

УДК 616.31-616.31-006

# Опыт применения фиксирующих кремов для улучшения стабилизации съемных протезов у больных с полной потерей зубов после резекции половины верхней челюсти

**Карасева В. В.**

*ГБОУ ВПО «Уральский медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

## Резюме

Несмотря на очевидный технологический прогресс в стоматологии, проблемы адаптации к съемным протезам до сих пор не решены, особенно при полной потере зубов. Наиболее выражены эти проблемы у лиц со сложно-челюстной патологией. Целью протезирования при такой патологии является восстановление утраченных функций зубочелюстной системы, что порой бывает весьма проблематичным из-за сложности рельефа протезного ложа и отсутствия оптимальных условий для фиксации съемных протезов.

На примере клинических случаев пациентов со сложно-челюстной патологией рассмотрены особенности изготовления съемных протезов на верхней челюсти и пути решения проблемы адаптации к ним, в том числе с применением фиксирующих кремов. Проведена оценка результатов проведенного ортопедического лечения.

**Ключевые слова:** онкология, врожденные и приобретенные дефекты твердого и мягкого неба, челюстно-лицевое протезирование, адаптация к съемным протезам, кремы для фиксации протезов, стабилизация съемного протеза.

---

### Адрес для переписки:

*Карасева Вера Васильевна  
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России  
620028, Екатеринбург, Репина, д. 3  
Тел. 8 (343) 214-85-01  
E-mail: vevaska500@mail.ru*

### Address for correspondence:

*Karaseva Vera Vasilyevna  
Ural State Medical University  
620028, Yekaterinburg, Repin Str., 3  
Phone: +7 (343) 214-85-01  
E-mail: vevaska500@mail.ru*

---

### Образец цитирования:

*Карасева В.В.  
«Опыт применения фиксирующих кремов для улучшения стабилизации съемных протезов у больных с полной потерей зубов после резекции половины верхней челюсти».  
Проблемы стоматологии, 2016, Т. 17, № 1. С. 70-76.  
doi: 10.18481/2077-7566-2016-12-1-70-76  
© Карасева В.В., 2016*

### For citation:

*Karaseva V.V.  
«The experience of applying the fixing cream improve stabilize dentures in patients with complete loss of teeth after resection of the half of the upper jaw»  
The actual problems in dentistry,  
2016 Vol. 12, № 1, pp. 70-76.  
DOI: 10.18481/2077-7566-2016-12-1-70-76*

# The experience of applying the fixing cream improve stabilize dentures in patients with complete loss of teeth after resection of the half of the upper jaw

Karaseva V. V.

*Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation*

## The summary

Despite the obvious technological advances in dentistry, adaptation problems to removable dentures is still not resolved, especially with complete loss of teeth. The purpose of prosthetics in this pathology is to restore lost functions of the teeth-jaw system that is sometimes very problematic due to the complexity of the relief of the prosthetic bed and the lack of optimal conditions for the fixation of dentures.

For example, clinical cases of patients with difficult-jaw pathology the features of the manufacture of removable prostheses in the upper jaw and the ways of solving the problems of adaptation, including the use of fixing creams. The estimation results provedennogo orthopedic treatment..

For example, clinical cases of patients with difficult-jaw pathology the features of the manufacture of removable prostheses in the upper jaw and the ways of solving the problems of adaptation, including the use of fixing creams. The estimation results provedennogo orthopedic treatment.

**Keywords:** *oncology, congenital and acquired defects of the hard and soft palate, maxillofacial prosthesis, adaptation to removable prostheses, creams for fixing prostheses, stabilization of removable prosthesis.*

В настоящее время, к сожалению, увеличивается число пациентов с приобретенными дефектами челюстей. Это объясняется многообразием причин, приводящих к этому: производственный, бытовой, дорожно-транспортный травматизм, а также оперативные вмешательства в полости рта по поводу удаления новообразований и т.д. [1].

Повышение эффективности ортопедического лечения сложно-челюстных пациентов является одной из наиболее сложных и одновременно актуальных проблем современной стоматологии. Значимость этой проблемы возрастает в связи с тем, что большинство дефектов челюстей приводит к развитию функциональных нарушений и, в первую очередь, к нарушению жевания. При тотальных дефектах верхней челюсти, сопровождающихся образованием oro-назального сообщения, происходит нарушение глотания, дыхания и речи (открытая гнусавость). Дефекты челюстных костей сопровождаются потерей зубов, вызывают асимметрию лица и нарушение внешнего вида. Все это приводит к тяжелому психо-эмоциональному состоянию пациентов.

В докладе ВОЗ «Глобальные цели стоматологии 2020» отмечается, что профилактика и лечение приобретенных дефектов челюстей должны стать важнейшей стратегической задачей современной стоматологии. При этом отмечается, что 100% пациентов, имеющих данную патологию, нуждаются в протезировании зубов [6].

У людей с приобретенными дефектами челюстей формируются сложные клинические условия для проведения рационального ортопедического лечения. Особенности протезирования пациентов с зубочелюстной патологией зависят от состояния оставшихся зубов, локализации и величины дефекта, наличия или отсутствия рубцовых изменений мягких тканей, окружающих дефект, а также от степени открывания рта и др. [2, 3, 4, 5].

Помимо сложных анатомических условий в полости рта, смещению протеза способствуют также вдыхаемый воздух и масса протеза. Для создания опоры протеза большое значение имеет альвеолярный гребень и сохранившиеся участки твердого неба. Для предупреждения

опрокидывания протеза используют опору внутри дефекта. Эта опора может быть обеспечена контактом протеза с любой анатомической структурой, служащей достаточно твердым основанием. Для уменьшения смещения резекционного протеза в вертикальном направлении необходимо уменьшить массу, делая его пустотелым.

Наложение протеза включает ряд проверочных тестов: окклюзионные взаимоотношения, герметизация, фиксация и др. Основными признаками герметизации ротовой полости являются восстановление речи (устранение открытой гнусавости). Признаком герметизации полости рта является и то, что при приеме жидкой пищи, проглатывании воды, а также при полоскании при наклонном положении головы вода не попадает в нос. Кроме того, должна появиться возможность надуть щеки и при этом воздух не должен проходить через нос, а также должно быть свободное открывание рта. Необходима также точная проверка артикуляции. При этом нужно стремиться к максимальному восстановлению нижнего зубного ряда (санация и замещение дефектов коронок зубов и дефектов зубного ряда протезами).

На примере клинических случаев рассмотрим особенности протезирования и адаптации к съемным протезам на верхней челюсти у больных со сложно-челюстной патологией.

### Клинический случай 1.

На кафедру ортопедической стоматологии УГМУ обратилась пациентка С. 56 лет для отдаленного протезирования после резекции правой верхней челюсти, проведенной более 15 лет назад. У пациентки с полной потерей зубов имеется обширный дефект верхней челюсти справа, сообщающийся с носовой полостью и гайморовой пазухой, альвеолярный отросток на левой стороне полностью атрофирован (рис. 1).

После операции протезирование зубов не проводилось. Пациентка работает киоскером, поэтому для того, чтобы иметь возможность общения с людьми, она приспособила для ношения старый частичный съемный протез, изготовленный еще до операции. Протез плохо фиксировался на челюсти, поэтому для лучшей фиксации, препятствуя выпадению, необходимо было постоянно удерживать его губами, сжимая челюсти. С целью



Рис. 1.  
Больная С. 56 лет:  
клиническая  
картина

удержания протеза в полости рта пациентка использовала детский пластилин (рис. 2а).

План ортопедического лечения: изготовление полного съемного резекционного протеза на верхнюю челюсть. Изготовление полного съемного протеза на нижнюю челюсть было отсрочено (по материальным причинам).

Нами был изготовлен новый полный съемный резекционный протез (рис. 2б), который вполне успешно прошел тест на герметизм (при приеме пищи жидкость не затекает в полость носа) и фиксацию (при широком открывании рта протез не смещается) (рис. 3).

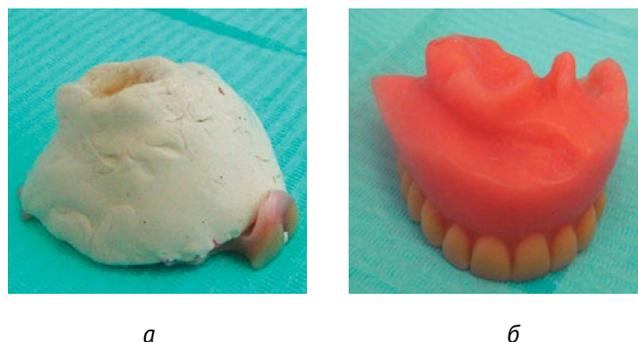


Рис. 2. Съемные протезы пациентки С. 56 лет:  
а – вид старого протеза с пластилином белого цвета;  
б – вид нового протеза



Рис. 3. Внешний вид пациентки С. 56 лет после протезирования:  
а – тест на герметизм; б – тест на фиксацию

После необходимых коррекций протеза пациента отмечает удовлетворительную его фиксацию, даже несмотря на отсутствие зубов-антагонистов. Особенно она отмечает улучшение настроения, возможность продолжить работу с людьми и положительную реакцию окружающих на изменение своего внешнего вида.

### Клинический случай 2.

На кафедру ортопедической стоматологии УГМУ из райцентра направлен пациент В. 73 лет для отдаленного протезирования после резекции правой верхней челюсти, проведенной более 10 лет назад (рис. 4а).

Тогда же ему был изготовлен непосредственный протез, который впоследствии ни разу не переделывался, а лишь осуществлялись приварки искусственных зубов на место удаляемых (рис. 4б).

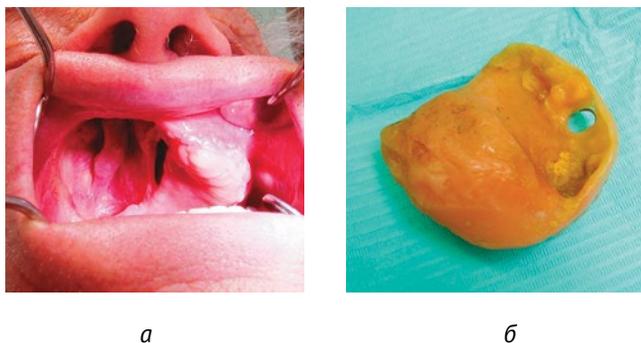


Рис. 4. Больной В. 73 лет:  
а – клиническая картина (на момент обращения);  
б – вид старого резекционного протеза

Пользовался пациент таким протезом с большим трудом, поскольку последний не соответствовал границам протезного ложа, плохо фиксировался, «проваливался» в дефект и его постоянно необходимо было удерживать губами и зубами нижней челюсти, препятствуя выпадению.

Внешне: выраженная асимметрия лица, западение правой щеки, косая линия смыкания губ (вынужденная окклюзия).

У больного после резекции правой половины верхней челюсти на уровне носовой области образовался дефект альвеолярного и небного отростка размером 5×4 см. Через него видны сошник и носовые раковины. Имеется сообщение с левой верхнечелюстной пазухой размером 0,8×1,5 см. Сохранившийся альвеолярный отросток слева длиной 4 см овальной формы

умеренно атрофирован, фрагмент твердого неба плоский. Полость рта сообщается с полостью носа, функции ротовой полости нарушены, речь невнятна. На нижней челюсти — двухсторонний концевой дефект (I класс по Кеннеди), ограниченный 3.3 и 4.4 зубами. Частичным пластиночным протезом для нижней челюсти, изготовленным несколько лет назад, пациент не пользуется («не смог привыкнуть — сильно давил»).

*План ортопедического лечения:* изготовление пустотелого полного съемного резекционного протеза на верхнюю челюсть и частичный съемный протез — на нижнюю челюсть.

Как указывалось выше, для создания опоры протеза большое значение имеет альвеолярный гребень и остатки твердого неба. Широкое твердое небо более выгодно, чем высокое сводчатое. Для предупреждения опрокидывания протеза использовали опору внутри дефекта, служащей твердым основанием: нижняя стенка орбиты, передняя поверхность височной кости возле височной ямки, носовая перегородка и крыловидная пластинка. Для уменьшения массы резекционного протеза и предупреждения смещения сделали его пустотелым.

Существует несколько методов изготовления полых протезов. Мы предпочитаем тот метод, когда дефект выстилают одним слоем базисного воска. Соответственно дефекту в базисе образуется углубление. При этом базис во время манипуляций не смещается, удерживается в дефекте. Это позволяет более точно припасовать прикусные валики, определить межальвеолярную высоту (что в данной ситуации порой бывает весьма проблематично) и провести проверку конструкции. При замене воска на пластмассу трудностью является то, что протез имеет большой размер и невозможно загипсовать его в стандартную кювету. С этой целью мы увеличили объем кюветы, нарастив ее дополнительным звеном. После обработки протеза изготовили пластмассовую «крышку», соответствующую дефекту челюсти, и закрыли углубление-дефект, фиксируя ее быстротвердеющей пластмассой.

Изготовленный по такой методике резекционный протез является облегченным (полым), имеет выраженную obturating часть грибовидной формы, входящую в дефект, опирающуюся на его стенки, что способствует стабилизации протеза (рис. 5).



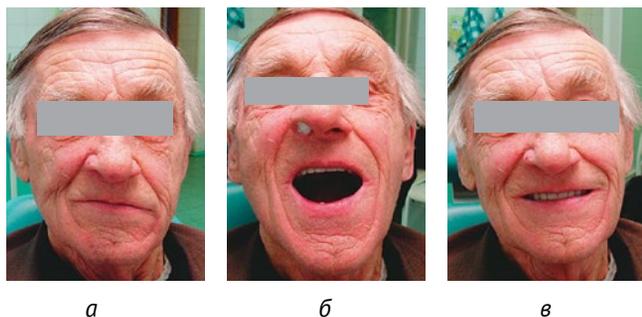
а б

Рис. 5. Вид резекционного пустотелого протеза на этапах изготовления: а – на этапе моделирования восковой запирающей крышки; б – новый протез

Одновременно с этим был изготовлен частичный пластиночный протез на нижнюю челюсть с металлическим базисом и цельнолитыми опорно-удерживающими кламмерами для осуществления правильной артикуляции, окклюзии и поддержки верхнего протеза.

Проведенные тесты на герметизм и фиксацию протеза показали хорошие результаты. Поскольку при длительном пользовании съёмными сложночелюстными протезами в жевательном аппарате создается устойчивое анатомо-физиологическое равновесие, ориентированное на параметры старого протеза, после наложения новых протезов пациенту необходимо объяснить правила пользования и возможный дискомфорт, связанный с ними. В процессе привыкания пациент обучается рациональному введению протеза, правильному уходу и использованию средств гигиены за полостью рта и протезом (рис. 6).

Пациент после незначительных необходимых коррекций быстро адаптировался к протезу: восстановилась речь, нормализовался прием пищи, улучшился внешний вид и общее настроение.



а б в

Рис. 6. Внешний вид больного В. 73 лет: а – на момент обращения (со старым протезом); б – тест на фиксацию (новый протез); в – после протезирования

### Клинический случай 3.

На кафедре ортопедической стоматологии УГМУ обратился пациент К. 56 лет для протезирования после резекции правой верхней челюсти, проведенной около 1 года назад.

Внешне: выраженная асимметрия лица, рубцовая деформация и западение правой щеки, косая линия смыкания губ из-за вынужденной окклюзии. Ранее протезировался сразу после операции. После окончательного заживления послеоперационных ран фиксация старого протеза стала неудовлетворительной, поскольку даже при незначительном открывании рта протез начинает смещаться с протезного ложа.

У больного после резекции правой половины верхней челюсти образовался обширный дефект верхней челюсти справа размером 6×4 см. Через него видны сошник и носовые раковины. Сохранившийся альвеолярный отросток слева овальной формы умеренно атрофирован, фрагмент твердого неба плоский. Полость рта сообщается с полостью носа (рис. 7).

Функции ротовой полости (жевание, глотание, дыхание) нарушены, речь невнятна (открытая



Рис. 7. Больной К. 56 лет: клиническая картина (на момент обращения)

гнусавость). На нижней челюсти — дефект зубного ряда (I класс 1 подкласс по Кеннеди). Протезирование на ней ранее не проводилось.

План ортопедического лечения: изготовление полного полного съемного резекционного протеза на верхнюю челюсть по описанной выше методике и частичного съемного протеза — на нижнюю челюсть.

После наложения протезов пациент отмечает на верхней челюсти хороший obturating effect, обеспечивающий герметизацию дефекта, а также удовлетворительную фиксацию протезов (рис. 8).

Все эти клинические ситуации объединяет сложность анатомических условий на верхней челюсти — наличие сквозных дефектов, возникших после оперативного вмешательства на правой половине верхней челюсти. Усугубляет ситуацию тот факт, что в первых двух случаях



а б в

Рис. 8. Внешний вид больного К. 56 лет:

а – асимметрия лица (со старым протезом);

б – смещение старого протеза при открытии рта;

в – тест на фиксацию (новый протез)

пациенты вынуждены были пользоваться протезами сверх нормативных сроков из-за отказа врачей изготовить новые, что еще больше ухудшило условия для протезирования.

Благодаря правильному рациональному конструированию протезов у данных пациентов нам удалось получить значительные положительные результаты. Дополнительное использование специальных фиксирующих кремов позволило улучшить не только фиксацию, но и в значительной мере стабилизацию протезов, что позволяет сделать вывод об успешности проведенного нами ортопедического лечения.

В настоящее время в арсенале стоматологов появилось достаточно много адгезивных средств. Одним из оптимальных в применении, на наш взгляд, является крем для фиксации зубных протезов «Корега®» фирмы «ГлаксоСмитКляйн Хелскер» (Великобритания), использующий третье поколение адгезивов — двойную соль Гантрез (сополимер винилметилового эфира и малеинового ангидрида). Эта соль, действуя как «водяной магнит», притягивает влагу из полости рта, за счет чего происходит образование сетчатой структуры — «сшивки» компонентов. Крем для фиксации зубных протезов «Корега®» не токсичен (не содержит цинк); имеет три разновидности («Экстра сильный мятный», «Освежающий вкус» и, что особенно нравится пациентам, — «Нейтральный вкус»). Своим пациентам со сложно-челюстной патологией мы рекомендуем крем «Экстра сильный мятный». Крем обеспечивает герметизацию, препятствуя попаданию частиц пищи под базис протеза; удерживает съемный протез в течение всего дня; улучшает восприятие окклюзионных нагрузок при пережевывании разных продуктов; обеспечивает комфорт при жевании за счет сохранения амортизационного эффекта. Помимо

этого он легко наносится, имея удобное узкое горлышко тюбика (рис. 9).



а

б



в

г

Рис. 9. Обучение пациента навыкам нанесения крема:

а – выбор крема для фиксации;

б – нанесение крема небольшими прерывистыми

порциями на здоровую половину неба;

в – введение протеза в полость рта;

г – инструктаж по уходу за полостью рта и протезом

В процессе привыкания пациенты обучаются рациональному введению протеза, правильному уходу и использованию средств гигиены за полостью рта и протезом. В арсенале фирмы «ГлаксоСмитКляйн Хелскер» есть все необходимое как для ухода за полостью рта, так и по уходу за протезами (зубные пасты, щетка, ополаскиватели для полости рта, таблетки для очищения зубных протезов).

Все эти пациенты после незначительных необходимых коррекций быстро адаптировались к новым протезам. Отмечают нормализацию приема пищи, восстановление речи, улучшение внешнего вида и общего психо-эмоционального состояния. Профилактические осмотры, проведенные через 6 и 12 месяцев, подтвердили полученные положительные результаты.

Срок годности съемных челюстно-лицевых протезов ограничивается 2–4 годами, после чего требуется их замена или перебазировка. Необходимость изготовления новых протезов может быть обусловлена плохой фиксацией или нарушением герметизации ротовой полости, желанием больного иметь запасные протезы

и т. п. Об этом, а также о необходимости ежегодных профилактических осмотров пациенты обязательно были проинформированы.

## Заключение

Таким образом, трудности в ортопедической реабилитации пациентов со сложно-челюстной патологией несомненны, несмотря на значительный прогресс и новые технологии в стоматологии. При полной потере зубов у таких пациентов они особо ощутимы. И хотя целью протезирования при такой патологии является восстановление утраченных функций, что порой бывает весьма проблематичным из-за сложности рельефа протезного ложа, для большин-

ства пациентов весьма актуальными являются проблемы адаптации к съемным протезам.

Тем не менее, рациональное конструирование съемных протезов с учетом сложных анатомо-физиологических условий на верхней челюсти и применение современных доступных кремов, улучшающих фиксацию протезов, позволяет добиться значительных результатов в адаптации и тем самым повысить качество жизни у больных со сложно-челюстной патологией.

Актуальность решения проблемы полноценного обеспечения населения стоматологической ортопедической помощью и реабилитации челюстно-лицевых больных подчеркивается ее медицинской, экономической и социальной значимостью.

## Литература

1. Асташина Н. Б. Комплексное лечение и реабилитация пациентов с приобретенными дефектами челюстей. Экспериментальное исследование. Автореф. дисс... докт. мед. наук. 14.00.21. — Стоматология // Пермь, 2009. — С. 46.
2. Еловикова Т. М. Клинико-морфометрические характеристики зубов и тканей пародонта у больных пародонтитом. / Уварова Л. В., Кощеев А. С. // Уральский медицинский журнал». — № 10 (50). — 2008. — С. 61–65.
3. Карасева В. В. Особенности ортопедической реабилитации при дефектах твердого неба. // Проблемы стоматологии. — № 4. — 2010. — С. 26–28.
4. Карасева В. В. Отдаленное протезирование онкологического больного с полной потерей зубов после резекции половины верхней челюсти // Материалы конференции «Актуальные проблемы стоматологии», г. Челябинск, 16–17 марта 2010. — С. 36–40.
5. Карасева В. В. Проблемы адаптации к съемным протезам на верхней челюсти у больных со сложно-челюстной патологией. // Уральский медицинский журнал. — № 8. — 2012. — С. 36–40.
6. Global goals for oral health 2020 / M. Hobdell, P. E. Petersen, J. Clarkson, N. Johnson // International Dental Journal. — 2003. — Vol. 53. — P. 285–288.

## References

1. Astashina N. B. Complex treatment and rehabilitation of patients with acquired defects of the jaws. Experimental study. Author. Diss... Dokt. Honey. Sciences. 14.00.21. — Dentistry // Perm, 2009. — P. 46.
2. Elovikova T. M. Clinico-morphological characteristics of the teeth and periodontal tissues in patients with periodontitis. / Uvarova, L. V., Koshcheev A. S. // Ural medical journal. — № 10 (50). — 2008. — P. 61–65.
3. Karaseva V. V. The Peculiarities of orthopedic rehabilitation when the defects of the hard palate. // Problems dentistry. — №. 4. — 2010. — P. 26–28.
4. Karaseva V. V. Distant prosthetics cancer patient with complete loss of teeth after resection of the upper jaw half // Materials of conference «Actual problems of stomatology», Chelyabinsk, 16–17 March 2010. — P. 36–40.
5. Karaseva V. V. The Problem of adaptation to removable dentures in the upper jaw in patients with difficult-jaw pathology. // Ural medical journal. — № 8. — 2012. — P. 36–40.
6. Global goals for oral health 2020 / M. Hobdell, P. E. Petersen, J. Clarkson, N. Johnson // International Dental Journal. — 2003. — Vol. 53. — P. 285–288.

*Статья опубликована при финансовой поддержке компании ГлаксоСмитКляйн. Включенная информация, отражает мнение автора и может не совпадать с позицией ГлаксоСмитКляйн. Компания ГлаксоСмитКляйн не несет ответственности за возможные нарушения авторских прав и иных прав третьих лиц в результате публикации и распространения данной информации.*

---

### Авторы:

**Карасева В. В.**, к. м. н., доцент, кафедра ортопедической стоматологии, ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Екатеринбург)

Поступила 09.03.16

Принята к печати 16.03.16

### Autors:

**Karaseva V. V.**, PhD, associate professor, of the Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

Received 09.03.16

Accepted 16.03.16

---