

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

**ПРАВИЛА СНЯТИЯ ОТТИСКОВ С БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ.
МАТЕРИАЛЫ, ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология
ортопедическая»
Горелов Роман Михайлович
рецензент к.м.н. Лысенко Ольга Владимировна

Красноярск, 2018

Содержание

Актуальность	3
Введение.....	3
Правила снятия оттисков с беззубых челюстей.....	4
Выбор оттискного материала.....	6
Твердые оттискные материалы.....	6
Эластические оттискные материалы.....	7
Термопластические оттискные материалы.....	8
Показания и противопоказания	9
Заключение	9
Список литературы	10

Актуальность

На протяжении многих лет существует проблема заболеваемости населения кариесом зубов. Некоторые пациенты тщательно следят за здоровьем своих зубов, но существует и та часть людей, которые, к большому сожалению, откладывают лечение на долгие годы. Зачастую врач уже не в силах спасти зубы и может помочь человеку только лишь их удалением. Неудивительно, что вторичная полная адентия очень сильно распространена как среди пожилых людей, так и среди людей среднего возраста. Такие пациенты нуждаются в лечении не меньше других, и тогда у врача стоит непростая задача – восстановить жевательную эффективность, нормализовать нижнюю треть лица, а также не забыть про эстетическую составляющую.

Введение

Для протезирования беззубых челюстей изготавливаются полные пластинчатые протезы. Полный пластинчатый протез состоит из базиса и искусственных зубов. При протезировании беззубых челюстей необходимо проведение следующих этапов: снятие оттисков, определение центральной окклюзии, проверка конструкции протезов, сдача протезов. Снятие оттиска при протезировании беззубых челюстей значительно сложнее, чем при изготовлении частичных протезов. Причиной этому служит различная степень атрофии альвеолярных отростков и отсутствие бугров, плоское небо. При протезировании этого типа беззубой челюсти создаются значительные трудности, поскольку при отсутствии альвеолярного отростка и альвеолярных бугров протез приобретает значительную свободу для передних и боковых сдвигов при разжевывании пищи, а низкое прикрепление уздечек и переходной складки способствует сбрасыванию протеза.

Правила снятия оттисков с беззубых челюстей

Оттиском называется обратное (негативное) отображение поверхности твердых и мягких тканей, расположенных на протезном ложе и его границах. Протезное ложе – органы и ткани, находящиеся в непосредственном контакте с протезом. Оттиски снимают специальными оттискными ложками, которые делятся на стандартные и индивидуальные. Стандартные ложки изготавливаются фабричным путем из нержавеющей стали, дюралюминия или пластмассы для верхней и нижней челюстей. В ряде случаев необходимо сделать индивидуальную ложку.

До получения оттиска проводится подбор оттискной ложки. При выборе ее необходимо иметь ввиду следующее: борта ложки должны отстоять от зубов не менее чем на 3-5 мм. Такое же расстояние должно быть между твердым небом и небной выпуклостью ложки. Лучшей будет та, края которой при наложении на зубные ряды во время проверки доходят до переходной складки. При выборе ложки нужно учитывать и некоторые анатомические особенности полости рта. Так, на нижней челюсти нужно обратить особое внимание на язычный борт ложки, следует делать длиннее наружного, чтобы иметь возможность оттеснить вглубь мягкие ткани дна полости рта. Дистальный край ложки должен перекрывать последние моляры. При отсутствии зубов на верхней челюсти обязательно должно быть перекрытие верхнечелюстных бугров, а на нижней – слизистых бугорков альвеолярного отростка.

После того как будет подобрана соответствующая ложка, нужно приготовить оттискную массу, в зависимости от ее вида. Размешивание производят до получения однородной массы. Замешанную массу накладывают шпателем в оттискную ложку. Врач стоит справа и несколько впереди от больного. Указательным пальцем левой руки он отводит правый угол рта; левый в это время оттягивается бортом ложки, которую вводят в рот под углом, а затем разворачивают, устанавливая ее по альвеолярному гребню или зубной дуге. Мерилом правильного положения

ложки по отношению к зубам и альвеолярному отростку является ее ручка, которая должна располагаться в горизонтальной плоскости и строго по средней линии. Смещение ручки в сторону указывает на неправильное положение ложки, при котором одна сторона будет слишком прижата к зубам и прослойка гипса окажется очень тонкой и легко разрушаемой при выведении оттиска.

После того как ложка установлена в правильное положение, ее начинают прижимать к челюсти. Чтобы избежать затекания массы в глотку при снятии оттиска верхней челюсти, ложку вначале прижимают к задней трети твердого неба. Когда масса начнет выходить за края ложки, давление переносят на передний отдел.

Установив ложку в правильное положение, переходят к оформлению краев оттиска. Это делается с помощью пассивных или активных движений. Для получения анатомического оттиска верхней челюсти достаточно обработать край слепка пассивными движениями. С этой целью врач большим и указательным пальцами захватывает верхнюю губу и оттягивает ее последовательно наружу, вниз, а затем осторожно без особых усилий прижимает к поверхности ложки. Такие движения позволяют нагнетать массу к переходной складке и формировать край оттиска в соответствии с положением подвижных складок слизистой оболочки.

Для снятия оттиска с нижней челюсти ложку, после ее установки, прижимают вначале в переднем отделе челюсти, а затем давление переносят на область моляров. Вестибулярные края оттиска оформляют пассивными движениями. Вначале губу или щеку оттягивают в сторону и вверх, а затем слегка прижимают к ложке. Язычный край оттиска формируют с помощью активных движений языка. Для этого просят больного поднять его вверх и немного высунуть вперед. После формирования краев оттиска ложку удерживают в приданном ей положении до затвердевания оттискной массы. Смещение ложки, после

того как будет закончено оформление краев оттиска, всегда приводит к некачественному результату. На нижней челюсти ложку фиксируют 2 пальцами обеих рук. При этом указательный палец лежит на ложке, а большой — снаружи по краю челюсти. Рот больного в это время должен быть лишь слегка приоткрыт. Затем ложку выводят из полости рта и оценивают качество оттиска.

Выбор оттискного материала

Группу стоматологических оттискных материалов можно условно разделить на твердые, эластические и термопластические (обратимые).

Твердые оттискные материалы

К этой подгруппе отнесены гипс и цинкоксидэвгеноловые пасты. Тот факт, что гипс долгое время был основным материалом для оттисков, объясняется, во-первых, отсутствием альтернативных масс. Во-вторых, он был доступен и дешев. Кроме того, гипс позволяет получать четкий отпечаток поверхности тканей протезного ложа, безвреден, не обладает неприятным вкусом и запахом, практически не дает усадки, не растворяется в слюне, не набухает при смачивании водой и легко отделяется от модели при употреблении простейших разделительных средств (вода, мыльный раствор и т.д.). Однако, наряду с положительными качествами гипс имеет ряд недостатков, в результате чего за последние годы он почти полностью вытеснен другими материалами. Гипс хрупок, что часто приводит к поломке оттиска при выведении из полости рта. При этом мелкие детали его, заполняющие пространство между зубами, часто теряются. Этот недостаток гипса особенно проявляется в случаях, когда имеет место дивергенция и конвергенция зубов, их наклон в язычную или щечную стороны, а также при пародонтитах, когда внеальвеолярная часть зубов увеличивается. Из цинкоксидэвгеноловых материалов наиболее распространен чешский «Репин», представляющий собой две алюминиевые тубы с белой (основная) и желтой (катализаторная) пастами.

Обе пасты смешиваются в равном соотношении. Реакция преципитации, происходящая между эвгенолом и оксидом цинка, приводит к отверждению материала, которое ускоряется при интенсивном замешивании, добавлении влаги и повышении температуры. Материал предназначен для получения функциональных оттисков, особенно с беззубых челюстей. Он дает четкий детальный отпечаток слизистой оболочки, хорошо прилипает к индивидуальной ложке. Однако при всех своих достоинствах цинкоксиэвгеноловые пасты вытеснены силиконовыми и полисульфидными оттискными материалами ввиду недостаточной точности.

Эластические оттискные материалы

Данная группа включает альгинатные, силиконовые (полисилоксаны), полисульфидные (тиоколовые), полиэфирные массы. Три последние подгруппы объединяются понятием “синтетические эластомеры”. Наиболее подходящими для снятия анатомических оттисков можно считать альгинатные массы. К достоинствам альгинатных оттискных материалов необходимо отнести высокую пластичность, хорошее воспроизведение рельефа мягких тканей протезного ложа, простоту применения. Недостатками является некоторая усадка, наступающая в процессе отверждения оттискного материала в полости рта через относительно короткое время (от 30 мин до нескольких часов в зависимости от фирмы-производителя). Усадка материала происходит в результате потери воды, поэтому помещение оттисков в относительно герметичный полиэтиленовый пакет продлевает время до получения модели приблизительно на 30-40 %, а погружение в воду способствует значительному водопоглощению и изменению геометрических размеров.

Силиконовые массы. В настоящее время в стоматологической практике эта группа применяется очень широко. Существуют два типа силиконовых материалов, отличающихся по своим химическим реакциям – поликонденсации (С-силиконы, или К-силиконы, от англ. Condensation) и

присоединения, или добавления (А-силиконы, от англ. Additional). Силиконовые массы преобладают над другими материалами ввиду высокой точности, удобстве смешивания, низкого процента усадки и многих других факторов. Полисульфидные (тиоколовые) оттискные материалы. Выпускаются в виде двух паст – основной и катализаторной. Недостатки: неприятный запах, недостаточная эластичность опечатка. Эти факты позволяют силиконовым материалам выигрывать конкуренцию. Представители данной группы: “КОЕ-флекс”, ”Пермапластик” (Германия). Полиэфирные оттискные материалы обычно применяются в форме пасты средней консистенции (основной и акселераторной). Основная паста представляет собой полиэфир с умеренно низким молекулярным весом и этиленовыми кольцами в качестве концевых групп. Катализаторная паста содержит 2,5- дихлорбензенсульфонат в качестве сшивагента, а также наполнитель. В основную и катализаторную пасты могут добавляться красители. Полиэфирная система также может быть высокой и низкой вязкости. Наиболее распространенными представителями полиэфирных материалов являются «Полиджет», «Импрегам», «Пермодайн».

Термопластические или обратимые оттискные материалы

Особенностями этой группы оттискных материалов являются их размягчение и затвердевание только под воздействием изменения температуры. При нагревании они размягчаются, при охлаждении затвердевают. Эти многокомпонентные системы создаются на основе природных или синтетических смол, наполнителя, модифицирующих добавок, пластификатора и красителей. Термопластические массы подразделяются на обратимые и необратимые. Необратимые при многократном температурном воздействии теряют пластичность и по этой причине не могут быть использованы повторно. Представителем необратимых (или материалом однократного пользования) является «Стенс». Вследствие высокой плотности, наличия «оттяжек» в оттиске, термопластические массы не выдерживают конкуренции с

резиноподобными материалами эластомерами. Основное их назначение сегодня – окантовка краев базиса протеза, оттисковой ложки, изготовление индивидуальных ложек.

Показаниями служат различные виды протезирования, выбор оттискового материала подразумевает цель и возможности врача. Противопоказаниями являются аллергические реакции на оттисковые материалы, непереносимость их компонентов.

Заключение

Благодаря большому выбору оттисковых материалов врач может подобрать любой состав, подходящий для создания оттиска в самых различных случаях. Можно отметить, что универсального состава для создания оттиска челюстей, имеющего очень высокую точность, подходящего врачам в любых случаях и не имеющего недостатков, на сегодняшний день не существует. При возможности специалисты стараются применять более дешёвые материалы. Но иногда по медицинским показаниям при изготовлении зубных протезов или лечении зубов приходится сталкиваться с определёнными трудностями, а значит, и при снятии оттиска придётся применять более дорогие материалы. **Вывод:** для качественного изготовления съёмного протеза на беззубую челюсть врачу нужно ответственно подходить к выбору оттискового материала. Соблюдение всех правил снятия оттисков гарантирует точность прилегания протеза к протезному ложу.

Список литературы

1. Энциклопедия ортопедической стоматологии : энциклопедия / В. Н. Трезубов, Л. М. Мишнев, О. Н. Сапронова; под ред. В. Н. Трезубова. – СПб. : Фолиант, 2007. – 664 с.
2. Копейкин, В. Н. Ортопедическая стоматология : учеб. / В. Н. Копейкин, М. З. Миргазизов. 2-е изд., доп. – М. : Медицина, 2001. – 624 с.
3. Рожко М. М. Ортопедическая стоматология./ М. М., Рожко., В. П. Неспрядько – К.: Книга плюс, 2003. – 552 с.
4. Моторкина Т. В., Дмитриенко С. В., Краюшкин А. И., Михальченко Д. В., Шемонаев В. И. Клинические классификации, применяемые в ортопедической стоматологии: учебно-методическое пособие. – 2005. – 64 с.
5. Ортопедическое лечение дефектов коронок зубов искусственными коронками : учеб.-метод. пособие / С. А. Наумович [и др.]. 2-е изд., доп.-Минск : БГМУ, 2011. – 56 с.
6. Ортопедическая стоматология: учебн. для студ. / Н. Г. Лболмаев, Н. Н. Аболмасов, М. С. Сердюков. – 10-е изд. : перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 556 с.
7. Ортопедическая стоматология : практ. руководство / И. В. Аристархов. – Ростов н/Д : Феникс, 2006. – 192 с.