

Значення функціонального відбитка при повному знімному протезуванні

Нині опубліковано багато статей і інших матеріалів з ортопедичної стоматології, що присвячені прецизійному відбитку. Окремо йдуть публікації, присвячені робочому відбитку при повному знімному протезуванні.

У спеціальній літературі в численних дослідженнях автори підкреслюють значення прецизійного відбитка для виготовлення високоякісних повних знімних протезів, яким притаманні високі естетичні та функціональні характеристики.



Проте багато суперечливих моментів, що пов'язані з технікою отримання точного відбитка при виготовленні повного знімного протеза, послужили основою до написання цієї статті.



Мал. 1. Вихідна ситуація

При повній втраті зубів розвиваються функціональні порушення і відбувається атрофія лицьового скелета і м'яких тканин, що покривають його.



Мал. 2. Видалені рухомі зуби верхньої щелепи. Лунки ушиті
Внаслідок цього протезування беззубих щелеп є методом відновного лікування, що впливає на затримку подальшої атрофії.



Мал. 3. За 2 тижні після зняття швів

Незважаючи на наявність безлічі методик визначення висоти прикусу, центрального співвідношення щелеп, постановки штучних зубів в артикуляторі, робочий відбиток і на сьогодні є основою якісної роботи. Точне відтворення мікрорельєфу перехідної складки і слизової оболонки альвеолярного відростка дозволить виготовити прецизійний повний знімний протез.



Мал. 4. За 2 тижні після зняття швів

Процедура отримання функціонального відбитка ділиться на два етапи. Перший – припасування та оформлення країв індивідуальної відбиткової ложки. Другий – отримання функціонального декомпресійного відбитка.

Перше, на що необхідно звернути увагу при виготовленні індивідуальної ложки – це ізоляція заглиблень, які часто зустрічаються на альвеолярних відростках у ділянках, що прилягають до перехідної складки. Це обумовлено грибоподібною формою альвеолярного відростка. Найчастіше таку форму має альвеолярний відросток верхньої щелепи.



Беззуба верхня щелепа

Відсутність ізоляції заглиблень на гіпсових моделях у процесі виготовлення індивідуальної відбиткової ложки призводить до неможливості адекватного накладання ложки на протезне

ложе, дискомфорту при введенні ложки і збільшенню робочого часу при припасуванні.

Друге – вибір конструкційного матеріалу для виготовлення індивідуальної відбиткової ложки. Сьогодні найбільш поширені акрилові пластмаси холодної полімеризації:



і пластини світлового отвердіння:



Полімерний матеріал для виготовлення індивідуальних ложок



Фотополімеризатор IVOCLAR VIVADENT Lumamat 100

При використанні акрилатів холодної полімеризації для виготовлення індивідуальних відбиткових ложок слід пам'ятати

про те, що ці матеріали характеризуються високим ступенем усадки. Тому щоб уникнути стоншування стінок індивідуальної ложки треба наносити пластичну масу з надлишком. Після полімеризації необхідно обробити ложку так, щоб товщина її стінок складала не менше 2 і не більше 4 мм.

При використанні пластин світлового отвердіння треба пам'ятати про те, що після полімеризації матеріалу на його поверхні залишається шар, інгібований повітрям, приліпання відбиткового матеріалу до якого буде мінімальним. Тому після полімеризації матеріалу необхідно прибрати інгібований шар з поверхні індивідуальної ложки.

Наступний етап припасування та оформлення країв індивідуальної ложки залежить від вибраного лікарем відбиткового матеріалу. Особливо важливий вибір методики і самої відбиткової маси в тих клінічних випадках, коли ми маємо товстий і рихлий підслизовий шар.

Краще для отримання функціонального відбитка використовувати еластичні силіконові маси.



Ці матеріали мають добру м'якопластичну консистенцію з подовженою фазою затвердіння в порожнині рота, що в поєднанні з мінімальною усадкою дозволяє лікарю отримати високоякісний функціональний відбиток навіть у важких клінічних випадках.

При використанні подібних відбиткових матеріалів краще використовувати наступну методику: індивідуальна відбиткова ложка припасовується в ротовій порожнині так, щоб краї індивідуальної ложки не доходили до перехідної складки на 1-1,5 мм. При накладанні ложки на належні м'які тканини пацієнт не повинен відчувати дискомфорту.

Після висушування ложки необхідно обробити її внутрішню поверхню адгезивом для А-силіконів або нанести перфорації.



Мал. 5. Перфорування поверхні індивідуальної відбиткової ложки

Корегуюча маса вноситься в індивідуальну ложку так, щоб уся внутрішня поверхня ложки була вкрита відбитковою масою, і одночасно робиться нарощування країв ложки.

Після цього ложка з масою вводиться в ротову порожнину, адаптується до м'яких тканин альвеолярного гребеня з мінімальним тиском, краї відбитка оформляються м'якими тканинами губ, щік і язика. За необхідності робиться наступна корекція відбитка.



Мал. 6. Отриманий функціональний відбиток

P.S.



Мал. 7. Виготовлений протез



Мал. 8. Результат

Д. В. Серебров, к. м. н., стоматолог-ортопед, хірург