Казахстанско-Российский Медицинский Университет

Кафедра стоматологии

СРИ

На тему: “Ортопедические методы лечения частичными пластиночными протезами. Планирование конструкции”.

Выполнил:

Абдыкеев Д.Р. 604 «с»

Алматы 2013

Показания к лечению пластиночными протезами про частичном отсутствии зубов.

· При дефектах зубных рядов, которые невозможно восстановить путём протезирования мостовидными протезами ;

· При дефектах зубных рядов всех классов по Кеннеди.

· Нарушении окклюзионных взаимоотношений зубных рядов (протез выполняет функцию накусочной пластинки - ортодонтическое лечение);

· Необходимости создания горизонтальной разгрузки (шинирующий протез);

· Отказе пациентов от протезирования несъемными конструкциями;

· Замене старого, функционально несостоятельного протеза на новый;

· При гальванозах, аллергических реакциях организма на металлические протезы.

Относительные противопоказания к применению частичного съёмного пластиночного протеза.

Противопоказания к применению ЧСПП определяются оснащённостью ортопедическим материалом, его свойствами, общесоматическим состоянием пациента. В некоторых конкретных случаях показания к использованию мостовидных протезов можно расширить или сузить (для съёмных протезов):

· при аллергической реакции на пластмассу и ее компоненты;

· при заболеваниях слизистой оболочки полости рта, если их невозможно терапевтически купировать;

· у больных шизофренией, эпилепсией, алкоголизмом;

· у людей, трудовая деятельность которых связана с определенной профессией (лектор, диктор, певец, военнослужащий и др.).

Побочное воздействие ЧСПП выражается в передаче жевательного давления на ткани протезного ложа, являющегося неадекватным раздражителем для слизистой оболочки и обуславливающим:

нарушение кровообращения и атрофию тканей со стороны слизистой и альвеолярного отростка;

воспалительные изменения слизистой оболочки, отслойку дёсен с оральной стороны (особенно передних зубов) и при этом - образование патологических карманов;

развитие пришеечного кариеса зубов, прилегающих к ним;

нарушение вкусовой, тактильной, температурной чувствительности, процесса самоочищения слизистой, повышения ее гиперестезии;

изменения (особенно в первое время) речи, дикции;

травмирование кламмерами ЧСПП опорных зубов, что приводит к функциональной перегрузке периодонта, к их расшатыванию;

необходимость дополнительного ухода и навыков пользования ими;

невысокую прочность и функциональность - жевательная эффективность 35-45 %.

Конструктивные особенности частичных съемных пластиночных протезов.

Базис протеза. Базисом (основой) съемного пластиночного протеза является пластинка из пластмассы или металла, на которой крепятся искусственные зубы и приспособления для удержания протеза во рту. Базис протеза располагается на альвеолярном отростке нижней челюсти, а на верней- кроме того, еще и на небе. Жевательное давление от искусственных зубов передается через него на слизистую оболочку протезного ложа.

Толщина пластмассового базиса в среднем около 2 мм, т.е. равна толщине пластинки базисного воска. Металлический базис при большей протяженности имеет меньшую толщину - от 0,2 до 0,6мм.

Величина протезного базиса зависит от числа сохранившихся зубов, степени атрофии альвеолярного отростка, выраженности свода твердого неба, наличия торуса на нем, податливости слизистой оболочки и др. При неравномерной податливости мягких тканей протезного ложа для исключения балансирования базиса протеза или перегрузки наименее податливых участков рекомендуется использование так называемых двуслойных базисов. При этом участки базиса, прилегающие к малоподатливой слизистой оболочке, готовятся из эластичной пластмассы, а расположенные в зоне хорошо податливых тканей - из обычной твердой пластмассы. В результате дифференцированный базис будет погружаться в подлежащие ткани, не вызывая их перегрузки.

Определение границ базиса.

Базис протеза имеет следующие максимальные границы на верхней челюсти. На щечной и губной сторонах беззубого участка альвеолярного отростка граница протеза проходит на 0,5-1 мм ниже переходной складки, обходя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой оболочки и уздечку губы. Дистальный край протеза немного не доходит до линии «А», то есть до границы между твердым и мягким небом, которая отчетливо видна при произношении звука «А». Бугор верхней челюсти должен обязательно перекрываться протезом, что является важнейшим условием фиксации и стабилизации.

При выраженном торусе твердого неба необходимо исключить контакт базиса протеза со слизистой оболочкой этого образования для предупреждения ее травмирования и возникновения балансирования протеза. Для этого на внутренней поверхности базиса протеза в области торуса создается изоляция (камера) глубиной 0,5 мм.

Границы базиса протеза на нижней челюсти. Вестибулярно границы базиса протеза на нижней челюсти в области беззубых альвеолярных частей проходят на 0,5-1 мм выше переходной складки (наиболее глубокого места свода), имея выемки против мест прикрепления уздечки нижней губы и щечно-альвеолярных тяжей. В местах прилегания базиса к естественным зубам (передним и боковым) степень перекрытия последних соответствует 2/3 высоты коронки при ортогнатическом прикусе. Нижняя граница базиса протеза с оральной стороны перекрывает внутреннюю косую линию и проходит несколько выше переходной складки с освобождением участков, соответствующих месту прикрепления уздечки языка.

В некоторых случаях с оральной стороны против расположения премоляров можно встретить симметрично расположенные выступы округлой формы (экзостозы), мешающие свободному наложению и выведению съемного протеза. В зависимости от степени выраженности и согласия пациента иногда их удаляют хирургическим путем.

При неравномерной податливости мягких тканей протезного ложа для исключения балансирования базиса протеза или перегрузки наименее податливых участков рекомендуется использование так называемых двуслойных базисов. При этом участки базиса, прилегающие к малоподатливой слизистой оболочке, готовятся из эластичной пластмассы, а расположенные в зоне хорошо податливых тканей - из обычной твердой пластмассы. В результате дифференцированный базис будет погружаться в подлежащие ткани, не вызывая их перегрузки.

Удерживающие кламмеры. Подразделяются на гнутые, литые и пластмассовые.В частичных пластиночных пластмассовых протезах наиболее широкое применение получили круглые проволочные гнутые удерживающие кламмеры. Десневой кламмер из пластмассы является отростком базиса, располагающимся почти у самой переходной складки. Его фиксирующие свойства небольшие, так как пластмасса, из которой он сделан, обладает малой эластичностью. Десневой кламмер следует применять лишь в тех случаях, когда неприемлимы другие способы фиксации и когда опорные зубы по каким-либо причинам не могут быть использованы для крепления протеза. Они показаны для фиксации протеза в области фронтальных зубов по эстетическим соображениям и при заболевании пародонта.

Кламмерная система может быть признана удовлетворительной, если она отвечает следующим требованиям.

1. Осуществляет фиксацию в одинаковой степени на всех опорных зубах.

2. Исключает опрокидывание или вращение протеза.

3. Не повышает высоту прикуса (межальвеолярную) на окклюзионных накладках.

4. Минимально нарушает эстетические нормы.

5. Кламмерная система не должна создавать травматогенную окклюзию. Для предупреждения этого одно плечо должно фиксировать протез, а другое - противодействовать ему, то есть предотвращать сдвиг его в ту или иную сторону (реципрокное действие).

Кламмерная линия. Линия, соединяющая опорные зубы, на которых располагаются кламмеры, называется кламмерной линией. Ее направление зависит от положения опорных зубов. Если опорные зубы расположены на одной стороне челюсти, то кламмерная линия имеет сагиттальное направление, а при расположении опорных зубон на противоположных сторонах челюсти - трансверзальное или диагональное (рис. 359).

При использовании в качестве опоры одного зуба крепление протеза называется точечным, двух зубов - линейным, трех и более зубов - плоскостным.

Линейное крепление с точки зрения статики целесообразнее точечного. Только при отсутствии возможности выбора приходится создавать сагиттальную кламмерную линию, невыгодную с точки зрения устойчивости опорных зубов и самого протеза. Иными словами, при построении кламмерной линии необходимо стремиться к тому, чтобы части протеза находились по обеим сторонам ее, то есть кламмерная линия должна быть воображаемой осью вращения протеза (на нижней челюсти - трансверзальная, на верхней - диагональная).

Плоскостное крепление. Для предохранения зуба силе ротации должна быть противопоставлена другая сила - центр противодействия, чему и служит плоскостное крепление, когда образуется система рычагов, имеющих центры сопротивления. В зависимости от числа центров бывают системы треугольные, четырехугольные и т.д. (рис. 360). Для устойчивости протеза необходимо, чтобы сопротивление было больше силы ротации во время жевания. Поэтому для центра сопротивления выбирают в качестве опорных крепкие многокорневые зубы.





Искусственные зубы. Искусственные зубы для съемных протезов изготовляют из фарфора и пластмассы. В сравнении с пластмассовыми зубами фарфоровые медленнее стираются и значительно более цветоустойчивы, лучше имитируют естественные зубы. Пластмассовые зубы без риска раскола могут сошлифовываться в любых пределах, а при необходимости - наращиваться быстротвердеющей пластмассой.

пластиночный протез зуб

Список использованной литературы:

1) Ортопедическая стоматология. Протезирование съемными пластиночными и бюгельными протезами. Под редакцией С.А. Наумовича 2-е издание. Минск БГМУ 2009

) Ортопедическая стоматология. Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков, А. Аль-Хаким. Москва. Мед-пресс информ. 2003