ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

пациентки: xxx

 диагноз: полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти вследствие осложненного кариеса, атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти – Оксман II тип,н/ч по Келлеру III тип. Атрофия слизистой по Суппле верхней челюсти II тип,н/ч – III тип, нарушение жевания, эстетики речи.

Паспортная часть

ФИО: xxx

Профессия: пенсионер

Адрес: xxx

Диагноз: патоморфологический: полное отсутствие зубов на верхней челюсти

этиологический: вследствие осложненного кариеса

функциональный: атрофия альвеолярного отростка в/ч Оксман II тип, атрофия по Суппле в/ч II тип.

эстетический: нарушение функции жевания, эстетики, речи

ЖАЛОБЫ

На плохую фиксацию протеза на верхней челюсти, нарушение функций жевания, речи, эстетический недостаток.

АНАМНЕЗ

Зубы утрачены вследствие осложненного кариеса 10 лет назад, изготовлены полные съемные пластиночные протезы на верхнюю и частично съемный протез на нижнюю челюсть, отвечающие всем требованиям. Фиксация ухудшилась полгода назад. Аллергологический анамнез не отягощен. Тифы, малярия, туберкулез, болезнь Боткина, вен. заболевания отрицает.

ОБЪЕКТИВНО

Лицо симметрично, кожные покровы - обычной окраски, температуры, влажности, без видимых патологических изменений. Высота нижней трети лица уменьшена, носогубные и подбородочная складки резко выражены, углы рта и кончик носа опущены, верхняя губа западает, подбородок выдвинут кпереди. Речь шепелявая, маловнятная. Рот открывает в полном объеме, преддверие полости рта средней глубины, слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта, твердого и мягкого неба, языка и небных дужек без видимых патологических изменений, бледно-розового цвета. Уздечка верхней губы расположена от вершины альвеолярного отростка в виде тяжа до 5 мм. Но боковой поверхности верхней челюсти – 3 щечных тяжа, крыло-челюстная складка выражена. Граница между твердым и мягким небом (линия А) шириной 3-4 мм, расположена на уровне верхнечелюстных бугров. В передней трети твердого неба – 3-4 поперечных складки, резцовый сосочек умеренно выражен, торус выражен слабо. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и верхнечелюстных бугров средне выражена, небный свод слегка уплощен, среднее расположение переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных тяжей (ближе к вершине альвеолярного отростка) – второй тип по Шредеру, второй тип по Оксману. Слизистая оболочка, покрывающая верхнюю челюсть неподвижна, атрофирована, покрывает альвеолярный отросток и небо тонким, натянутым слоем. Места прикрепления естественных складок расположены ближе к вершине альвеолярного отростка (второй класс по Суппле). Язык гипертрофирован, подъязычные железы расположены ближе к вершине альвеолярного гребня. Уздечка языка в виде мощного фиброзного тяжа шириной около 6 мм, вплетается в гребень альвеолярного отростка. Позадимолярный бугор в ретромолярной области мягкий, податливый. Внутренняя косая линия сглажена, экзостозов нет.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного и клинического обследования пациентки выставлен диагноз: полное отсутствие зубов на верхней челюсти вследствие осложненного кариеса. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти Оксман II тип, слизистая по Суппле верхней челюсти II тип, нарушение функции жевания, речи, эстетический недостаток.

ЗАДАЧИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

1. Восстановить зубной ряд на верхней челюсти путем изготовления полных съемных пластиночных протезов на верхнюю челюсть.
2. Восстановить окклюзионную высоту.
3. Восстановить функцию жевания, речи, эстетику.

ВЫБОР КОНСТРУКЦИЙ ПРОТЕЗОВ НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ.

После предварительного обследования и постановки диагноза данному больному показано изготовление полных съемных пластиночных протезов на верхнюю челюсть. Полноценная фиксация – основная задача в изготовлении протеза. Существует два основных понятия – фиксация и стабилизация. Фиксация – это укрепление протеза на челюсти в статике. Стабилизация - это укрепление протеза на челюсти во время функции. Предложено много методов фиксации протезов на беззубых челюстях. В их основе лежат различные принципы: механический, биомеханический, физический, биофизический. Рассмотрим эти методы. В основе механического (наиболее старого метода) лежит механическая сила пружины (Фошар, XVIII век) установленная в изогнутом виде в области моляров, утяжеление либо нижнего протеза путем введения в его базис металлов с большим удельным весом (Вайн). К механическим видам фиксации следует отнести

 крепление протеза с помощью штифтов, поднадкостничных имплантантов, кламмеров на искусственно вживленные зубы и т. д. Однако вследствие недостаточной эффективности и ряда отрицательных свойств они не находят широкого применения. Биомеханические методы в отличие от механических для своего применения требуют определенных анатомичеческих условий. При этом в первую очередь учитывают анатомическую ретенцию. Анатомическая ретенция создается естественными морофологическими образованиями на челюстях, которые своей формой или положением могут ограничивать свободу движений протеза во время функции.

У данного больного атрофия альвеолярного отростка и верхнечелюстных бугров средне выражена, небный свод слегка уплощен, что еще препятствует горизонтальному сдвигу протеза на верхней челюсти. Средняя степень атрофии верхнечелюстных бугров еще ограничивает скольжение протеза вперед.

При биомеханическом способе фиксации протеза рекомендовалось применение десневых кламмеров либо пелотов, но данный метод себя не оправдал.

Физические методы используются давно. Фиксация протеза основана на разности атмосферного давления. На протезе создается специальная камера и после введения протеза в рот и прижатие к небу податливая слизистая оболочка частично заполняет камеру, вытесняя из нее воздух – образуется разность давления (разреженное пространство в камере). Слизистая оболочка по краю камеры образуется как бы замыкающий клапан, мешая поступлению в нее новых порций воздуха и обеспечивая тем самым вакуум.

Наиболее приемлемый способ фиксации – биофизический, так как используются физические законы и анатомические особенности протезного ложа. Из физических методов используется разреженное пространство, создаваемое под всем базисом протеза, краевой замыкающий клапан располагается на границе протезного ложа, где подвижная слизистая оболочка соприкасается с краем протеза и препятствует проникновению под него новых порций воздуха. Краевой замыкающий клапан возникает при условии расположения края протеза в нейтральной зоне (граница перехода неподвижной слизистой в подвижную). Это становится возможным благодаря тому, что ткани переходной складки обладают значительной подвижностью во время функции. При смещении протеза со своего ложа натянутая слизистая оболочка следует за его краем и краевой клапан не нарушается. Во время жевания протез под действием пищи смещается, объем воздуха при сохраненном клапане между базисом и слизистой оболочкой остается постоянным и сохраняется разреженное пространство, за счет которого фиксируется протез. Итак, фиксация протезов на верхнюю челюсть у данной больной будет осуществляться при помощи анатомической ретенции, адгезивности и создания краевого замыкающего клапана.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ЭТАПЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ.

1.СНЯТИЕ ОТТИСКА

После обследования больного приступаем к снятию полного анатомического слепка. Этот этап состоит из:

а) подбора стандартной ложки;

б) выбора слепочного материала и приготовления слепочной массы;

в) наложение ее на ложку;

г) установки ложки со слепочным материалом;

д) оформления краев слепка;

е) выведения слепка из полости рта;

ж) оценка слепка.

Для получения полного анатомического слепка подбираем стандартную металлическую ложку по номеру, соответсвующему величине челюсти. Верхняя челюсть – № 8. Из слепочных материалов применяем «Стомальгин». Ложку со слепочным материалом устанавливаем на челюсти по центру альвеолярного отростка, прижимая на верхней челюсти ложку вначале в боковых участках, а затем во фронтальных, для избежания аспирации слепочного материала. После затвердевания слепочной массы ложку с материалом осторожно выводим из полости рта и производим оценку слепка, обращая внимание на то, как проснялось пространство за буграми верхней челюсти, хорошо ли отпечатались небные поперечные складки и рельеф переходной складки, четко ли отобразились уздечки, нет ли пор и размытых слюной участков.

2. ОТЛИВКА МОДЕЛЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. После оценки слепков, приступаем к отливке моделей челюстей. Гипс для получения рабочей модели замешиваем без добавления соли, более жидким. Хорошо размешав гипс, накладываем небольшую порцию на выступаюшую часть (отпечаток свода неба, переходной складки с язычной стороны). Легким постукиванием слепка о край резиновой чашки, обеспечиваем его хорошее затекание в углубленные места и предотвращаем образование в них пор. Затем добавляем новые порции гипса, заполнив с излишком весь слепок. Накладываем горкой оставшийся гипс на стеклянную плитку, переворачиваем ложку и прижимаем ее к столу так, чтобы поверхность ложки была параллельна поверхности стекла. После затвердевания гипса освобождаем модель от слепка, аккуратно обрезаем по краям, не нарушая целостности переходной складки и оцениваем ее (наличие воздушных пор, посторонних включений, повреждений поверхностей шпателем, недостаточную толщину модели, отлом в области альвеолярного отростка или в другом месте).

3. НАНЕСЕНИЕ ГРАНИЦ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ. На модели химическим карандашом очерчиваем границы будущей ложки. На верхней челюсти границы ложки охватывают бугры верхней челюсти, проходя вестибулярно, немного ниже самой высокой точки переходной складки, обходя щечные и губные тяжи слизистой оболочки. В месте перехода твердого неба в мягкое граница проходит на 2 мм позади небных слепых отверстий.

4. ИЗГТОВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ. Для лучшей фиксации протезов на челюстях, создания краевого замыкающего клапана, необходимо получить оттиск тканей протезного ложа и его границ во время функции в непрерывном контакте со слизистой оболочкой клапанной зоны, что возможно лишь при помощи снятия функционального оттиска индивидуальной ложкой. Индивидуальную ложку изготавливаем из быстротвердеющей пластмассы "Протакрил". Полученную модель челюсти смазываем "Изоколом", разогреваем восковые пластинки, обжимаем на моделях, излишки воска обрезаем по очерченным границам, то есть формируем восковые модели ложек. Их поверхности посыпаем тальком. Затем берем стандартные ложки большего размера, заполныем разогретым "Стенсом" и накладываем на модели, после охлаждения "Стенса" воск переходит в оттиск, и его удаляем. Далее замешиваем тесто из "Протакрила" и распределяем на моделях, накрываем оттиском из "Стенса" до окончания полимеризации пластмассы. Индивидуальная ложка готова после корректирования границ протеза при помощи дисков.

5. ИЗГОТОВЛЕНИЕ 0ККЛЮЗИОННЫ" ВАЛИКОВ НА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. Для определения центральной окклюзии на восковые базисы протеза верхней челюсти накладываем восковые валики. Их располагаем по центру гребня альвеолярного отростка. Окклюзионные валики изготавливаем из пластинки воска, разогретого на пламени горелки и скатанного в компактные валики прямоугольной формы. Валик изгибаем по альвеолярному отростку, затем основание валика разогреваем и накладываем на область альвеолярного отростка базиса, пальцами прижимая воск к наружной и внутренней поверхностям альвеолярного отростка. Валик склеиваем расплавленным воском с пластмассовым базисом. Для придания поверхности валика ровной горизонтальной плоскости корректируем его поверхность на разогретой "наклонной плоскости". Все поверхности валика должны иметь гладкий, ровный рельеф. Высота валиков в области передних зубов 1,5 см, а в области последних моляров - 0,5-0,8 см, ширина – 1 см. На верхней челюсти валики заканчиваются у переднего края альвеолярных бугров, при этом концы валиков имеют скос в дистальную сторону.

6. ПРИПАСОВКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ. Перед снятием оттиска необходимо провести припасовку индивидуальных ложек в полости рта больного при помощи проб Гербста.

Для верхней челюсти:

1. Широкое открывание рта – при сбрасывании ложки укорачиваем ее по задне-наружному краю (2).
2. Засасывание щек - в области щечных складок (3).
3. Вытягивание губ – в переднем отделе (4).
4. Рвотный рефлекс – в области линии А (1).

7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ. После припавсовки индивидуальной ложки определяем центральное соотношение челюстей для снятия компрессионного оттиска под жевательным давлением. Центральная окклюзия характеризуется максимальным контактом всех режущих и жевательных поверхностей зубов; при этом мышцы развивают максимальную тягу; в этом положении происходит наиболее эффективное дробление пищи; собственно жевательные и височные мышцы на обеих сторонах сокращаются одновременно и равномерно; средняя линия лица совпадает с линией, проходящей между центральными резцами верхней и нижней челюстей; суставные головки располагаются на скате суставных бугорков у их основания. Определение центрального соотношения челюстей состоит из следующих этапов:

1. Подготовка гипсовых моделей челюстей. Она заключается в нанесении основных технических ориентиров и очерчивании контура относительно постоянных анатомических образований. На верхней челюсти отмечаем резцовый сосочек, небные ямки, верхнечелюстные бугры, торус, гребень альвеолярного отростка. Далее с помощью гибкой миллиметровой линейки проводим среднюю линию, проходящую соответственно небному шву, середине резцового сосочка и между небными ямками, она продолжается на цоколь модели.
2. Подготовка прикусных валиков. При определении высоты верхнего прикусного валика следим за тем, чтобы режущие края будущих центральных резцов при закрытом рте совпадали с линией смыкания губ, а при разговоре края выступали на 1-2 мм. Введя шаблон в рот, больной смыкает губы, наносим линию смыкания губ на восковой валик. Просим больного улыбнуться – наносим линию улыбки и отмечаем среднюю линию между центральными и линию клыков – соответствует углу рта.
3. Определение протетической плоскости по зрачковой линии для передних зубов и по носогубной – для боковых. Для этого берем две линейки, одну их которых устанавливаем на окклюзионной поверхности валика, а другую – на зрачковой линии. Параллельность линеек говорит о правильном формировании окклюзионной плоскости в переднем отделе прикусного валика. В боковом отделе устанавливаем параллельность линейки с камперовсой горизонталью (линия, соединяющая нижний край наружного слухового прохода с носовой остью).
4. Когда прикусные валики хорошо припасованы их окклюзионные поверхности плотно прилегают друг к другу на всем протяжении при закрвывании рта они одновременно приходят в соприкосновение как в переднем, так и в боковых отделах. Чтобы обнаружить отвисание валиков, надо вставить между ними холодный шпатель. При плотном смыкании валиков ввести шпатель без усилия не удается.

5. Определение высоты нижнего отдела лица. Наилучший эстетический и функциональный эффект протезирования достигается при оптимальном установлении высоты нижней трети лица. В настоящее время говорят о двух методах определения межальвеолярной высоты: атропометрический и анатомо- физиологический. Антропометрический метод основан на данных о пропорциональности отдельных частей лица. Нахождение подобных точек сопровождается сложными математическими вычислениями либо использованием специального циркуля Герингера. Лучший результат получают анатомо- физиологическим методом, поэтому используем его. Чтобы восстановить ннормальную конфигурацию лица, нарушенную утратой фиксированной межальвеолярной высоты и создать эстетический оптимум нужно иметь в виду, что голова пациента должна находиться строго вертикально, сам больной - в спокойном состоянии, губы лежат спокойно, без напряжения, касаясь друг друга на всем протяжении, углы рта при этом слегка приподняты, носогубные складки ясно выражены. В покое у большинства людей нижняя челюсть слегка опущена и между зубными рядами появляется просвет около 5 мм. Челюсть в этом положении удерживается антигравитационным рефлексом (физиологический покой мышц жевательного аппарата). Понятие о покое нижней челюсти и анатомические ориентиры положены в основу анатомо- функционаотного метода определения центрального соотношения челюстей. Техника определения: после непродолжительного разговора с больным (по окончании его нижняя челюсть устанавливается в положении покоя, а губы смыкаются свободно), наносим две точки на кожу у основания перегородки носа и подбородке и измеряем расстояние между ними. Затем в рот вводим шаблоны с прикусными валиками и просим пациента сомкнуть их, при этом расстояние между намеченными точками (окклюзионная высота) должна быть меньше высоты покоя на 2-3 мм. Корректируем данную высоту удалением слоя воска на нижнем прикусном валике. Далее обращаем внимание на ткани вокруг ротовой щели: должны восстановиться нормальные контуры нижней трети лица.

6. Разговорная проба. После определения межальвеолярной высоты просим пациента произнести несколько букв или слогов, при этом следя за

 степенью размягчения прикусных валиков (оптимальное разобщение – 5-6 мм).

 7. Определение центральной окклюзии. Существует ряд методов для установления нижней челюсти в положении центральной окклюзии. Для правильного ее определния необходимо комбинировать эти методы. Сначала на верхнем – наносим воск с избытком в этой же области. Затем индивидуальные ложки с прикусными валиками вводим в рот и определяем центральную окклюзию. При комбинированном методе установления нижней челюсти в центральной окклюзии голову пациента запрокидываем несколько назад, затем указательные пальцы кладем на окклюзионную поверхность нижнего валика в области моляров, после этого просим больного поднять кончик языка, коснуться им задних отделов твердого неба и одновременно сделать глотательное движение. Когда больной закрывает рот указательные пальцы выводим, при этом надавливая большими пальцами на подбородок. Нижняя челюсть устанавливается в центральной окклюзии.

 8. После установления челюстей в положении центральной окклюзии на валики наносим ориентировочные линии: среднюю линию (она будет проходить между центральными резцами и является продолжением средней линии лица), линию клыков (соответствует углам рта) и линию шеек верхних передних зубов (линия улыбки).

 9. Соединенные вместе шаблоны выводим изо рта и охлаждаем. Затем их разъединяем, бороздки и соответствующие им выступы воска на окклюзионной поверхности противоположного валика позволяет соединить их в положении центральной окклюзии. Далее приступаем к получению комбинированного оттиска под жевательным давлением.

 8. ПОЛУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА. Функциональный оттиск – это слепок, отображающий состояние тканей протезного ложа во время функции, который получают с помощью индивидуальной ложки и края которого формируют при помощи специальных функциональных проб. Формирование края функционального оттиска возможно тремя способами: при помощи пассивных движений, функциональных проб и собственно функциональных движений (жевательные, речевые, глотательные). Наиболее рациональны – функциональные пробы, представляющие собой двигательные комплексы, предусматривающие движения губ, языка, глотание, открывание рта. При этом учтены наиболее часто совершаемые движения и в тех участках, которые имеют наибольшее значение для фиксации протеза. Ценность функциональных проб в том, что они позволяют создать краевой замыкающий клапан. Но их недостатки в том, что они стандартизированы, а амплитуда колебаний различных подвижных тканей на границе с протезом индивидуально различна. В связи с отсутствием более приемлемого метода формирования края оттиска, пользуемся данным методом. Различают разгружающие и компрессионные оттиски. Разгружающий оттиск применяем для верхней челюсти (при минимальном давлении оттискной массы на ткани протезного ложа), компрессионный – для нижней челюсти, так как слизистая податлива. Этим обеспечиваем сжатие буферных зон. Податливость слизистой оболочки имеет большое практическое значение, от этого зависят результаты протезирования. Компрессионный оттиск снимают под непрерывным давлением, обеспечивающим сдавливание сосудов слизистой оболочки и их опорожнение. Непрерывность можно обеспечить усилием рук, но более удобно снимать оттиск под жевательным давлением, как и делаем в данном случае. После определения центральной окклюзии и нанесения ориентировочных линий извлекаем верхнюю ложку, тонким слоем кладем в нее оттискную массу, вводя ее в рот, прижимаем к челюсти и оформляем края оттиска, после чего просим больного закрыть рот, сжать челюсти до затвердевания оттискной массы. Не удаляя верхней ложки, тем же способом получаем оттиск с нижней челюсти, извлекаем изо рта, составляем по ориентировочным линиям в положении центральной окклюзии, по вышееописанной методике отливаем модели и загипсовываем их в окклюдатор для постановки зубов.

9.ВЫБОР ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ. Полноценное восстановление внешнего вида лица возможно лишь при правильном выборе цвета, размера, величины и формы искусственных зубов. Наиболее важным в эстетическом отношении является выбор передних зубов. Существует три типа зубов в зависимости от формы лица. У нашего больного овальное лицо, и для этой фориы наиболее гармоничными являются зубы третьего типа.

10. ИЗГОТОВЛЕНИЕ ГИПСОВОЙ МОДЕЛИ ПО ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ ОТТИСКУ.

 После определения центральной окклюзии и снятия функционального оттиска отливаем модели верхней и нижней челюстей по вышеописанной методике.

11. ЗАГИПСОВКА ГИПСОВЫХ МОДЕЛЕЙ АРТИКУЛЯТОР (ОККЛЮДАТОР).

Главными ориентирами для загипсовки моделей в артикулятор (окклюдатор) является окклюзионная плоскость артикулятора и окклюзионная плоскость валика базиса верхней челюсти; средняя линия на окклюзионном валике базиса верхней челюсти; средняя линия модели верхней челюсти. Для установления местоположения моделей в артикуляторе на модель верхней челюсти наносим среднюю линию, затем скрепляем шнурком обе модели с базисами и окклюзионными валиками и прикрепляем к верхней раме артикулятора, плоскость которой параллельна плоскости окклюзионных валиков. Модели устанавливаем в пространстве артикулятора (кончик мезингера упирается в нижнюю точку средней линии). Определив место расположения моделей в артикуляторе, на стол наносим небольшую порцию жидкого гипса, погружаем в нее нижнюю раму артикулятора и устанавливаем на нее модели. Прикрепив модели нижней челюсти к нижней раме артикулятора, наносим жидкий гипс на основание модели верхней челюсти и погружаем в нее верхнюю раму артикулятора. После затвердения гипса раскрываем артикулятор, удаляем индивидуальную ложку с восковыми базисами, разогреваем восковую пластинку в пламени горелки и обжимаем на моделях по ранее отмеченным границам базисов будущих протезов. Изготавливаем и припасовываем новые окклюзионные валики по прикусу.

12. ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУВОВ.

Наиболее распространенным является способ постановки искусственных зубов по методу М.Е.Васильеву. Постановку зубов по стеклу начинаем с верхней челюсти. Для этого стекло приклеиваем к верхнему окклюзионному валику, затем срезаем часть прикусного валика нижней челюсти на 3 мм, приклеиваем тонкие столбики размягченного воска и смыкаем артикулятор до упора штифта меж альвеолярной высоты. Стеклянную пластинку приклеиваем расплавленным воском к прикусному валику нижней челюсти, отделяем от верхнего валика и приступаем к постановке зубов на верхней челюсти. Верхние резцы располагаем по средней линии, режущие края касаются стекла (2/3 их толщины лежит кнаружи от середины альвеолярного отростка), боковые резцы ставим с медиальным наклоном режущего края к центральному резцу и поворотом медиального угла кпереди (режущий край отстоит от стекла на 0,5 мм). Клык ставим с небольшим наклоном режущего края к средней линии (касается стекла). Первый моляр касается щечным бугром поверхности стекла, а небный отстоит на 1 мм, второй премоляр обоими буграми касается стекла. Первый моляр медиальным небным бугром касается стекла, медиальный щечный отстоит на 0,5 мм, дистальный небный – на 1 мм, дистальный щечный – на 1,5 мм. Второй моляр не касается поверхности стекла. После этого проводим пришлифовку их бугорков при боковых движениях. Прикрепляем зубы горячим воском друг к другу и базису.

13. ПРОВЕРКА ВОСКОВОЙ КОНСРУКЦИИ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА.

 Проверка конструкции состоит из осмотра модели, проверки постановки зубов в окклюдаторе и проверки воскового шаблона в полости рта.

14. ЗАМЕНА ВОСКА НА ПЛАСТМАССУ. Следующий этап изготовления полных съемных протезов – замена воска на пластмассу – производится путем загипсовки в кювету восковой композиции протеза. Существует два способа загипсовки модей в кювету – прямой и обратный. Выбираем обратный способ. Отделив модель от окклюдатора или артикулятора, подготавливаем ее так, чтобы она свободно помещалась в основании кюветы, наружные борта должны быть чуть выше уровня зубов. Замешиваем гипс и заполняем им основание кюветы, затем берем модель и погружаем в центр основания кюветы до шеек зубов (гипсуется только модель, а десна, зубы и небная поверхность свободны от гипса). Для исключения прилипания нового слоя гипса к затвердевшему вследствие диффузии после затвердевания гипса кювету погружаем в холодную воду на несколько минут, затем накладываем верхнюю часть кюветы и заполняем гипсом небольшими порциями, слегка покачивая ее, закрываем крышкой и подвергаем прессованию. После затвердения гипса раскрываем кювету и получаем две части: в основании – восковой базис и зубы, а в верхней части остается модель. Затем выплавляем воск. После этого наносим тонкий слой изокола на поверхность модели для исключения прилипания

пластмассы к модели. Заготавливаем тестообразную пластмассу, зубы обезжириваем мономером, берем нужное количесво пластассового теста и формуем в кювету. Кюветы закрываем и ставим под пресс на 5 минут, предварительно удалив излишки пластмассы, после чего кюветы помещаем в бюгель и закрепляем в нем. Пластмассу полимеризуем. После полимеризации и полного охлаждения освобождаем от бюгеля кювету и освобождаем конструкцию протеза от гипса. Промываем в холодной воде и приступаем к отделке специальными инструментами, стараясь не нарушить архитектонику и границы протезов. Далее переходим к полированию жесткой, затем мягкой щеткой с мелом до получения зеркального блеска.

15. НАЛОЖЕНИЕ ПРОТЕЗА.

До введения протезов в полость рта осматриваем их для выявления острых краев, выступов, шероховатостей, после чего протезы моем водой и вводим в полость рта. Проверяем плотность смыкания зубных рядов. Для этого укладывем копировальную бумагу между зубными рядами и предлагаем больному имитировать жевательные движения, при этом черные точки на буграх зубов сошлифовываем, создавал площадки. Фиксацию протеза на верхней челюсти проверяем, пятаясь снять его, обхватив большим и указательным пальцами в области 54 ! 45, а силу заднего клапана проверяем, надавливая на режущие края передних зубов вестибулярном направлении. На нижней челюсти устойчивость протеза определяем путем надавливания с одной и с другой стороны в области боковых зубов, а присасывание - попыткой снять, удерживая за режущие края передних зубов в передне-заднем направлении. На коррекцию протезов назначаем на следующий день и даем наставления: после каждого приема пищи протезы вынуть и промыть водой, а полость рта прополоскать; на ночь протезы снимать и чистить зубной щеткой с мылом; хранить в закрытом сосуде в охлажденной кипяченой воде с добавлением зубного эликсира.

18.09.2000 Явилась с целью коррекции протезов. Жалобы на болезненность при приеме пищи в области задней границы верхнего протеза. Лечение: коррекция протеза по дистальному краю протеза верхней челюсти.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

* + - 1. В.Н. Копейкин, Л.М. Демнер «Зубопротезная техника», Москва, «Медицина», 1985 г.
			2. Е.И. Гаврилов, И.М. Оксман «Ортопедическая стоматология», Москва, «медицина», 1978 г.
			3. С.И. криштаб «Ортопедическая стоматология», Киев, «Вища школа», 1986г.
			4. Е.И.Гаврилов, А.С.Щербаков «Ортопедическая стоматология», Москва, «Медицина», 1984 г.
			5. В.И. Копейкин «Ортопедическая стоматология», Москва, «Медицина», 1988 г.
			6. И.М. Оксман «Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов», Ленинград, «медицина», 1967 г.