

Українська медична стоматологічна академія
Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології

Ч З П

***ПОКАЗАННЯ ДО ВИГОТОВЛЕННЯ,
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ЕТАПИ .***

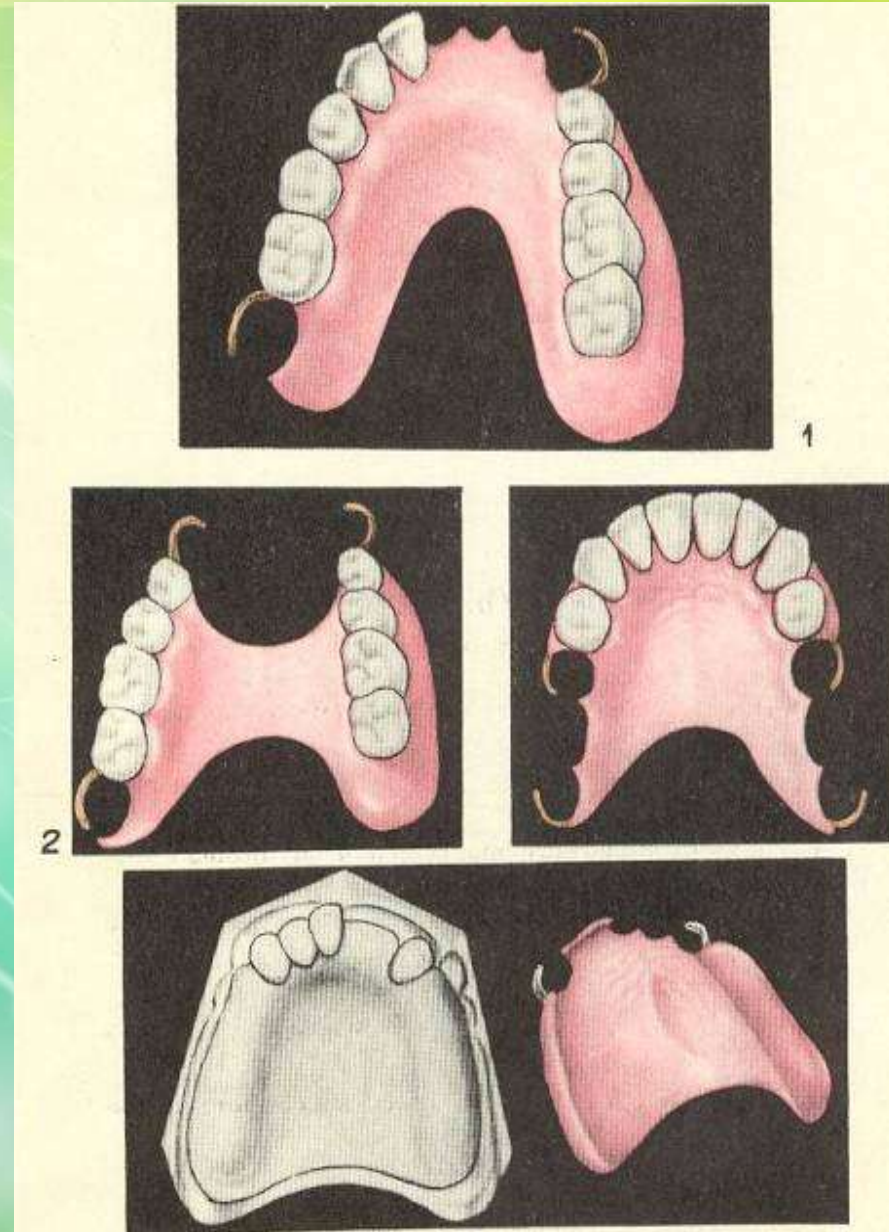
Лектор: к.мед.н., доцент
Ярковий Віталій Васильович

Частково знімні протези

Призначення: для заміщення дефектів зубних рядів значної протяжності.

Протез складається з:

- базису, що спирається на альвеолярний відросток;
- утримуючих елементів;
- штучних зубів;



Показання до виготовлення :

1.1 і 2 клас дефектів зубних рядів по класифікації Кеннеді;

2.3 і 4 клас, якщо жувальна ефективність опорних зубів менше жувальної ефективності відновлюваних;

3. Мала кількість опорних зубів і їх рухливість;

Протипоказання :

1. Алергічні стани ;

2. Факультативні передракові стани слизових оболонок порожнини рота: лейкоплакія; червоний плаский лишай; пухирчатка.

Позитивні властивості ЧЗП :

- відновлення цілісності зубного ряду при значних по протяжності дефектах;
- відновлення естетичного дефекту;
- гігієнічність;
- попередження виникнення вторинних деформацій зубного ряду;
- об'єднання базисом в єдину систему зубів, що залишилися в порожнині рота;

Негативні властивості протеза :

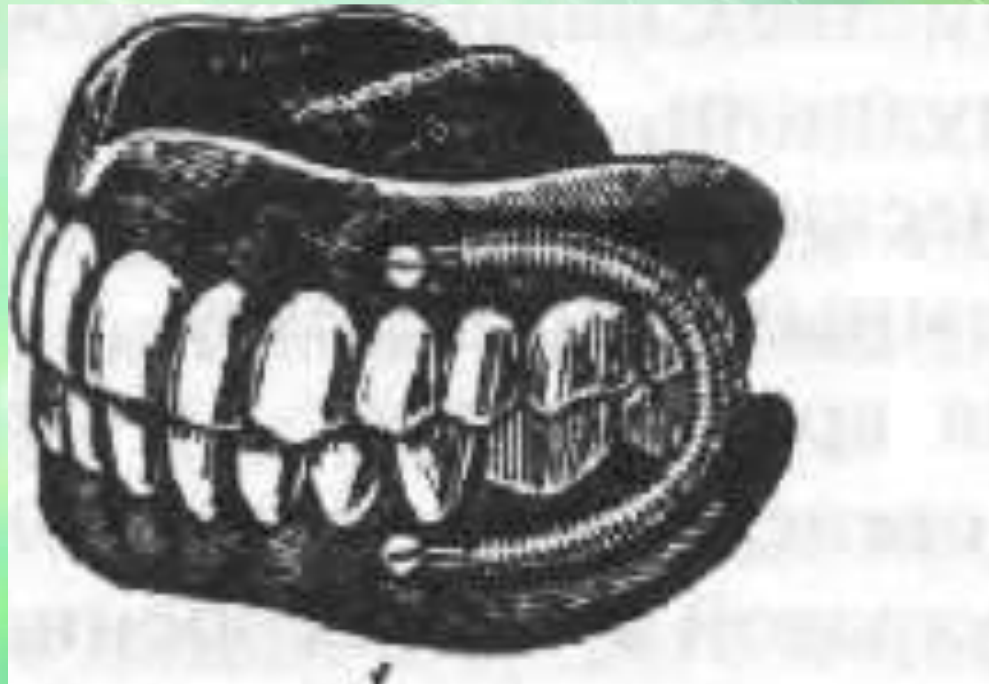
- швидше протікають процеси атрофії слизової оболонки і кісткової тканини альвеолярного відростка через тиск базису на тканини протезного ложа;
- порушення регенерації порожнини рота;
- порушення процесів теплообміну під базисом протеза;
- травмування кламмерами емалі постійних зубів;
- сенсibiliзація організму в цілому;
- застосування кламмерної фіксації, яка призводить до підвищеної резорбції кісткової тканини альвеолярного відростка в області опорних зубів.

Фіксація - утримання протезів на щелепі за допомогою механічних пристроїв або анатомічної ретенції в спокої.

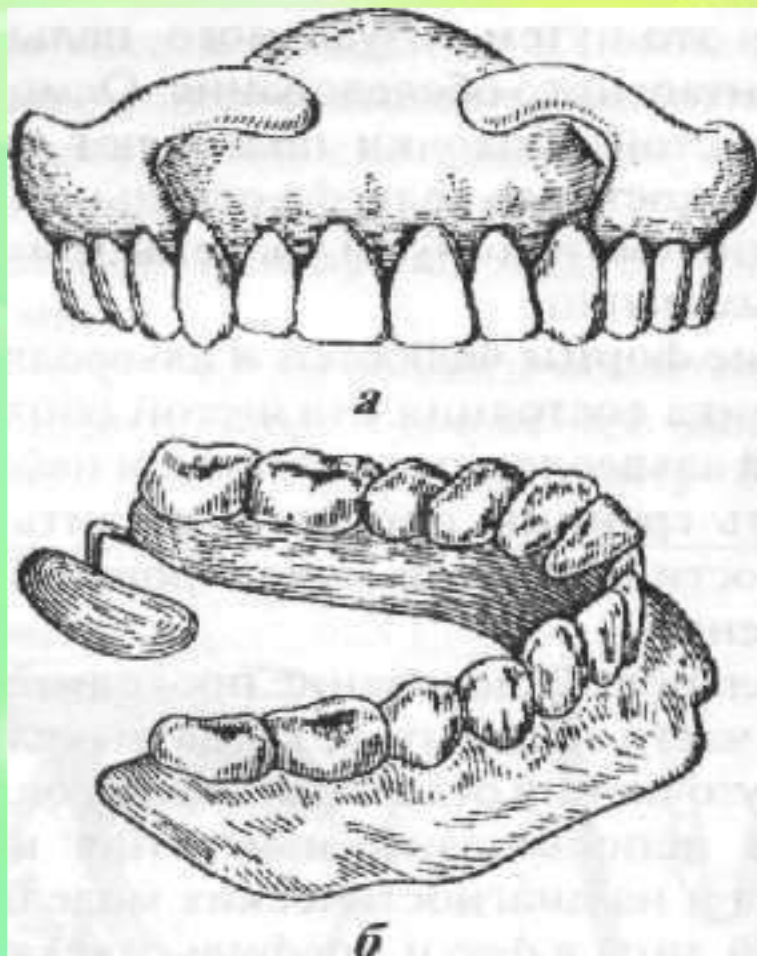
Стабілізація - це стійкість протеза під час виконання протезом функції (жування, мовлення), вона досягається за рахунок правильного вибору відбиткового матеріалу, правильно проведених клініко-лабораторних етапів.

Способи фіксації і стабілізації часткових знімних протезів (за Баяновим).

1. Механічна: кламери , пілоти, телескопічні коронки, замкові кріплення (атачмени), балкова система, кнопкова система (анкерна).



2. Біомеханічна - анатомічна ретенція при добре виражених альвеолярних буграх, альвеолярних відростках (ясенні кламери), розширення базису протеза в під'язиковому просторі.



3. Фізичні - адгезія, використання магнітів, обваження протеза на нижню щелепу .

4. Біофізичні- функціональна присмоктваність, присоска .

Кламер - це частина знімного протезу, яка забезпечує його фіксацію. Складається з: плеча, тіла і відростка .

Класифікація кламерів

За функцією:

- а) опорні,
- б) утримуючі,
- в) комбіновані.

За кількістю ланок:

- а) одноланкові,
- б) кругові,
- в) багатоланкові.

По виду поперечного перерізу:

- а) плоскі,
- б) круглі,
- в) напівкруглі,
- г) стрічкові.

За місцем розташування

плеча кламмера:

- а) альвеолярні,
- б) денто-альвеолярні,
- в) дентальні.

За матеріалом:

- а) металеві,
- б) пластмасові.

По виду опорної частини :

- а) стрічкові,
- б) двуплечові,
- в) кламери з оклюзійною накладкою.

За способом виготовлення :

- а) гнуті,
- б) литі,
- в) паяні.

За способом кріплення :

- а) жорсткі,
- б) напівлабільні,
- в) лабільні.

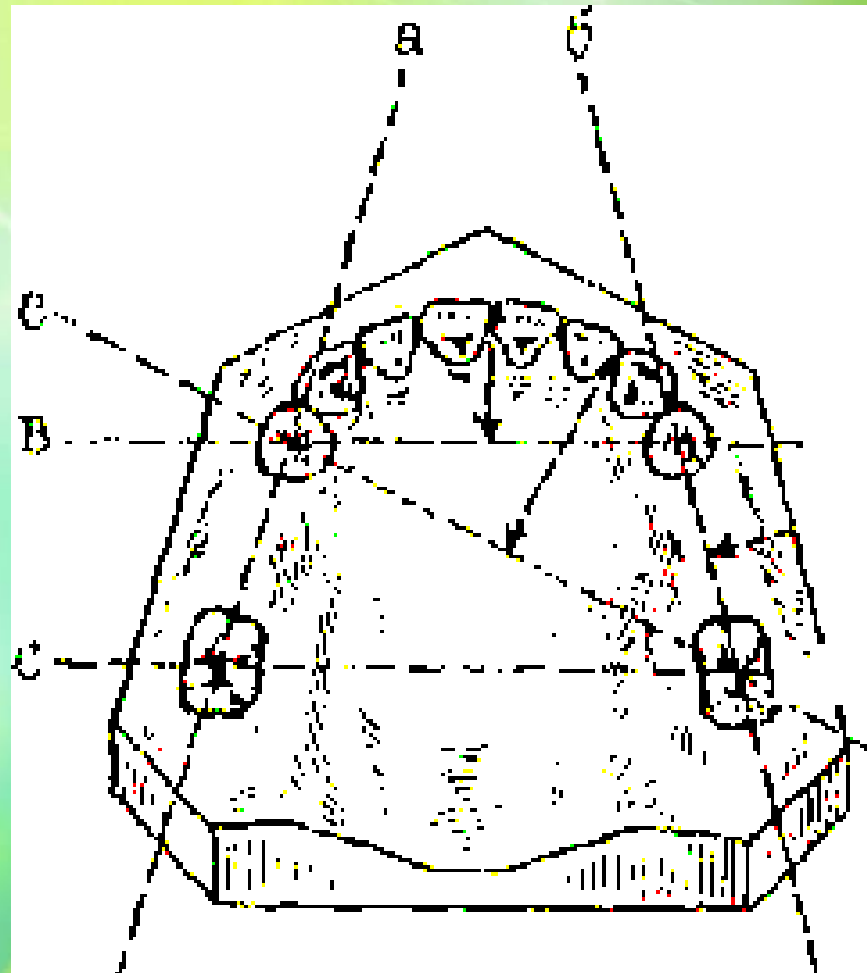
Лінія, що з'єднує зуби, на яких розташовані кламери, називається кламерною лінією. Якщо опорні зуби розташовані на одній стороні щелепи, то кламерна лінія має сагітальний напрямок, а при розташуванні опорних зубів на протилежних сторонах щелепи - трансверзальне або діагональне.

Види кріплення протезів:

- точкове - при використанні в якості опори одного зуба;
- лінійне - при використанні двох зубів;
- площинне - трьох і більше зубів;

Види направлення кламерних ліній:

- а, б – сагітальне;
- в, с – трансверзальне;
- е – діагональне.



Межі базису протеза на верхній щелепі на щічній і губній стороні беззубої ділянки альвеолярного відростка. Межа протеза проходить на 0,5-1мм нижче перехідної складки, обходячи рухливі щічно-альвеолярні тяжі слизової оболонки і вуздечку губ. Дистальний край протеза трохи не доходить до лінії «А». Бугор верхньої щелепи повинен обов'язково перекриватися протезом. Передні зуби при ортогнатичному прикусі перекриваються базисом на товщину воскової базисної пластинки (1,8мм). Бічні зуби перекриваються базисом протеза на 2/3 висоти їх коронки.

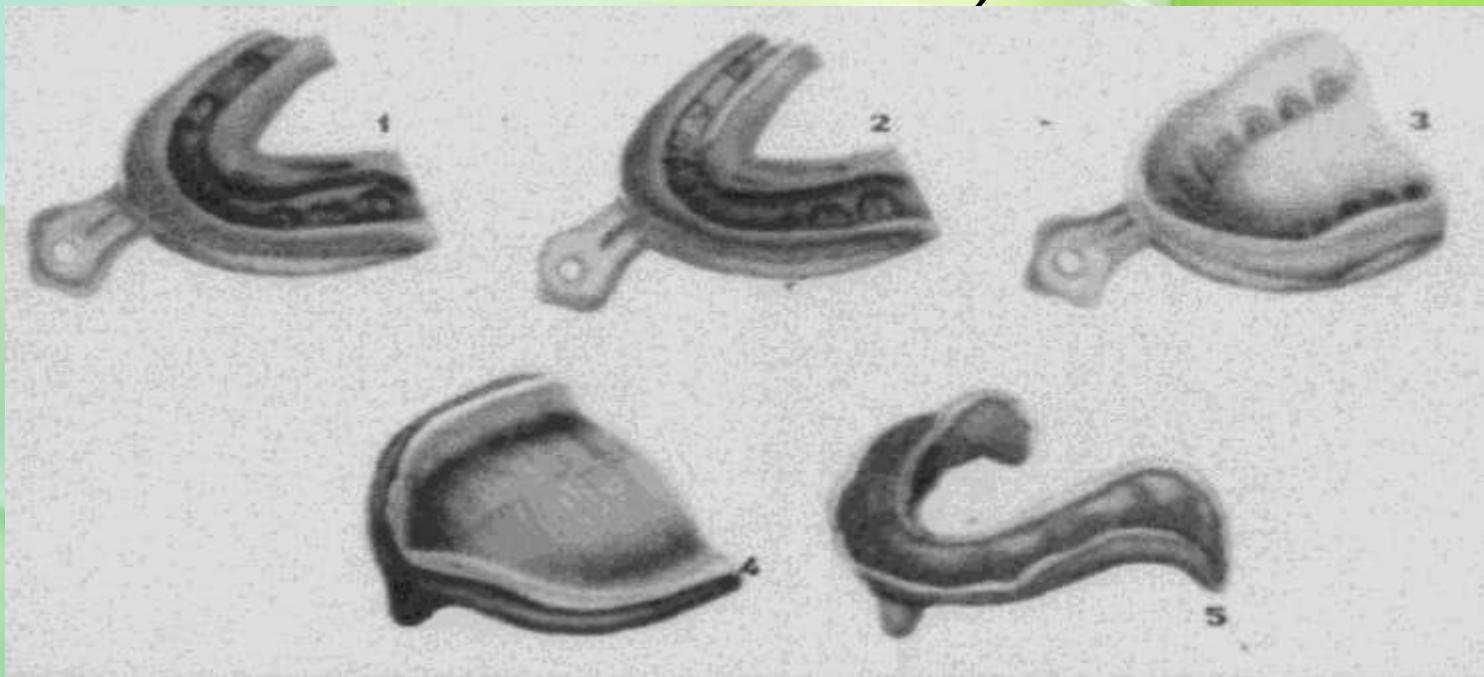
КЛІНІЧНІ ЕТАПИ ВИГОТОВЛЕННЯ ЧЗП

- I. Отримання повних анатомічних відбитків з обох щелеп.**
- II. Визначення центральної оклюзії.**
- III. Перевірка конструкції протеза, правильності визначення ЦО і постановки зубів в базис.**
- IV. Корекція і здача ЧЗП.**

Перше відвідування

(перший клінічний етап)

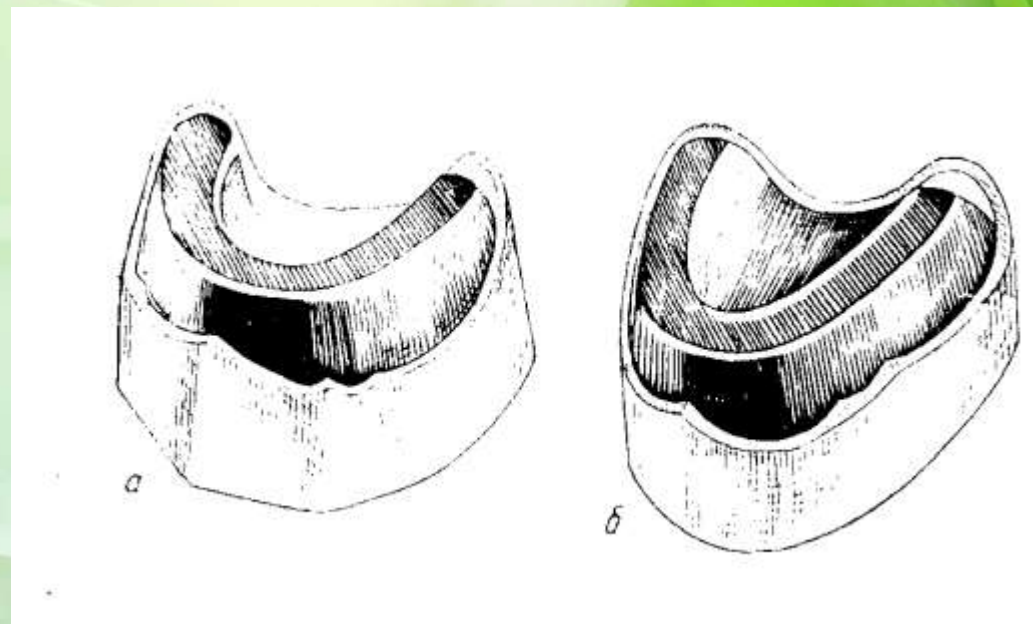
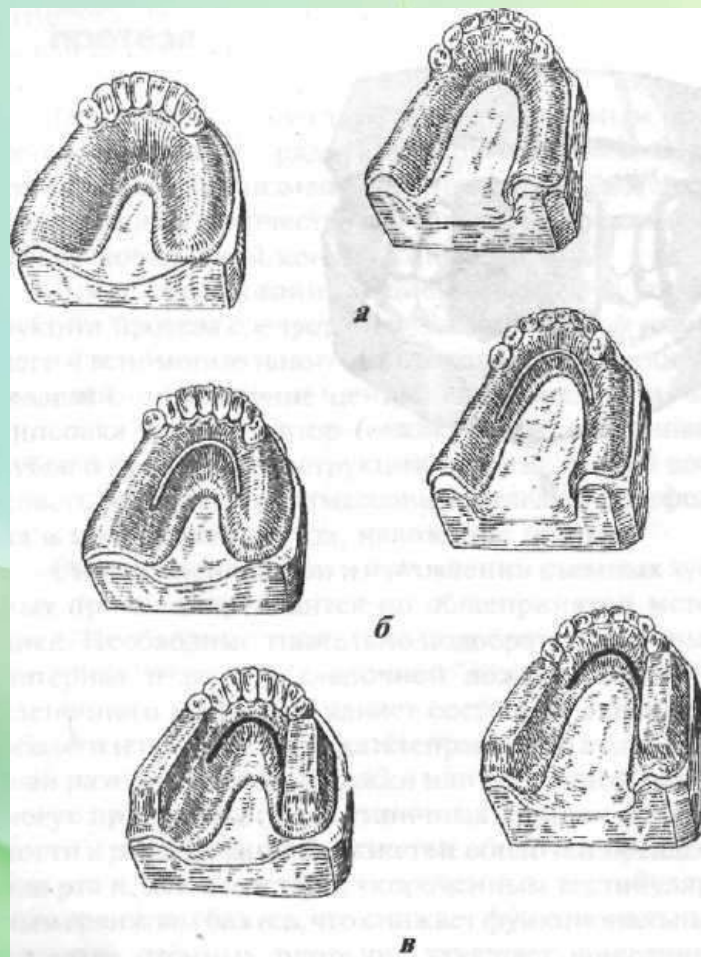
Отримання повних анатомічних відбитків з обох щелеп (робочого і допоміжного).



Перший лабораторний етап:

- 1.Виготовлення гіпсових моделей;**
- 2.Виготовлення воскових шаблонів з прикусними валиками.**

Виготовлення воскових шаблонів з прикусними валиками



Восковою базис повинен:

- Щільно прилягати до моделі по всій площі;
- Бути укріплений дротом для попередження деформації;
- Краї закруглені, без гострих виступів, точно відтиснуті по моделі;
- Ширина валика на 1-2мм більше поруч стоячих природних зубів, висота 2 см, ширина 8-10мм;
- Валики монолітні, не розшаровуються;
- Верхній оклюзійний валик в ділянці 717 зрізаний під кутом в бік верхньощелепних горбів.

ДРУГЕ ВІДВІДУВАННЯ: ВИЗНАЧЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ОККЛЮЗІЇ

Методи визначення центральної окклюдії :

- восковими шаблонами
- методом гіпсоблоків

Бетельман розрізняв 4 групи дефектів зубних рядів за наявністю пар антагоністів:

1 група - в порожнині рота є три пари антагоністів, розташованих так, що можна зіставити моделі в положенні центральної окклюдії.

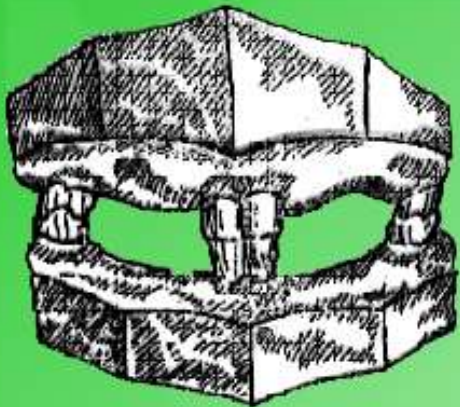
2 група - наявність тільки однієї або декількох пар антагоністів, які розташовані так, що скласти моделі в положенні центральної оклюзії без шаблонів з прикусними валиками неможливо;

3 група - дефекти, при яких є зуби, але немає антогоністів;

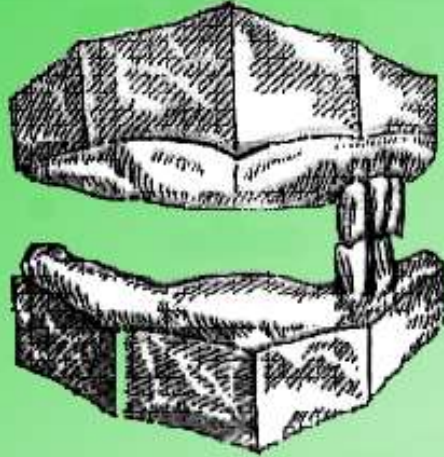
4 група - беззубі щелепи.

Для 3 і 4 групи вимагають крім визначення центральної оклюзії ще й установку міжальвеолярної висоти.

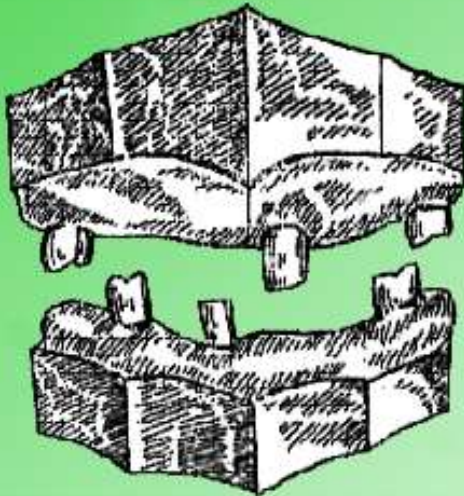
Групи дефектів зубних рядів при визначенні центральної окклюдії:



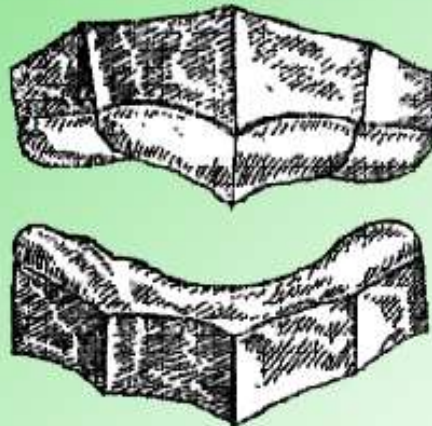
а



б



в



г

*а — перша група;
б — друга група;
в — третя група;
г — четверта група.*

ЕТАПИ ВИЗНАЧЕННЯ ЦО

1. Визначення протетичної площини;
2. Визначення центрального (мезіо-дистального) положення нижньої щелепи;
3. Креслення воскових валиків.

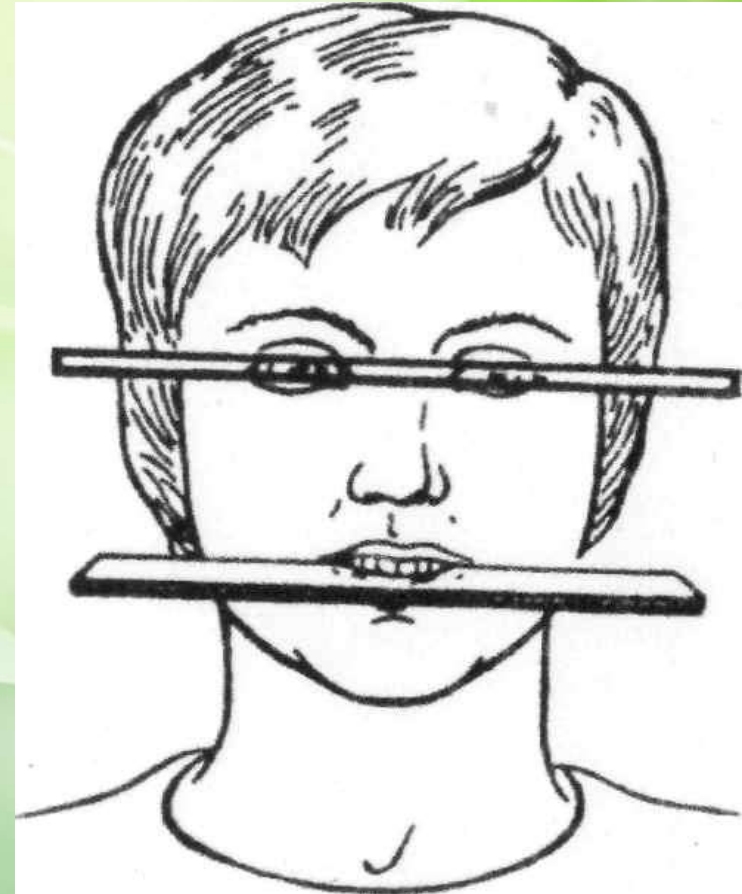
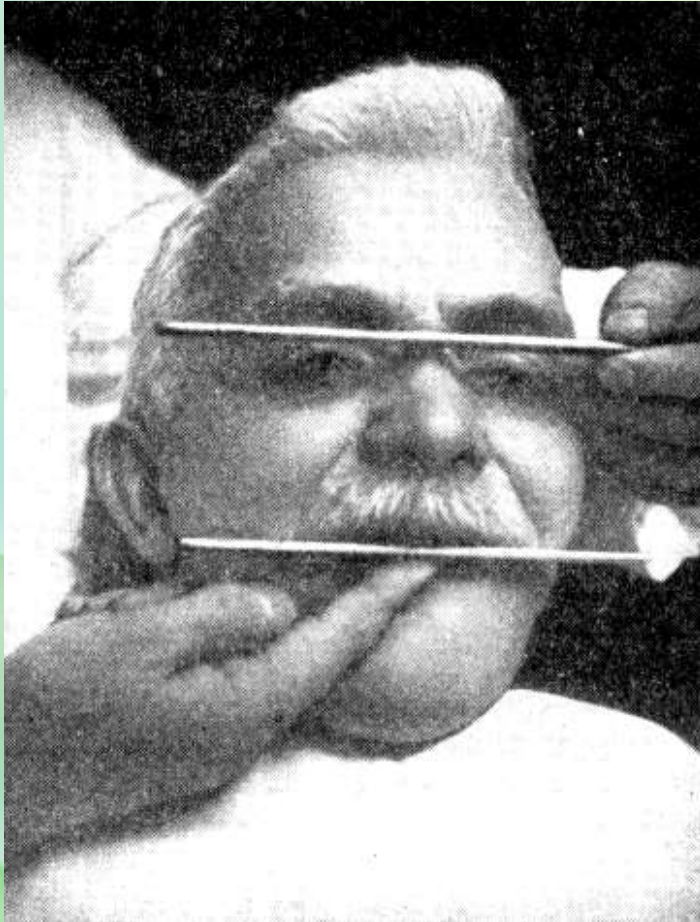
• **Протетична або оклюзійна або жувальна** площина проходить по жувальній і ріжучій поверхні зубів.

- **Висота ЦО** (міжальвеолярна висота) - відстань між альвеолярними відростками в положенні ЦО.
- **Положення фізіологічного спокою** (нейтральне положення н.ч.) - спокійне, не напружений стан ВСІХ жувальних м'язів. Губи змикаються вільно, між зубами щілина 2-3 мм.
- **Висота фізіологічного спокою** - відстань між альвеолярними відростками в положенні спокою. Більше висоти ЦО на 2-3 мм.

Методика визначення центральної оклюзії
за допомогою воскових шаблонів з
прикусними валиками:

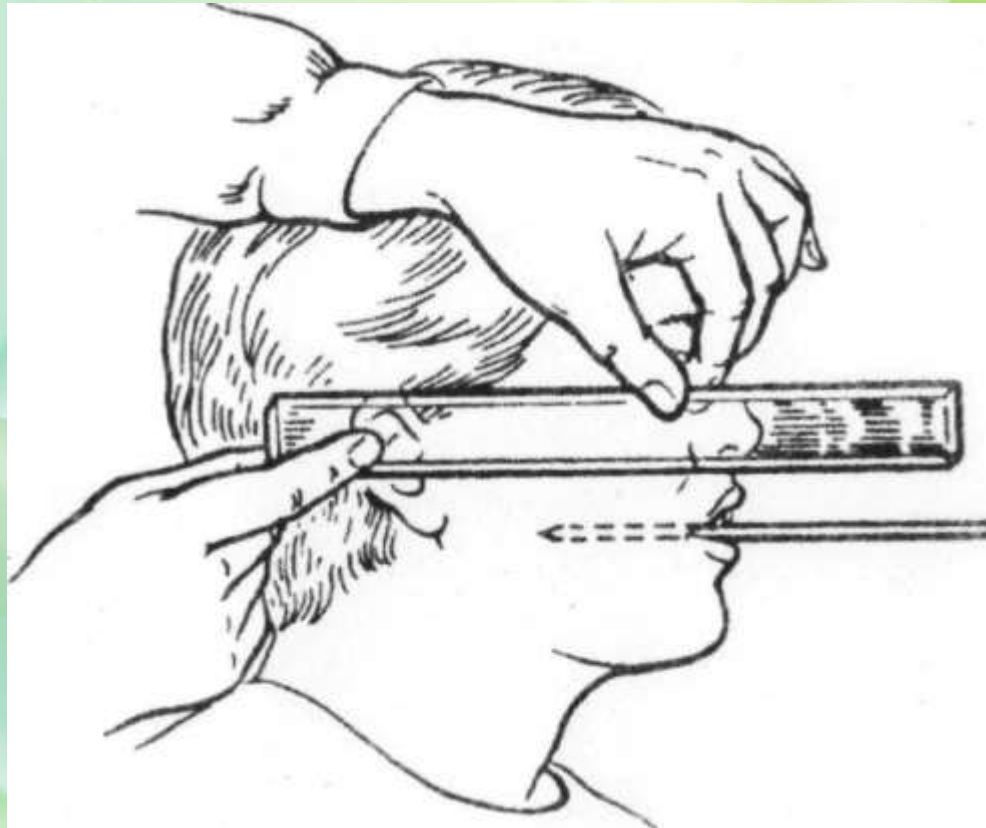
1. Визначення протетичної площини,
для цього створюємо площину,
паралельну у фронтальній ділянці
зрачковій лінії, а в бічних - носовушної
(Камперовська лінія). Нижній валик
зрізають до контакта зубів-антагоністів.

Визначення протетичної площини у фронтальній ділянці



Визначення камперовської горизонталі або носовушної лінії

- На обличчі від крила носа до середини козелка вуха



2. Визначення альвеолярної висоти **(висоти ЦО)**

Анатомо-фізіологічний метод.

Пацієнту наносимо дві точки: біля основи перегородки носа і на підборідді. Пацієнта залучаємо до довільної нетривалої розмови, по закінченню якого нижня щелепа встановлюється в *положенні спокою* , а губи, як правило, сходяться вільно, прилягаючи один до одного. Вимірюємо відстань між зазначеними точками, віднімаємо 2-3 мм і запам'ятовуємо цю величину - це і буде висота ЦО.

3.Визначення центрального положення нижньої щелепи

Для цього проводять одну з проб:

- пальцеву;
- ковтальну;
- кулькову;
- пробу «закидання голови назад»;
- метод Кантаровича (лікар самотійно (насильно) виставляє пацієнту нижню щелепу в положення ЦО).

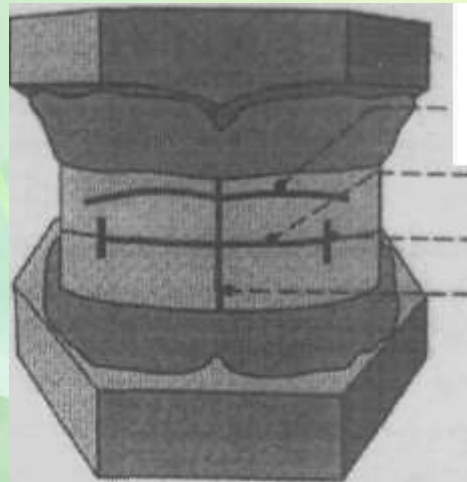
Визначивши мезіо-дистальне положення нижньої щелепи необхідно його зафіксувати. На оклюзійній поверхні верхнього валика наносимо шпателем не паралельні насічки, на нижньому зрізаємо 1-2 мм воску і на це місце наносимо розігріту смужку воску такої ж товщини, вводимо шаблон в порожнину рота і просимо пацієнта зімкнути щелепи, застосовуючи всі вищевказані прийоми. Розігрітий віск входить в клиновидні вирізки і фіксує валики.

Після цього ми при денному освітленні визначаємо колір зубів.

4. Креслення валиків

Горизонтальні – лінія зімкнення зубів, лінія посмішки (висота зубів).

Вертикальні – серединна и лінія ікол.



Третє відвідування

Перевірка постановки зубів на восковому базисі ЧЗП, правильність визначення ЦО:

- 1) Оцінка якості моделі
- 2) Перевірка конструкції в окклюдаторе
- 3) Перевірка постановки зубів на восковому базисі в порожнині рота
- 4) Визначення помилок і методів їх усунення

Робочі моделі оцінюються візуально на ;

- наявність тріщин;
- змащення контурів протезного ложа;
- наявність пор.

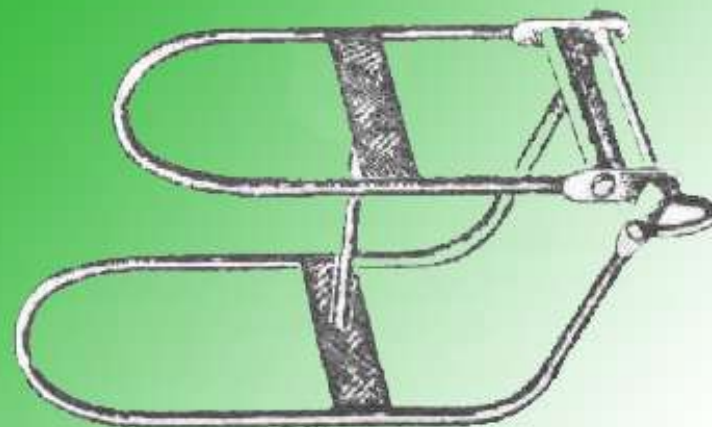
На восковому базисі:

- товщина;
- межі;
- щільність притиснення до моделі;
- розташування елементів дротяного кламера;
- положення відростка в базисі протеза.

При перевірці конструкції в оклюдаторі звертають увагу на розмір, величину зубів, глибину різцевого перекриття (на $1/3$). Якщо величина перекриття змінена, то порушується фіксація і стабілізація протеза.

Перевіряють стан зубів по відношенню до альвеолярного гребеня керуючись такими правилами:

зуби в бічних ділянках верхньої та нижньої щелепи і у фронтальній ділянці нижньої щелепи повинні знаходитися строго по середині альвеолярного відростка.



Металлический окклюзатор

Для перевірки конструкції часткового знімного протезу в порожнині рота його знімають з моделі, протирають спиртом і вводять в порожнину рота. Перевіряють:

- стійкість протеза (балансування);
- межі базису;
- розташування кламерів;
- відповідність кольору зубів і їх розмір.

Затем определяют правильность установки ЦО.

Якщо всі зуби антагоністи (і штучні і природні) щільно і рівномірно сходяться, то центральна оклюзія визначена правильно.

Можливі помилки при визначенні центральної оклюзії,
методи їх усунення:

а) помилки в вертикальній площині:

завищення висоти ЦО

- При огляді відзначається подовження нижньої третини обличчя, згладження носогубних и підборідної складок, напружене змикання губ.
- При огляді порожнини рота - відзначається відсутність контакту в ділянці природних зубів (вертикальна щілина).

заниження висоти ЦО.

- При зовнішньому огляді буде відзначатися заниження нижньої 1/3 обличчя, губи будуть здаватися опуклими.
- При огляді порожнини рота буде відзначатися збільшення глибокого перекриття (більш ніж на 1/3).

Для виправлення помилки - перевизначення висоти центральної оклюзії .

б) в трансверзальній площині.

При зовнішньому огляді буде відзначатися асиметрія обличчя зі зміщенням нижньої щелепи вправо або вліво. У порожнині рота буде відзначатися зсув серединної лінії, яка проходить між центральними різцями верхньої і нижньої щелепи. У бічних ділянках буде відзначатися: з одного боку однойменний бугорковий контакт, з іншого - зворотне бугоркове перекриття, або відсутність контакту.

Виправлення можливо лише за допомогою перевизначення центральної оклюзії.

в) в сагітальній площині

(встановлення передньої оклюзії).

При зовнішньому огляді буде відзначатися надмірне виступання підборіддя, згладження підборідної складки. При огляді порожнини рота - сагітальна щілина, зворотне перекриття, в бічних ділянках - однойменний бугорковий контакт.

Виправлення - перевизначення центральної оклюзії.

Четверте відвідування:

Перевірка, корекція і накладання часткового знімного пластинчастого протеза.

Перед перевіркою протеза в порожнині рота здійснюють візуальний контроль:

- оцінюють товщину базису;
- стан країв базису, їх поверхню;
- якість полірування і шліфування;
- наявність зернистості;
- відсутність у кламерів гострих країв.

.

Правила використання та догляду за протезом

Відсутність відповідного догляду за протезом - можлива причина запалення слизової оболонки протезного поля

Правила догляду:

- після прийому їжі необхідно чистити протез зубною щіткою і промивати проточною водою,
- - не рекомендується використовувати протез при прийомі твердої їжі (горіхи, сухарі), яка потребує значного жувального навантаження,
- - зберігати протез необхідно в склянці з водою,
- - в разі появи болю під час виконання функції необхідно звернутися в клініку, проте не знімати перед цим протез хоча б протягом декількох годин.
- - при поломці протеза, пігментації штучних зубів звертатися в клініку.

Механізми звикання до зубних протезів

За В.Ю.Курдлянському:

- 1 період - роздратування. Починається з моменту накладення протеза. При цьому зубний протез є незвичайним подразником і відчувається як чужорідне тіло, одночасно з цим посилюється слиновиділення (гіперсалівація), поява блювотного рефлексу, змінюється мова. Це свідчить про виникнення рефлексу в слідстві передачі збудження по рефлекторній дузі від рецепторів слизової оболонки порожнини рота через центральну нервову систему. Також відбувається зниження жувальної ефективності.
- 2 період - часткове гальмування, 1-5 днів після здачі протеза. При цьому відповідна реакція на роздратування починає стихати: почуття відчуття чужорідного тіла зменшується, знижується салівація, зникає блювотний рефлекс.
- 3 період - повне гальмування. 5-33 день після здачі протеза. При цьому зникає відчуття стороннього предмета, відбувається повне звикання зв'язкового апарату до нової функції. Жувальна ефективність повністю відновлюється.

Механізми звикання до зубних протезів за І.С.Рубінову

Звикання як до органу, на основі вироблення нових умовних рухових рефлексів.

Механізми звикання до зубних протезів за Г.Б.Шиловой

- 1.Звикання як до чужорідного тіла на основі обмеженого гальмування,
- 2.Звикання як до органу, на основі умовно-безумовних зв'язків з формуванням рухово-динамічного стереотипу акту їжі.

Дякую за увагу!!!

