

Використання твердого базису на клінічних етапах виготовлення повних знімних пластинкових протезів

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Мета: обґрунтувати методику використання твердого базису на клінічних етапах виготовлення повного знімного пластинкового протезу, для попередження помилок на даному етапі.

Матеріали та методи. Виготовлено твердий базис методом штампування на апараті miniSTAR з акрилової пластмасової пластинки Biocril «С», який використано на клінічних етапах виготовлення повних знімних протезів замість традиційного воскового. А при несприятливих клінічних умовах, а це III тип беззубої верхньої щелепи за Шредером і III–IV тип беззубої нижньої щелепи за Келлером, для кращої фіксації твердого базису при проведенні даних етапів рекомендовано поєднати твердий базис і фіксаційні середники (наприклад, крем «Corega»).

Результати. Використання твердого базису й фіксаційного середника забезпечує надійну фіксацію та стабілізацію базисів з валиками в ротовій порожнині та попереджає їх зміщення й деформацію під час проведення клінічних етапів виготовлення повних знімних пластинкових протезів.

Висновок. Правильність і точність проведення стоматологом-ортопедом клінічних етапів дозволить виготовити функціонально ефективні протези на тривалий час користування, знизити їх негативний вплив на тканини ротової порожнини й відповідно підвищити якість лікування повної відсутності зубів знімними ортопедичними конструкціями.

Ключові слова: твердий базис, Biocril «С», повні знімні пластинкові протези, фіксаційний середник.

Постановка проблеми

Одним з першочергових завдань сучасної ортопедичної стоматології є її медико-соціальна реабілітація осіб із дефектами зубних рядів. Повні знімні пластинкові протези дуже широко використовуються на практиці. Ці протези відновлюють порушену форму й функцію зубощелепного апарату, фонетику, естетику. Незважаючи на значну кількість робіт про вдосконалення клінічних і лабораторних етапів, виготовлення повних знімних пластинкових протезів залишається актуальною. За твердженням авторів, від 20 до 28 % пацієнтів, яким виготовлено повні знімні пластинкові протези, не користуються ними з різних причин [1].

Відомо, що до значущих факторів, що впливають на ефективність реабілітації пацієнтів з повною відсутністю зубів, крім анатомографічних особливостей протезного ложа відносять якість проведення клінічних і лабораторних етапів [2], а саме зняття функціонального зліпка, визначення та фіксацію положення центрального співвідношення щелеп та оклюзійної площини, просторові співвідношення щелеп, індивідуальні характеристики рухів нижньої щелепи.

У процесі виготовлення повних знімних пластинкових протезів лікарем або зубним техніком на цих етапах можуть бути допущені помилки, які зроблять користування протезом складним або навіть неможливим. Тому попередження можливих помилок та ускладнень при виготовленні повних знімних пластинкових протезів дозволить виготовити функціонально ефективні протези на тривалий час користування та знизити їх негативний вплив на тканини ротової порожнини.

Для цього запропоновано використання твердого базису на клінічних етапах виготовлення повних знімних протезів, а саме при визначенні й фіксації центрального співвідношення щелеп і перевірці конструювання штучних зубів у ротовій порожнині. А при несприятливих клінічних умовах, а це III тип беззубої верхньої щелепи за Шредером і III–IV тип беззубої нижньої щелепи за Келлером, для кращої фіксації твердого базису при проведенні даних етапів рекомендуємо поєднати твердий базис і фіксаційні середники (наприклад, крем «Corega»).

Мета дослідження – обґрунтувати методику використання твердого базису на клінічних етапах виготовлення повного знімного пластинкового протезу, для попередження помилок на даному етапі.

Матеріали та методи дослідження

Використовуючи стандартний метод виготовлення базису протеза, коли технік розігрівав пластинку базисного воску на

газовому пальнику, він не контролює однорідність прогрівання воскової пластинки й обтискаючи її руками за гіпсовою моделлю не може досягнути рівномірної товщини базису протезу по всій його площині, що негативно впливає на його міцність. Крім того, восковий базис під дією температури ротової порожнини деформується і втрачає фіксацію та стабілізацію.

З метою підвищення міцності базисної пластинки, відтворення рельєфу твердого піднебіння для забезпечення доброї фіксації та стабілізації при рухах нижньої щелепи та досягнення однакової товщини базису протеза запропоновано виготовляти базис протеза методом моделювання останнього під тиском, використовуючи при цьому апарат «miniSTAR» (фірма «SHEU-DENTAL») і тверді еластичні акрилові пластини без мономера БІОКРИЛ «С» товщиною 2,0 мм. Виготовлений за даною методикою базис протеза має товщину 1,0 мм по всій площині твердого піднебіння. Твердий базис виготовляємо за робочою гіпсовою моделлю, яка відлита після зняття функціонального відбитка індивідуальною ложкою. На виготовлений твердий базис прикріплюють оклюзійні воскові валики за загальноприйнятою методикою [5].

Одним з важливих клінічних етапів при виготовленні повних знімних пластинкових протезів є визначення та фіксація центрального співвідношення беззубих щелеп, який складається з таких послідовних етапів: підготовка оклюзійних валиків, визначення міжкоміркової висоти та фіксація центрального співвідношення щелеп. Правильність і точність проведення стоматологом-ортопедом даних етапів значно впливає на стабілізацію та рівновагу готових повних знімних пластинкових протезів [3, 6].

Під час визначення міжкоміркової висоти та фіксації центрального співвідношення щелеп воскові шаблони з оклюзійними валиками не можуть довго знаходитись у ротовій порожнині, бо від температури рота восковий базис розм'якшується, стає нестійким на щелепах і зміщується, що примушує лікаря утримувати шаблони руками. Особливо це спостерігається при різко вираженій атрофії коміркових відростків і частин. Крім того, навіть незначна невідповідність по висоті правого та лівого боків валика або нерівномірний тиск пальців лікаря на ліву і праву його сторону викликає рефлекторне зміщення нижньої щелепи в бік більшого тиску. А необхідність утримання шаблонів на щелепах руками лікаря також може призвести до помилок [4].

Тому ми рекомендуємо при підготовці оклюзійних валиків, визначенні міжкоміркової висоти та центрального співвідношення щелеп використовувати тверді базиси з оклюзійними валиками. А при різко вираженій атрофії коміркових відростків і частин

(III тип за Шредером і III–IV тип за Келлером) для кращої фіксації та стабілізації твердих базисів з оклюзійними валиками можна використати фіксаційний середник (наприклад, крем «Corega»). Верхній твердий базис з оклюзійним валиком з оформленою протетичною площиною фіксують на верхній щелепі (для кращої фіксації використовуючи фіксаційний середник). Далі проводять припасування нижнього твердого базису з оклюзійним валиком до верхнього, не побоюючись зсуву або спадання верхнього базису. Припасуванням досягають щільного прилягання по всій оклюзійній поверхні верхнього та нижнього валиків у передньо-задньому та трансверсальному напрямках і розміщенню їх щічних поверхонь в одній площині. Підготовлений нижній оклюзійний валик на твердому базисі, так само як і верхній, фіксуємо в ротовій порожнині і проводимо визначення міжкоміркової висоти анатомо-фізіологічним методом [5]. При визначенні міжкоміркової висоти тверді базиси з валиками добре зафіксовані на щелепах, тому в лікаря немає необхідності утримання шаблонів на щелепах руками при відкриванні та закриванні рота хворим. Для підтвердження правильного визначення міжкоміркової висоти використовуємо мовну пробу. Хворого просять вимовити кілька приголосних звуків (с, з, ш тощо). Під час вимови хворим спостерігаємо за ступенем змикання прикусних валиків. За рахунок доброї фіксації базисів із прикусними валиками хворий буде вимовляти звуки чітко та впевнено. Якщо помилок немає, то відстань між валиками під час вимови звуків буде в межах 5–6 мм.

Після визначення міжкоміркової висоти проводимо фіксацію нижньої щелепи в положенні центральної оклюзії. Для цього

на верхньому валику вирізають заглибини в ділянці фронтальних і жувальних зубів. На нижній прикусний валик у відповідних ділянках приливають пластинки базисного воску, які перед фіксацією розігрівають. Використання твердого базису й фіксаційного середника забезпечує надійну фіксацію базисів з валиками в ротовій порожнині й попереджає їх зміщення під час широкого відкривання рота та його змикання при фіксації центральної оклюзії.

При перевірці конструювання штучних зубів на восковому базисі в ротовій порожнині неможливо проводити більш активні рухи нижньою щелепою, бо базис під температурою ротової порожнини деформується та спадає. Використавши на цьому етапі твердий базис зі штучними зубами та при різко вираженій атрофії коміркових відростків та частин (III тип за Шредером і III–IV тип за Келлером) фіксаційний середник, забезпечуємо активні рухи нижньої щелепи та жувальних м'язів, а це дозволяє якісно перевірити оклюзійні контакти та провести їх корекцію. Крім того, можна проводити мовні проби, фонетичне тренування на даному етапі протезування в умовах, наближених до природних.

Висновок

Використання твердого базису на клінічних етапах виготовлення повних знімних пластинкових протезів у поєднанні з адгезивним середником (при вираженій атрофії коміркових відростків і частин) дозволяє попередити помилки при підготовці оклюзійних валиків, визначенні міжкоміркової висоти і фіксації центрального співвідношення щелеп і підвищити якість лікування повної відсутності зубів даними конструкціями.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамович А.М. Качество жизни больных с частичным и полным отсутствием зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.М. Абрамович. – Тверь, 2005. – 27 с.
2. Луганский В.А. Оптимизация клинико-лабораторных этапов получения оттисков при полном отсутствии зубов / В.А. Луганский, С.Е. Жолудев // Институт стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 40–43.
3. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов / Под ред. И.Ю. Лебедева, Э.С. Каливраджияна, Т.И. Ибрагимова. – М.: ООО «2 Медицинское

информационное агентство», 2005. – 400 с.

4. Л. Закон, Г.Д. Овруцкий, М.И. Пясецкий, А.М. Солнцев. Практическая геронтостоматология и гериатрия. – Киев: Здоровье, 1993. – 248 с.
5. Стоматология: у 2 кн. – Кн. 1 / М.М. Рожко, З.Б. Попович, В.Д. Куроедова та ін. / Під ред. проф. М.М. Рожко. – К.: ВСБ «Медицина», 2013. – 872 с.
6. W. Fresmeyer. Zahnärztliche Funktionstherapie. – München, Wien: Hanser, 1993. – 359 S.

Использование твердого базиса на клинических этапах изготовления полных съёмных пластиночных протезов

Н.В. Мельничук

Цель: обосновать методику использования твердого базиса на клинических этапах изготовления полного съёмного пластиночного протеза, для предупреждения ошибок на данном этапе.

Материалы и методы. Изготовлено твердый базис методом штамповки аппарате «miniSTAR» акриловой пластмассовой пластинки Biocril «С», который используется на клинических этапах изготовления полных съёмных протезов вместо традиционного воскового. А при неблагоприятных клинических условиях, а это III тип беззубой верхней челюсти по Шредеру и III–IV тип беззубой нижней челюсти по Келлеру, для лучшей фиксации твердого базиса при проведении данных этапов рекомендуется совместить твердый базис и адгезивное средство (например, крем «Corega»).

Результаты. Использование твердого базиса и адгезивного средства обеспечивает надежную фиксацию и стабилизацию базисов с валиками в ротовой полости и предупреждает их смещение, деформацию во время проведения клинических этапов изготовления полных съёмных пластиночных протезов.

Вывод. Правильность и точность проведения стоматологом-ортопедом клинических этапов позволит изготовить функционально эффективные протезы на длительное время пользования, снизить их негативное влияние на ткани ротовой полости и соответственно повысить качество лечения полного отсутствия зубов съёмными ортопедическими конструкциями.

Ключевые слова: твердый базис, Biocril «С», полные съёмные пластиночные протезы, адгезивное средство.

Using a solid basis for making clinical stages complete removable dentures

N. Melnychuk

Aim: to justify the methodology of using solid basis on the clinical stages of manufacturing complete dentures to prevent mistakes in this stage.

Materials and methods. Was made a solid base by stamping method on miniSTAR machine, of acrylic plastic plate Biocril «C», which is used in clinical stages of production of complete dentures instead of the traditional wax method. At adverse clinical conditions it is the III type of toothless upper jaw by Schroeder classification and III–IV type of toothless lower jaw by Keller. For better fixation of solid basis recommended to combine a solid basis and fixing means (Eg., cream «Corega»).

Results. Using a solid base and fixing means provides a reliable fixation and stabilization of bases with bite rollers in oral cavity and prevents their displacement, deformation during the clinical stages of manufacturing complete dentures.

Conclusion. The accuracy of clinical stages will produce functionally effective dentures for a long time use, reduce their negative impact on oral tissues and improve the quality of the completely edentulous mouth treatment with complete dentures.

Key words: solid basis, Biocril «C», complete dentures, fixing means.

М.В. Мельничук – ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна.