

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных пластиночных протезов (ПСПП)

Аннотация учебно-исследовательской работы
в виде презентации выполнения 2 случаев
с ОПОН. по специальности - стоматология
ортопедическая. Тема презентации раскрыта
полностью. Литературные источники соответствуют
теме презентации. Заключение оформлено
и содержание презентации по
оценке 5 «отлично»

проф. В.Ф. Войно-Ясенецкий
5.01.2021

Галонский В.Г.

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»
Бохин Александр Александрович
рецензент д.м.н., доцент, Галонский В. Г.

Красноярск, 2020

Цель:

- ▶ Ознакомиться с клиническими этапами изготовления полных съёмных протезов
- ▶ Ознакомиться с лабораторными этапами изготовления полных съёмных пластиночных протезов



Задачи:

- ▶ Разобрать конструктивные элементы ПСПП.
- ▶ Изучить лабораторные и клинические методы изготовления ПСПП.



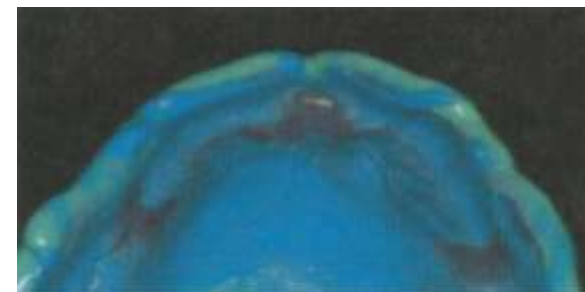
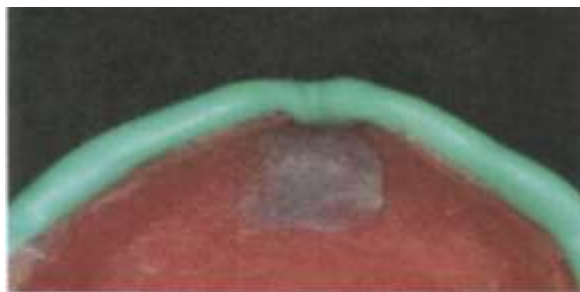
Конструктивные элементы ПСПП:

- 1. Базис;
- 2. Искусственные зубы.



Клинический этап

Оттиски



1. Предварительный альгинатный или силиконовый оттиск для изготовления индивидуальных ложек.
2. Окантовка функционального рабочего оттиска из термопластических или силиконовых материалов.
3. Функциональный оттиск с коррегирующей оттискной массой для изготовления восковых валиков.



Особенности ОТТИСКОВ

- Разгружающие [ОТТИСКИ](#) рекомендуется получать при тонкой, атрофичной и избыточно податливой слизистой оболочке.
- Компрессионные оттиски показаны при рыхлой, хорошо податливой слизистой оболочке.
- Однако лучшего эффекта можно достичь, лишь применяя дифференцированные оттиски, полученные с разной степенью компрессии слизистой оболочки с учетом податливости в различных участках протезного ложа.
- Улучшения условий протезного ложа можно добиться путем проведения корригирующих и восстановительных операций, таких как [альвеолотомия](#) - частичная резекция острых выступов на челюстях с устранением экзостозов перед протезированием.
- Для улучшения условий протезного ложа при значительной атрофии альвеолярной части нижней челюсти возможно пластическое восстановление ее с помощью [имплантатов](#) из трупного хряща, гомохряща, измельченной костной щебенки, взятой с соседних участков челюстей.



Лабораторный этап

- ❖ Отливка модели
- ❖ Изготовление восковых шаблонов (ВШ) с окклюзионными валиками (ОВ).



Лабораторный этап

Требования к прикусным шаблонам (восковым валикам):

1. Изготовление кромок прикусных шаблонов производится с учётом функциональных краёв, отображённых на модели - тяжи и уздечки, и места прикрепления мышц остаются свободными.
2. Восковые валики должны располагаться на срединной линии альвеолярного гребня. При атрофии альвеолярного отростка на верхней челюсти во фронтальном отделе из эстетических соображений в области передних зубов валик выдвигают немного вперёд.
3. Толщина валика во фронтальном отделе составляет 6 мм и постепенно расширяется к боковым до 8 мм.
4. Высота верхнего валика должна составлять около 20-22 мм от самого глубокого места переходной складки рядом с уздечкой верхней губы до верхней границы базиса валика.
5. Высота нижнего прикусного валика должна составлять 18-20 мм от нижней точки переходной складки рядом с тяжом слизистой до верхнего края прикусного валика.
6. Общая высота прикусных шаблонов не превышает 40 мм.



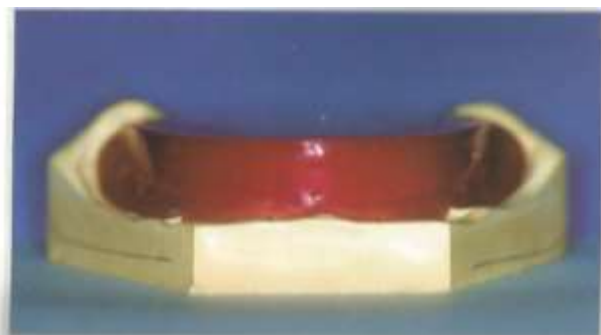
Лабораторный этап



Во фронтальном отделе вестибулярная часть валика должна выступать по отношению преддверию в соответствии с атрофией костной ткани.

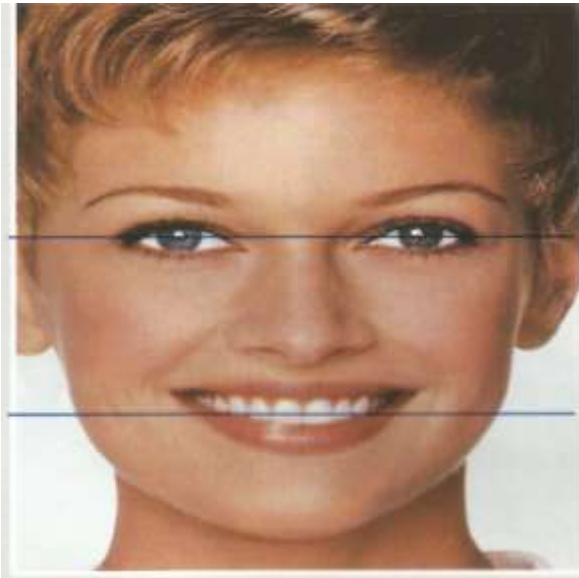


Толщина валика во фронтальном отделе составляет 6 мм и постепенно расширяется к боковым до 8 мм.



Жевательная поверхность нижнего от режущего края будущих зубов до ретромолярного треугольника, параллельно основанию модели.

Клинический этап



Края резцов должны быть параллельны зрачковой линии, окклюзионной плоскости и Камперовской горизонтали (соединяет переднюю носовую ость верхней челюсти и нижний край козелка уха).



Клинический этап

Определение высоты прикуса



Abb. 18

1. Анатомический основан на осмотре конфигурации лица.
2. Антропометрический основан на данных о пропорциях отдельных частей лица (Водсворта – Уайта (расстояние между углом глаза и углом рта равняется расстоянию между кончиком носа и подбородком в положении центральной окклюзии), Юпитца с применением циркуля Герингера по методу золотого сечения Цейзинга и др.).
3. Анатомо-физиологический основан на определении состояния относительного физиологического покоя нижней челюсти, т.е. такого положения нижней челюсти, при котором жевательная мускулатура находится в состоянии минимального напряжения (тонуса), губы касаются друг друга на всем протяжении свободно, без напряжения, углы рта слегка приподняты, носогубные и подбородочная складки ясно выражены, зубные ряды разомкнуты (межокклюзионный промежуток в среднем 2-4 мм), суставные головки находятся у основания ската суставного бугорка.

Клинический этап

Анатомический метод



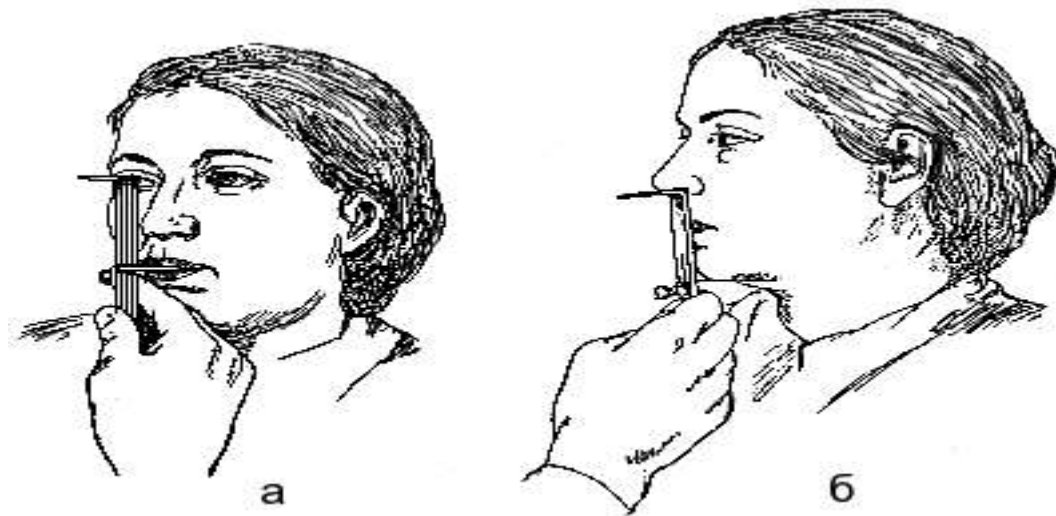
Во время нахождения во рту восковых шаблонов с валиками при сомкнутых челюстях конфигурация лица должна быть нормальной, губы спокойно сложенными, углы рта поднятыми и носо-губные складки выровненными

При более высоких валиках лицо становится вытянутым, напряженным. При большой высоте наблюдается ограничение бокового и переднего движения челюсти. При чтении и разговоре искусственные **зубные ряды** сталкиваются между собой, издают неприятный звук, кроме того, наблюдается общее утомление жевательной мускулатуры. При низких прикусных валиках лицо получается сморщенным, углы рта опущены; подбородок приближается к носу



Клинический этап

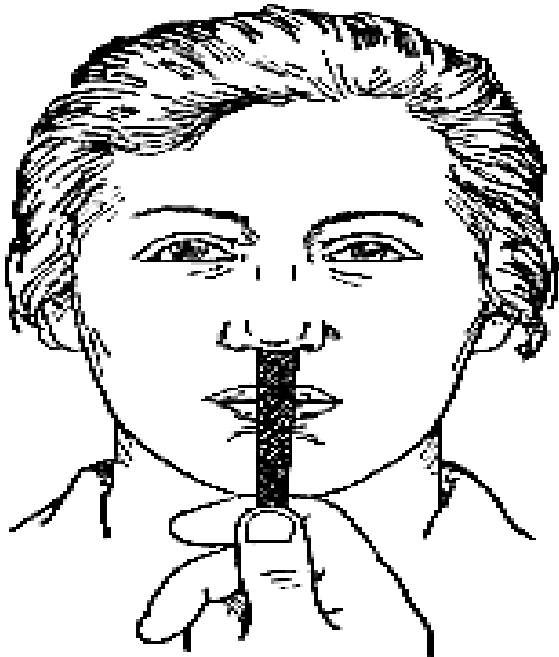
Антропометрический метод



Высота нижней трети лица определяется двумя измерениями: первое — от середины зрачков до разреза губ при сомкнутых челюстях; найденное расстояние должно быть равно второму измерению от подносовой точки до нижней части подбородка.

Клинический этап

Функциональный метод

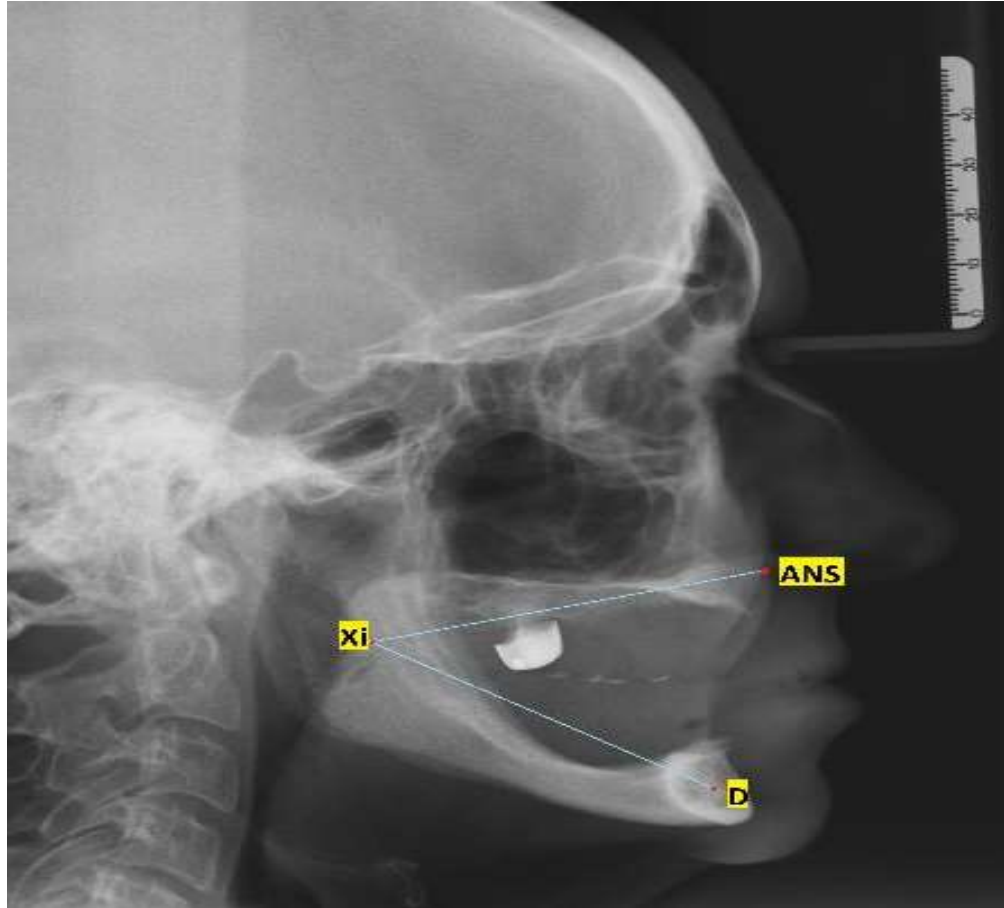


После введения прикусных шаблонов в **полость рта** больному предлагается произнести несколько слов: «патефон», «телефон» и т. п. При этом расстояние между прикусными валиками должно быть не менее 2-5 мм. Это будет соответствовать физиологическому положению зубных рядов во время разговора.

Второй функциональной пробой проверяется физиологическое состояние нижней челюсти в покое, когда зубные ряды находятся вне окклюзии. Для этой цели предлагают больному закрыть рот и, если высота нижней трети лица при центральной окклюзии правильна, губы должны несколько раньше сомкнуться, чем восковые валики.

Практически для определения высоты нижней трети лица при центральном смыкании поступают следующим образом: больного просят сомкнуть губы без прикусных шаблонов во рту, причем надо следить, чтобы лицо его имело совершенно спокойное, нормальное выражение. Высота нижней трети лица измеряется от нижнего конца подбородка до подносовой точки и отмечается на полоске воска. Расстояние от тех же точек, но уже с прикусными валиками во рту должно быть несколько меньше (на 1-2 мм) ранее полученной высоты без восковых валиков

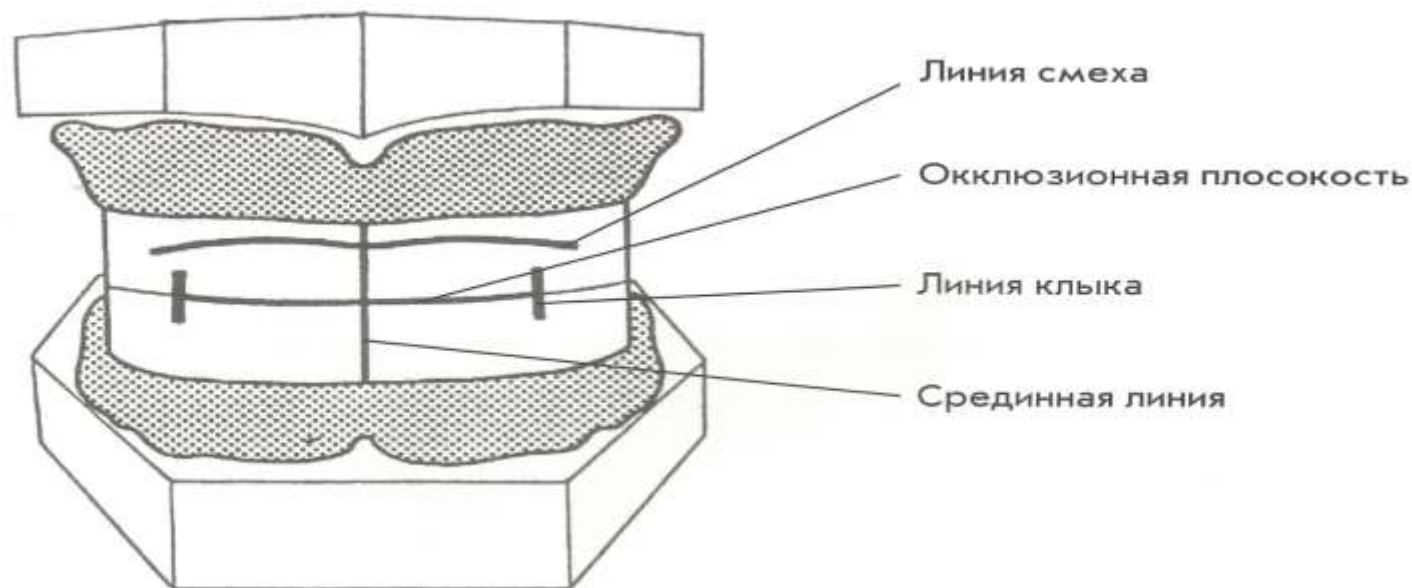
Клинический этап



Угол - ANS, Xi, D. Обычно используется при полной адентии на нижней челюсти для определения высоты нижнего отдела лица. Составляет $49,8 \pm 4$ градуса.



Клинический этап



Срединная линия – совпадает со средней линией лица и должна совпадать с линией уздечек верхней и нижней губы, а так же с серединой модели*.

Линия клыков – определяет ширину верхних фронтальных зубов и маркирует вершину верхнего клыка, является вертикальным продолжением линии, ограничивающей крылья носа.

Линия улыбки (смеха) – определяет величину верхних передних зубов, шейки которых как бы «отсекает», т.е. шейки должны быть выше линии. .

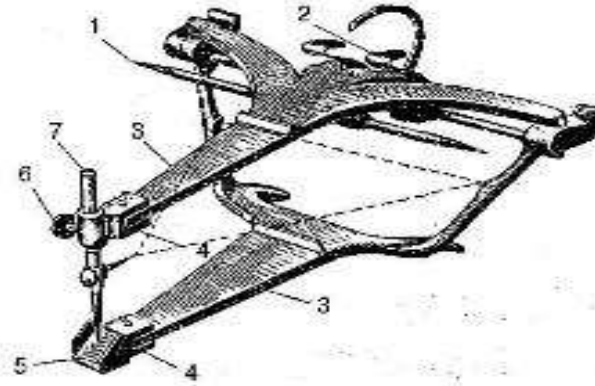
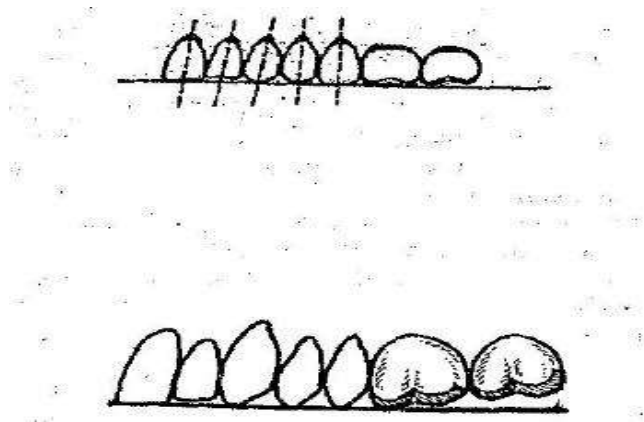


Лабораторный этап

- ❖ Загипсовка моделей в окклюдатор и расстановка искусственных зубов (ИЗ)



Лабораторный этап



Постановка зубов

Анатомический принцип постановки зубов по стеклу (М.Е. Васильев): 1. Укрепляют стекло на верхней челюсти, затем наносят размягченный воск на нижнюю челюсть и смыкают артикулятор до контакта штифта межальвеолярной высоты с резцовой площадкой.

2. Центральные резцы касаются стекла, боковые на 0,5 выше, клыки касаются буграми, первый премоляр касается вестибулярным бугром, нёбный бугор не доходит 1 мм до стекла, 2-й премоляр касается обоими буграми., 1-й моляр медиально-нёбным бугром касается стекла, медиально щёчный не доходит на 0,5 мм, дистально-щёчный — 1,5 мм, дистально небный — 1 мм. 2-й моляр не касается стекла, его медиально-щечный бугор находится на уровне дистально-щечного бугра первого моляра, а остальные бугры — выше стекла на 2—2,5 мм.

3. Расставив зубы на верхней челюсти, удаляют стекло с нижнего воскового валика и устанавливают зубы на нижнем базисе по верхним зубам.

Клинический этап

- ❖ Проверка восковой конструкции протеза в полости рта.



Лабораторный этап

- Замена воска на пластмассу;
- Окончательная обработка готового протеза (шлифовка, полировка).



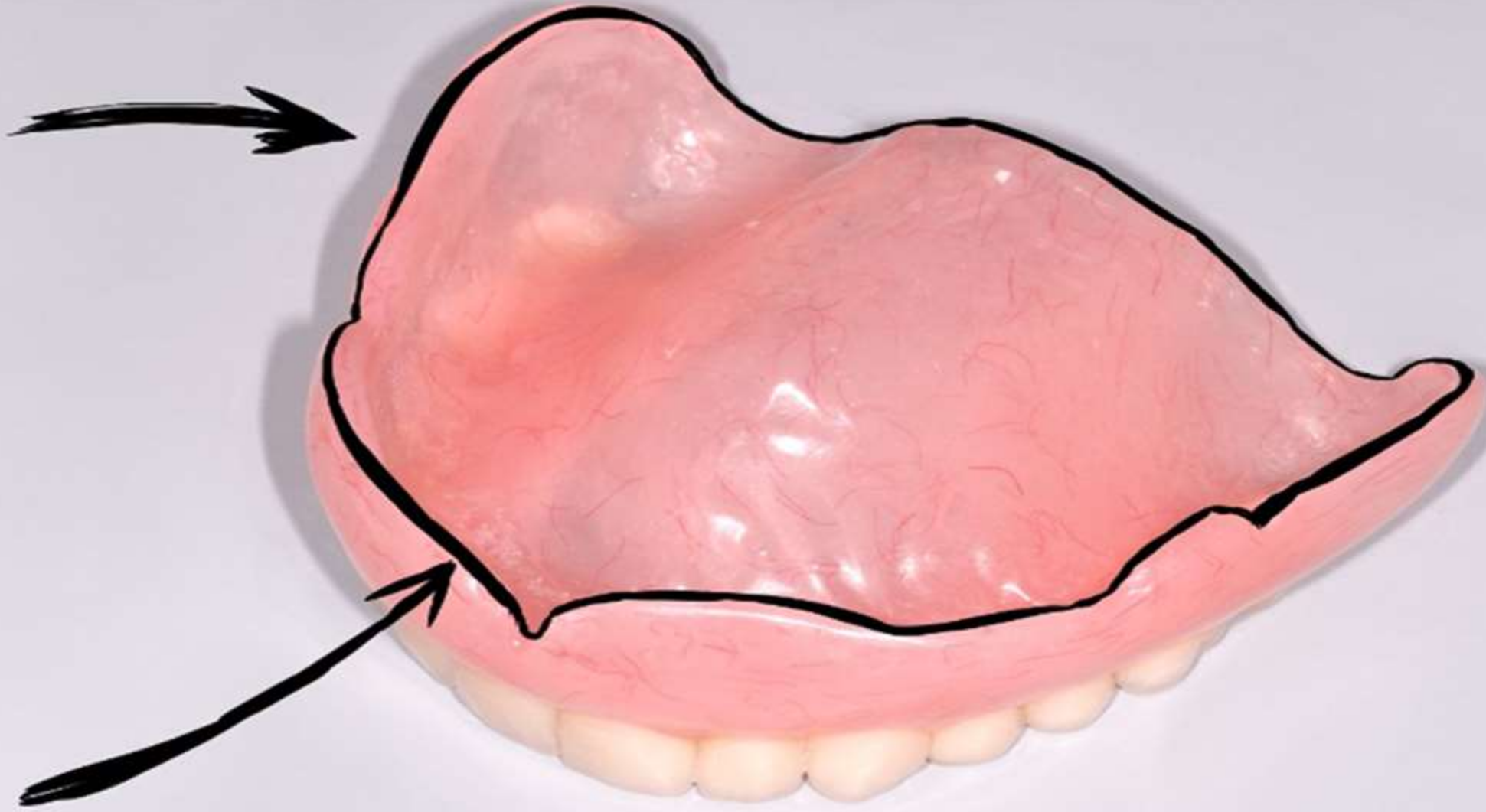


Клинический этап

- Припасовка готового пластиночного протеза в полости рта (ПР);
- Совет (рекомендации) пациенту.



клапанная зона



Клинический этап

- ❖ Коррекция протеза.



Границы ПСПП на верхней челюсти

- **С вестибулярной стороны** беззубого альвеолярного гребня граница базиса проходит по переходной складке, обходя центральную уздечку верхней губы и естественные тяжи в боковых отделах.
- **В заднем отделе** базис протеза перекрывает верхнечелюстные бугры.
- **Задняя граница** базиса перекрывает линию «А» на 1-2мм.



Границы ПСПП на нижней челюсти

- **С вестибулярной стороны** беззубой части альвеолярного гребня граница базиса проходит по переходной складке, обходя центральную уздечку нижней губы и естественные тяжи в боковых отделах.
- **В заднем отделе** базис протеза перекрывает ретромоллярную зону.
- **Со стороны собственно полости рта, нижняя граница** базиса на 1-2мм перекрывает внутреннюю косую линию и проходит по переходной складке дна полости рта, обходя уздечку языка.



Литература

1. Аристархов И. В. Ортопедическая стоматология; Феникс - М., 2018. - 192 с.
2. Аболмасов, Н. Г. Ортопедическая стоматология: учебник для студентов/ Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, В. А. Бычков. – Москва: «МЕДпресс –информ», 2007. – 486 с.
3. Воронов А.П., Лебеденко И.Ю., Воронов И.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов, М.: МЕДпресс-информ. 2006
4. Ибрагимов Т.И. Актуальные вопросы ортопедической стоматологии для послевузовского образования. Гриф УМО по медицинскому образованию; Практическая медицина - М., 2013. - 555 с.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология; Медицина - М., 2017. - 149 с.
6. Зубопротезная техника: Учебник / Под редакцией Расулова М.М. , Ибрагимова Т.И. , Лебеденко И.Л. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство» 2005
7. Лебеденко И.Ю. , Каливрадзиян Э.С. Ибрагимов Т.И. руководство по ортопедической стоматологии «Протезирование при полном отсутствии зубов» МИА Москва 2005
- 8.Трезубов В. Н., Щербаков А. С., Мишнев Л. М., Фадеев Р. А. Ортопедическая стоматология; Фолиант - М., 2010. - 256 с.

Спасибо за внимание!