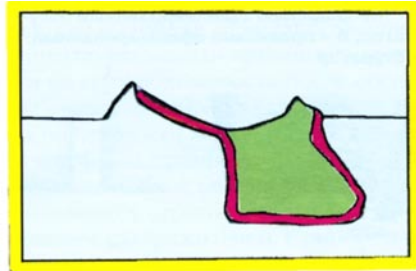


Рис. 9. Альгинатный вкладыш установлен на место, окончательная паковка пластмассы

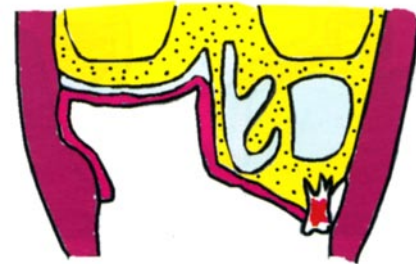


Рис. 10. Примерка фиксирующей, обтурирующей частей съемного протеза



Рис. 11. Определена центральная окклюзия, снят слепок с верхней челюсти



Рис. 12. Определена центральная окклюзия с помощью блоков из альгинатной массы



Рис. 13. Проверка постановки зубов

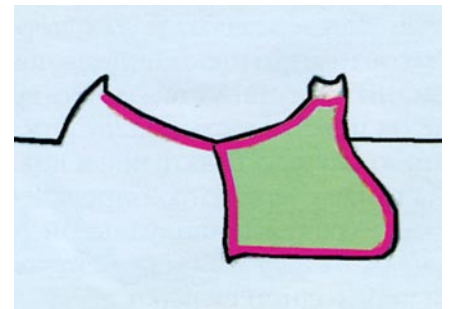


Рис. 14. После постановки зубов и оформления свода съемного протеза с обтуратором модель загипсована в кювету, в центре обтуратора находится вкладыш из альгинатной массы

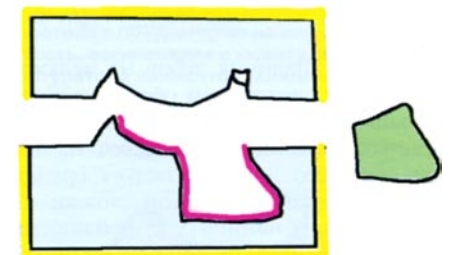


Рис. 15. Воск удален по общепринятой методике, вкладыш из альгинатной массы находится вне кюветы



Рис. 16. Вкладыш из альгинатной массы поставлен в обтуратор

Воск выплавляется по общепринятой методике (рис. 16). Альгинатный вкладыш вставляется на место (рис. 17), паковку пластмассы производят через влажный целлофан (рис. 18, 19). Кювета разъединяется, целлофан и вкладыш удаляются (рис. 20, 21), соприкасающиеся поверхности пластмассы сма-

чиваются мономером, и кювета вновь устанавливается под пресс. Процесс полимеризации проводят по общепринятой методике. Протез обрабатывается и устанавливается на верхнюю челюсть. На следующий день прибором «Пневмотест» определяется герметичность закрытия obturatorом послеоперационной полости (рис. 22). Методика определения герметичности прибором «Пневмотест» сводится к следующему: трубка с маркировкой «нос» фиксируется в ноздре на стороне операции силиконовой слепочной массой, другая трубка с обозначением «рот» зажимается губами. После этого больного просят

создать во рту давление, то есть надуть щеки. При попадании воздуха из полости рта в послеоперационную полость загораются обе лампочки на приборе «Пневмотест» (рис. 23). При полной герметичности загорается лампочка с маркировкой «рот». Когда obturator не полностью закрывает послеоперационную полость и пища при приеме вытекает через нос, необходима коррекция obtурирующей части съемного протеза самополимеризующейся мягкой пластмассой. Эластичную пластмассу в этот период применять необходимо, так как в послеоперационной полости после электрорезекции верхней челюсти остается множество костных фрагментов, которые мешают посадке протеза на место, ее применяют до полного отторжения костных секвестров. После коррекции протеза нарушается плотное прилегание obtуратора к стенкам послеоперационной полости. Эластичная пластмасса плотно прилегает к костным фрагментам, тем самым создает полную герметичность между полостью рта и полостью носа. Во время контрольных осмотров проводят тщательный осмотр съемного протеза и послеоперационной полости. Формирующий протез изучается, и найденные недостатки учитываются при изготовлении постоянного протеза.

Успех последующего протезирования послеоперационного дефекта верхней челюсти в значительной степени зависит от общего состояния больного и местных изменений.

Изготовление последующих протезов и их качество находятся в тесной зависимости от правильности оказанной ортопедической помощи. Самые благоприятные условия наблюдаются у больных, которым своевременно

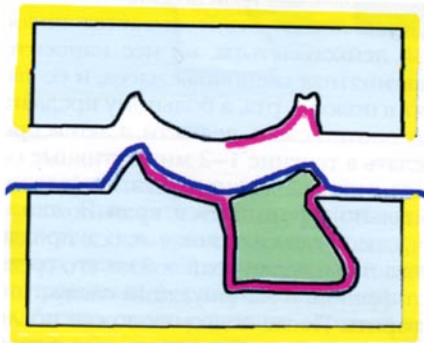


Рис. 17. Между разъединенной кюветой проложен смоченный в воде лист целлофана, на гипсовую небную поверхность кюветы нанесено тесто пластмассы

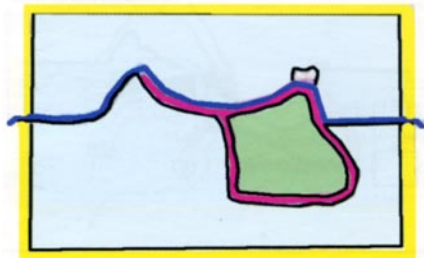


Рис. 18. Произведена паковка теста пластмассы под прессом

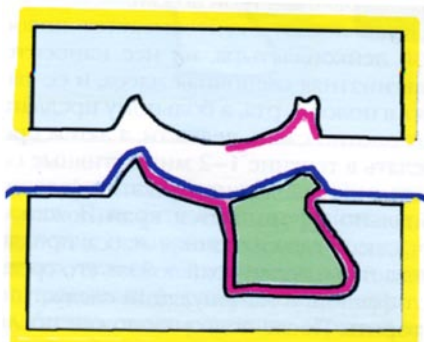


Рис. 19. Кювета разъединена, удален лист целлофана

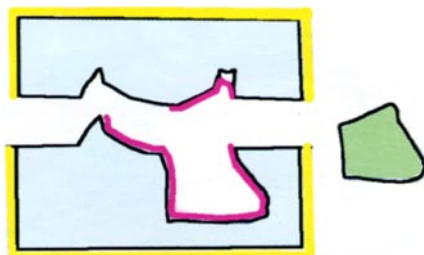


Рис. 20. Удален вкладыш из альгинатной массы, поверхность соприкасающихся частей смочена мономером

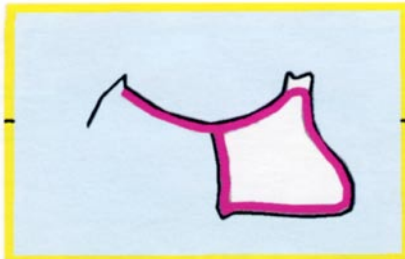


Рис. 21. Кювета вновь устанавливается под пресс, процесс полимеризации пластмассы проводится по общепринятой методике



Рис. 22. Прибор «Пневмотест»

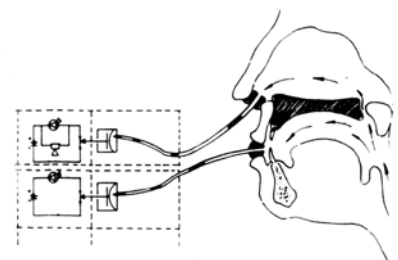
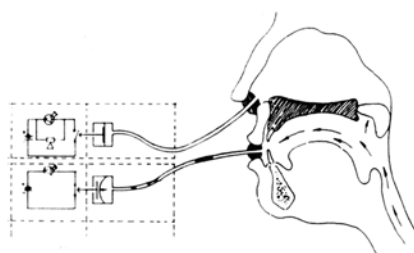


Рис. 23. Схема работы «Пневмотеста»

(на 10–12-е сутки после операции) были применены формирующие протезы.

В этих случаях у больных образуется полноценное ложе, что и создает благоприятные условия для окончательного протезирования и позволяет приступить к нему в ранние сроки.

Из 482 онкологических больных с дефектами верхних челюстей без рецидивов и метастазов более 5 лет наблюдались 48,6% пациентов. Все больные после протезирования чувствовали себя комфортно в течение 5–6 лет без повторного изготовления протезов. Рекомендуемый метод изготовления протезов расширяет показания к применению внутрикостных имплантатов и замковых соединений для фиксации протезов с obturatorом.

Клинические наблюдения (рис. 24–31)

Применение вкладыша из эластичных слепочных масс при изготовлении пустотелого obturatorа съемного протеза онкологическим больным с дефектом верхней челюсти в 100% случаев исключает использование самополимеризующих пластмасс, что делает съемные протезы с obturatorом высокоэстетичными, комфортными и легко воспро-

изводимыми в условиях стоматологической клиники. Двухэтапный метод протезирования больных с дефектами

верхней челюсти позволяет качественно упростить методологию ортопедического лечения.



Рис. 24. Больной А. без протеза. Частичный дефект верхних челюстей



Рис. 25. Больной с протезом



Рис. 26. Вид больного



Рис. 27. Вид протеза



Рис. 28. Больной Б. без протеза. Дефект левой верхней челюсти

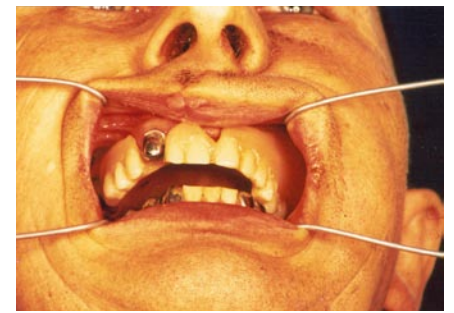


Рис. 29. Больной с протезом

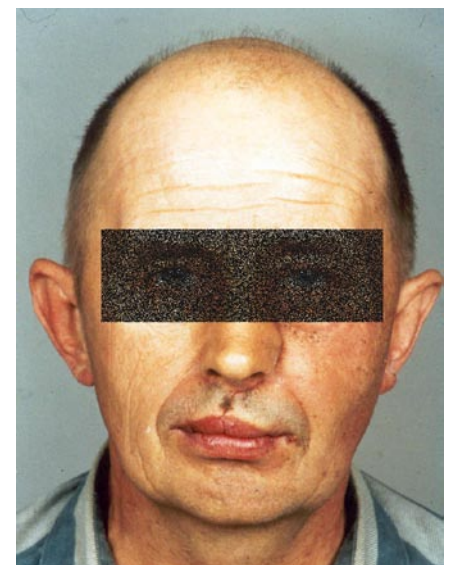


Рис. 30. Вид больного



Рис. 31. Вид протеза