

Функціональні відбитки

Для досягнення хорошої фіксації, стабілізації та рівноваги повних знімних зубних протезів необхідно досягти крайового прилягання протеза та створення максимального замикального клапана. Досягнути цих необхідних умов можна за допомогою функціональних відбитків, що передають функціонально-рухомі ділянки протезного ложа.

Функціональні відбитки, на відміну від анатомічних (ситуаційних), знімаються не в стані спокою, а під час функції – руху жувальних і м'язів*.

Методика отримання функціональних відбитків

Основною метою даного етапу є створення кругового замикального клапана, який буде забезпечувати хорошу фіксацію протеза. Цієї мети можна досягти шляхом використання індивідуальних ложок та оформлення країв функціонального відбитка.

Свого часу широкого поширення отримала методика Ф. Гербста, який у 1957 р. описав повний комплекс проб для формування країв індивідуальної ложки та функціонального відбитка. Гербст урахував те, щоб кожна функціональна проба включає в себе рухи губ, язика, акт ковтання, відкривання рота. Він довів, що за допомогою функціональних проб, цілеспрямованого оформлення країв індивідуальної ложки та майбутнього функціонального відбитка можна створити круговий замикальний клапан.

Припасування індивідуальної ложки на нижню беззубу щелепу

Готову індивідуальну ложку необхідно спеціально підготувати. Слід звільнити вуздечку нижньої губи, язика, бічні складки слизової оболонки, створюючи тим самим виїмки по краю ложки. Крім того, краї ложки не повинні доходити 2 мм. до перехідної складки, в іншому разі їх вкорочують до потрібної величини. Після проведення цих обов'язкових маніпуляцій розпочинають припасування ложки за допомогою проб Гербста.

Під час **першої** проби хворого просять широко відкрити рота і здійснити акт ковтання. Якщо під час ковтання ложка зміщується, необхідно вкоротити її край від місця позаду слизового

горбика до щелепно-під'язикової лінії. Після цього хворого просять помалу відкривати рота. Якщо ложка в цей час піднімається ззаду, її необхідно вкоротити на ділянці від горбиків до місця, де пізніше в базисі буде розміщуватися другий м'яляр. Якщо піднімається передня частина ложки, то її вкорочують у ділянці між іклами.

Під час **другої** проби проводять язиком по червоній окрайці нижньої губи; якщо ложка піднімається, то її вкорочують по краю, що проходить уздовж щелепно-під'язикової лінії.

Під час **третьої** проби хворому пропонують доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота. Ділянка, яку необхідно вкоротити, знаходиться на відстані 1 см. від середньої лінії на під'язиковому краї ложки. Під час рухів язика вліво вкорочення може бути справа, а вправо, навпаки, зліва.

Четверта проба полягає у висуненні язика в напрямку до кінчика носа; вкороченню підлягає ділянка ложки, що розміщена біля вуздечки язика.

П'ята проба включає активні рухи м'язів, складання губ трубочкою. Якщо ложка піднімається, то її необхідно ще раз вкоротити по зовнішньому краю між іклами. Усі рухи повинен здійснювати сам пацієнт.

Контроль за індивідуальною ложкою проводять, злегка надавлюючи на неї, після чого вона повертається на протезне ложе. Гострі краї ложки, що утворилися після її укорочування, зішліфовують і полірують.

Припасування індивідуальної ложки на верхню беззубу щелепу

Індивідуальну ложку на верхню щелепу як і на нижню спочатку необхідно попередньо припасувати. Маніпуляції повторюються так само, як і на нижній щелепі. Це звільнення вуздечки верхньої губи та щічних тяжів. Ложку вкорочують, де необхідно, щоб вона не доходила 2-3 мм до перехідної складки. Предметом особливої уваги має бути топографія лінії А та її співвідношення з індивідуальною ложкою. Загальноприйняте, що індивідуальна ложка має перекривати лінію А на твердому піднебінні на 1-2 мм.

Після проведення всіх підготовчих маніпуляцій розпочина-

ють припасування індивідуальної ложки на верхній щелепі за допомогою проб Гербста.

Перша проба полягає в широкому відкриванні рота. Якщо ложка в цей час зміщується, то її необхідно вкоротити по краю, який контактує з верхньощелепними горбами та місцем уявного розміщення молярів.

Під час **другої** проби хворому пропонують засмоктувати щочки. Якщо в такому разі ложка зміщується, то її необхідно вкоротити в ділянці щічних складок.

Під час **третьої** проби хворі витягують губи в трубочку. Зміщення ложки з протезного ложа свідчить про те, що її необхідно вкоротити у фронтальному відділі.

Якщо виконувати одну за одною такі маніпуляції, завершальне функціональне оформлення країв ложки не становить труднощів.

Проби Гербста ефективні за наявності добре збережених альвеолярних відростків та малоефективні в разі значної чи повної атрофії, особливо альвеолярних відростків на нижній щелепі, де дуже важко створити замикальний клапан.

Функціональні відбитки знімають підготовленими індивідуальними ложками за допомогою еластичних силіконових мас (корегуючим шаром). Нині гіпс або термопластичні маси не використовуються, їх згадують лише в історичному аспекті.

Для зняття функціонального відбитка необхідно виготовити індивідуальну (функціональну) ложку. Її виготовляють на моделі отриманій за анатомічним відбитком. Для зняття анатомічного відбитка зазвичай використовують стандартні відбиткові ложки та еластичну відбиткову масу (найчастіше альгінатну). Про методи виготовлення індивідуальних ложок ви можете дізнатися в наступній статті.