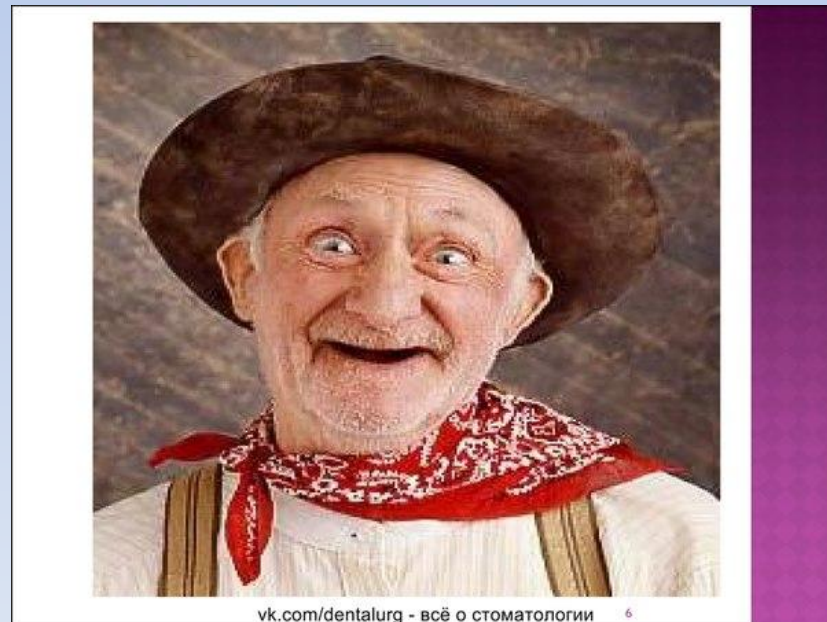
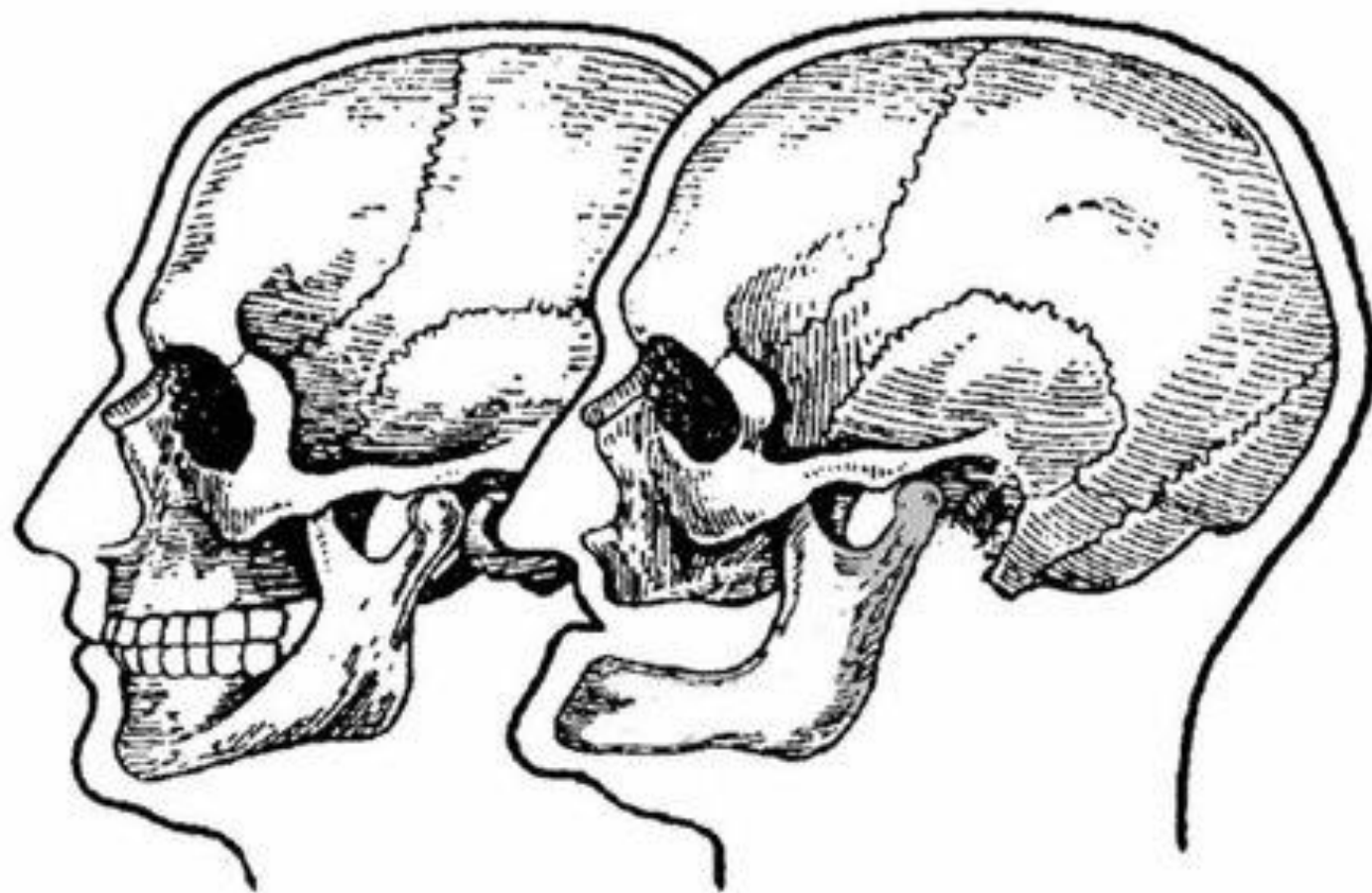


Протезирование больных с полной потерей зубов





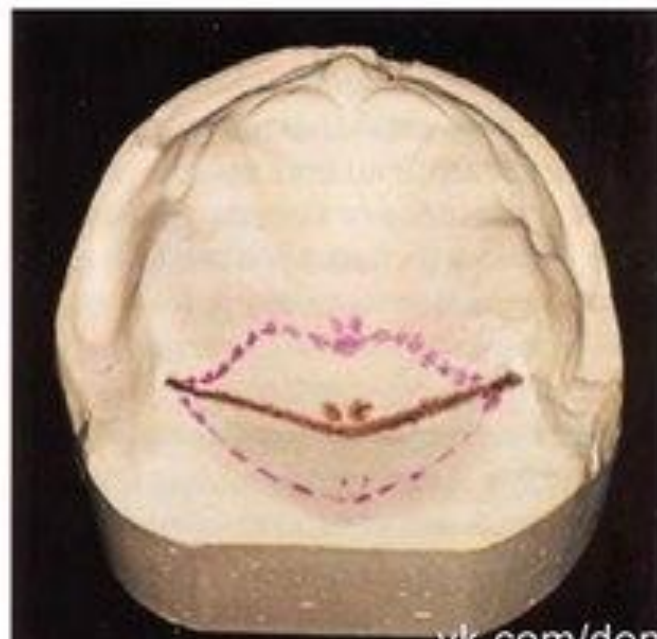
Профиль лицевого скелета: а—до потери зубов; б — после потери зубов.

Задачи протезирования:

- Максимальное удерживание протеза на беззубой челюсти;
- Определение необходимой строгой индивидуальной величины и формы протеза для восстановления пропорции лица;
- Полноценное и рациональное конструирование зубного ряда и базиса протеза для синхронного функционирования с другими органами жевательного аппарата, участвующими в обработке пищи, образовании звуков, дыхании;

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ:

- Изучение формы твердого неба: высокое, средней глубины, плоское. При резкой атрофии альвеолярных гребней и массивном торусе, твердое небо приобретает выпуклую форму. Фиксация протеза значительно ухудшается при глубокой и плоской формах неба.
- Изучение топографии мягкого неба



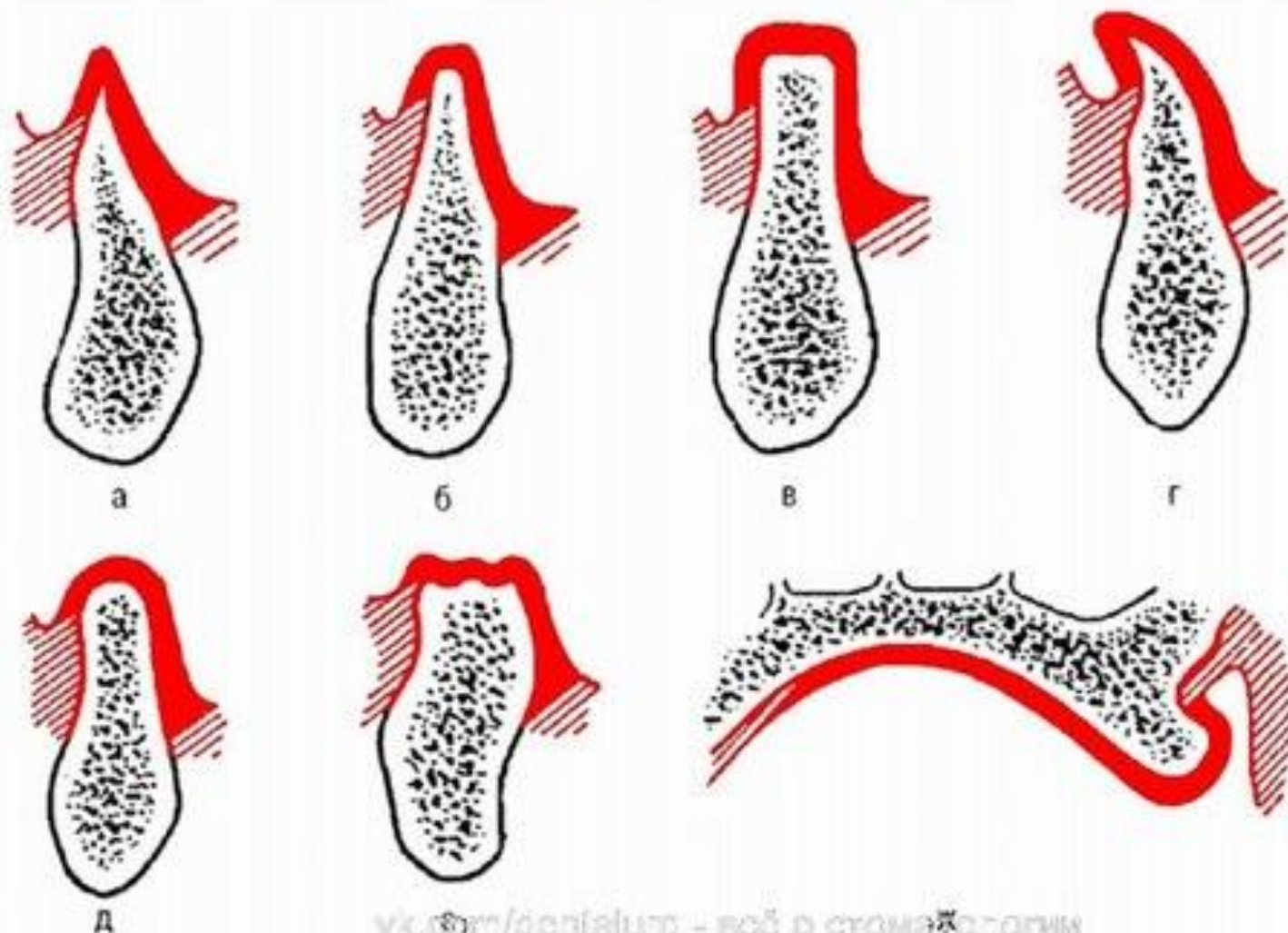
Варианты конфигурации
линии А

КЛИНИКА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ:

- По статистическим данным, число лиц, полностью утративших зубы, на 1000 человек обследованного населения составляет: 40-49 лет - 10 чел., 50-59 лет - 55 чел., 60 и более лет - 250 чел.
- После потери зубов и развития атрофических процессов в челюстях и мягких тканях, возникают новые взаимодействия элементов зубочелюстной системы, поэтому клиническая картина представляет следующее состояние полости рта - старческая прогения, атрофия альвеолярных отростков, потеря межальвеолярной высоты, изменение внешнего вида больного, нарушение функций жевания и речи.

ФОРМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ

А - ТРЕУГОЛЬНО-ОСТРОКОНЕЧНАЯ,
Б - УСЕЧЕННОГО КОНУСА, В - ПРЯМОУГОЛЬНАЯ,
Г - ШИПОВИДНАЯ, Д - ПОЛУОВАЛЬНАЯ, Е - УПЛОЩЕННАЯ,
Ж - ШИШКОВИДНАЯ



КЛАССИФИКАЦИИ АТРОФИИ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

- Шредер различает три типа атрофии альвеолярных гребней беззубых верхних челюстей.
- По Шредеру :
- Первый тип характеризуется хорошо сохранившимся альвеолярным гребнем, хорошо выраженными буграми и высоким нёбным сводом. Переходная складка, места прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены относительно высоко.

КЛАССИФИКАЦИИ АТРОФИИ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

- По Шредеру:
- При втором типе наблюдается средняя степень атрофии альвеолярного гребня. Альвеолярный гребень и бугры верхней челюсти еще сохранены, нёбный свод четко выражен. Переходная складка расположена несколько ближе к вершине альвеолярного гребня, чем при первом типе.

КЛАССИФИКАЦИИ АТРОФИИ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

- По Шредеру:
- Третий тип беззубой верхней челюсти характеризуется значительной атрофией: альвеолярные гребни и бугры отсутствуют, нёбо плоское. Переходная складка расположена в одной горизонтальной плоскости с твердым нёбом.

КЛАССИФИКАЦИИ АТРОФИИ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

- Келлер предложил классификацию атрофии альвеолярных гребней нижних беззубых челюстей.
- 1 тип - альвеолярные гребни незначительно и равномерно атрофированы. Места прикрепления мышцы складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярной части.
- 2 тип - характеризуется выраженной, но равномерной атрофией альвеолярных гребней. Места прикрепления мышц расположены почти на уровне гребня.
- 3 тип - характерна выраженная атрофия альвеолярных гребней в боковых отделах при относительно сохранившемся альвеолярном гребне в переднем отделе.
- 4 тип - атрофия альвеолярных гребней наиболее выражена спереди при относительной сохранности ее в боковых отделах.

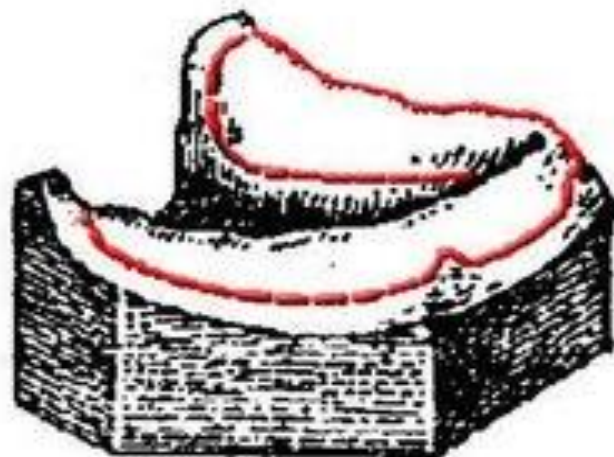
КЛАССИФИКАЦИИ АТРОФИИ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

- И. М. Оксман (1978) предложил единую классификацию для беззубых верхних и нижних челюстей:
- 1 тип-альвеолярный гребень высокий, незначительно равномерно атрофирован, альвеолярные бугры хорошо выражены, нёбо глубокое, места прикрепления мышц находятся у основания альвеолярного гребня.
- 2 тип- характеризуется средней равномерной атрофией альвеолярных гребней и бугров, нёбо средней глубины, мышцы прикрепляются на уровне середины альвеолярного гребня.
- 3 тип-резкая равномерная атрофия альвеолярного гребня и бугров, плоское нёбо, подвижная слизистая оболочка, оболочка прикрепляется на уровне вершины альвеолярного гребня.
- 4 тип-характеризуется неравномерной атрофией альвеолярного гребня

И.М. Оксман выделил 4 типа беззубых челюстей:



I



II



III



IV

ФИКСАЦИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ:

- Механический - ретенция, в настоящее время применяется мало. Основан на использовании для укрепления протезов различных механических приспособлений (пружины, скобы, лигатуры)
- Хирургический - вспомогательный, направлен на подготовку полости рта к ортопедическому лечению.
- Анатомический - степень фиксации протеза зависит от анатомо-физиологических условий протезного ложа.
- Физический - для удержания протезов на беззубых челюстях используются такие физические явления, как:
 - адгезия - возникновение связи между поверхностными слоями двух разнородных тел, приведенных в соприкосновение;
 - когезия - сцепление молекул, атомов, ионов в физическом теле, обусловленное межмолекулярным воздействием и химической связью.
- Физико-биологические - протез фиксируется за счет адгезии и функционального присасывания, но для этого необходимо добиться полного соответствия поверхности тканей протезного ложа. Сила адгезии зависит от точности повторения микрорельефа слизистой оболочки и площади протезного ложа:
- клапанная зона - края протеза в контакте со слизистой оболочкой полости рта обеспечивают образование замыкающего клапана по периферии протеза и создают условия для фиксации его на челюсти.

КЛИНИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ:

- Обследование пациента. Снятие анатомического оттиска.
- Отливка модели. Изготовление индивидуальной ложки.
- Припасовка индивидуальной ложки в полости рта. Снятие оттисков.
- Отливка моделей, изготовление воскового базиса с прикусными валиками.
- Определение межальвеолярной высоты и центрального соотношения челюстей.
- Фиксация в артикуляторах. Постановка искусственных зубов.
- Проверка восковой конструкции в полости рта.
- Замена восковой конструкции на пластмассу
- Припасовка и сдача готового протеза.

Границы верхней челюсти:

- При разметке модели, полученной по анатомическому оттиску, маркером очерчивается граница будущей индивидуальной ложки или ложки-базиса. На модели верхней челюсти с вестибулярной поверхности проводится линия по переходной складке. При этом линия обходит уздечку верхней губы и щечные тяжи. В дистальном отделе очерчивают верхнечелюстные бугры до крыловидно-челюстных складок. Линию между двумя верхнечелюстными буграми соединяют по границе твердого и мягкого нёба, заходя за линию «А» на 1,5-3 мм

Границы нижней челюсти

- На модели нижней челюсти границы ложки или ложки-базиса очерчивают с вестибулярной стороны также по переходной складке, доходя до активно-подвижной зоны слизистой оболочки, не перекрывая уздечку нижней губы и боковые тяжи. Затем линию продолжают вокруг нижнечелюстных бугров и ведут на язычную поверхность. С этой стороны обязательно перекрывают челюстно-подъязычные линии слева и справа. В переднем отделе нижней челюсти эти линии соединяются, обходя уздечку языка.

Индивидуальные ложки могут

быть изготовлены из:

- 1) металла (стали, алюминия) методом штамповки;
- 2) пластмассы:
 - а) базисной (фторакса, этакрила, ярокрила) методом полимеризации;
 - б) быстротвердеющей (редонта, протакрила) методом свободной формовки;
- в) стандартных пластмассовых пластинок АКР-П;
- г) светоотверждающей пластмассы;
- 3) гелиоотверждаемых материалов с полимеризацией в специальных камерах или с использованием гелиолампы;
- 4) термопластических слепочных масс (Стенс);
- 5) воска.

Функциональные пробы для нижней челюсти:

- 1-я проба — открывание рта. Пациента просят медленно, но широко открыть рот. При этом напрягаются крылочелюстные складки, щечные мышцы, а также мышцы нижней губы. Следовательно, ложка может приподниматься в задних отделах, тогда ее следует укоротить с вестибулярной стороны от середины задней поверхности нижнечелюстного бугорка до второго премоляра. Ложка может приподниматься вверх кпереди, и тогда ее укорачивают в участке между клыками.
- 2-я проба — глотание. При глотании напрягается верхний сжиматель глотки, и если ложка сбрасывается, ее край укорачивают с язычной стороны от середины заднего края нижнечелюстного бугорка до первого моляра

Функциональные пробы для нижней челюсти:

- 3-я проба — облизывание губ. Пациента просят провести языком по красной кайме верхней и нижней губы. При этом напрягается челюстно-подъязычная мышца на стороне, противоположной положению языка. Если ложка поднимается, ее укорачивают с язычной стороны на уровне моляра вдоль подъязычной линии. Не следует укорачивать ложку так, чтобы ее край оказался выше внутренней кривой линии. Это приводит к полному нарушению клапанной зоны. Если ложка укорочена до предельно допустимой границы, но продолжает смещаться, сошлифовывание следует прекратить
- 4-я проба — упор языка в щеки. Пациента просят дотронуться кончиком языка до щеки при полузакрывом рта. При этом поднимаются мягкие ткани дна полости рта в области премоляров. В случае когда язык расширен и прилежит к середине альвеолярной части, эта и предыдущие пробы не получаются или могут быть проведены только в ограниченных пределах

Функциональные пробы для нижней челюсти:

- 5-я проба — вытягивание языка. Пациента просят вытянуть язык по направлению к кончику носа. При этом напрягается узде ка языка. Если ложка смещается, уздечку укорачивают с язычной стороны на протяжении передних зубов.
- 6-я проба — вытягивание губ. Пациента просят вытянуть губы трубочкой (звук «у»). При этом напрягаются мимические мышцы нижней губы. Если ложка поднимается, то нужно еще раз сошлифовать ее вестибулярный край между клыками.

Функциональные пробы для верхней челюсти:

- 1-я проба. На задний край сухой индивидуальной ложки, включая и верхнечелюстные бугры, наносят след маркера, после чего ложку накладывают на челюсть, прижимают и тут же выводят из полости рта. На слизистой оболочке нёба остается след от маркера, позволяющий уточнить длину ложки по линии «А»
- 2-я проба — открывание рта. Пациента просят широко открыть рот. При этом напрягается крылочелюстная складка и щечная мышца. Если ложка сбрасывается, ее укорачивают в области моляра и дистальной поверхности верхнечелюстных бугров.

Функциональные пробы для верхней челюсти:

- 3-я проба — вытягивание губ. пациента просят вытянуть губу трубочкой (звук «у»). При этом напрягаются мимические мышцы верхней губы. При сбрасывании ложку укорачивают на протяжении между клыками.
- 4-я проба — втягивание щек. Пациента просят втянуть щеки в полость рта. При этом натягиваются боковые щечные складки в области премоляров. При сбрасывании края ложки сошлифовывают в этом участке до устойчивого положения на челюсти. Если для уздечки верхней губы не сделана достаточная вырезка на ложке, то она будет сбрасываться при любой пробе.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ:

- ⊙ Использование магнитов, имплантатов, нанесение на базис клейкого порошка, пленки, геля
- ⊙ Адгезивы на основе полиоксиэтилена, кондиционеры (пластификатор и полимер), крема, порошки, прокладки

Спасибо за внимание!!!

