

Протезування при повній втраті зубів

Протезування пацієнтів з повною відсутністю зубів – «королівська» дисципліна, яка у зв'язку з демографічним розвитком суспільства залишається актуальною. У цій статті наочно представлені етапи виготовлення повного знімного протеза для літнього пацієнта.

У зв'язку з тим, що повна втрата зубів настає все пізніше, необхідність у виготовленні повних знімних протезів часто виникає в похилому віці, коли здатність пристосовуватися до нових умов знижена.

У багатьох випадках встановити імпланти літнім пацієнтам також буває неможливо у зв'язку зі станом їх здоров'я. Тому лікарям-стоматологам доводиться в таких випадках стикатися з ускладненими умовами протезування.

Збір анамнезу і постановка діагнозу

При першому відвідуванні слід спочатку встановити загальний стан пацієнта на підставі зібраного в пацієнта і супроводжуючих осіб анамнезу, простих тестів і анкет, що визначають орієнтування пацієнта, а також визначення настрою і режиму харчування пацієнта. При необхідності слід запросити колег інших спеціальностей.

За наявності безлічі супутніх захворювань має бути встановлена оптимальна поліфармакотерапія. При зниженому харчуванні у зв'язку з недоїданням показано проведення додаткового посиленого харчування. Особливо чуйного ставлення вимагають хворі на старечу деменцію (недоумство). Проте при її запущених стадіях протезування стає неможливим.

Обов'язковим є проведення огляду порожнини рота, аналізу стану м'язів, а також мануального дослідження стану скронево-нижньощелепного суглоба і ортопантомограми. Крім того, слід перевірити функцію наявних знімних протезів.

При необхідності має бути проведене м'яке перебазування наявних протезів.

Зняття попереднього відбитку, припасування індивідуальної відбиткової ложки, зняття функціонального відбитку

Після зняття попереднього відбитку альгінатною масою і стандартною відбитковою ложкою відливаються гіпсові моделі.

По цих моделях виготовляється індивідуальна відбиткова ложка з пластмаси. Індивідуальна ложка припасовується в порожнину рота і допрацьовується за допомогою термопластичної маси так, щоб отримати ефект присмоктування (мал. 1).



Мал. 1. Індивідуальна відбиткова ложка для верхньої щелепи з хорошим ефектом присмоктування, краї якої нарощувалися передусім в ділянці лінії А. В ділянці піднебінної поверхні ложки зроблені відвідні отвори для відтоку надлишку відбиткової маси

Особливу увагу слід звернути на те, щоб ложки не були занадто довгими. Якщо при виведенні ложки вона зачіпає щоку, а при висуванні язика ложка піднімається, слід укоротити відбиткову ложку у відповідних місцях. Задній край протеза на верхню щелепу повинен розташовуватися на відстані близько 1 мм в ділянці м'якого піднебіння.

Відбиткова ложка для нижньої щелепи повинна закінчуватися лінгвально по перехідній складці. За рахунок оформлення під'язикового валика і охоплення ретромоларного горбика в більшості випадків вдається досягти ефекту присмоктування навіть при значних стадіях атрофії альвеолярного гребеня.

При знятті функціонального відбитка ложка утримується лікарем-стоматологом. При цьому асистент стоматолога відтягує щоку і губи вперед і назад.



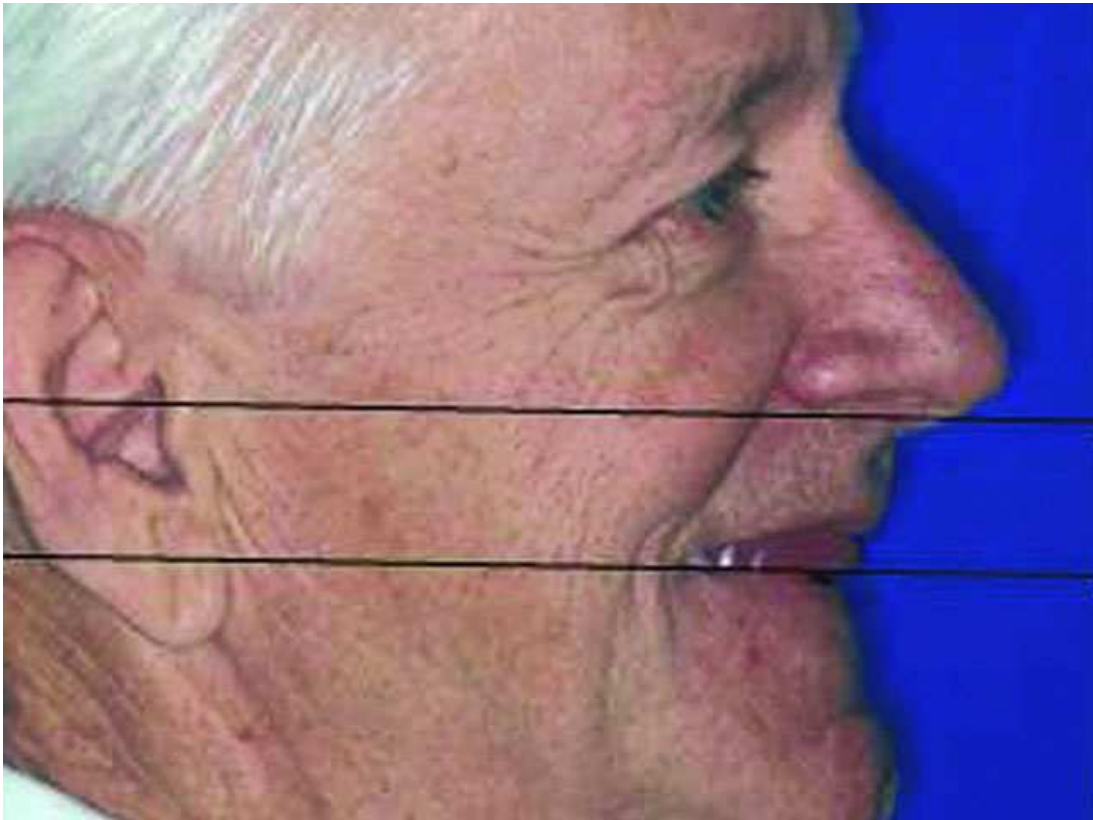
Мал. 2. Добре знятий відбиток: рівномірна товщина шару відбиткової маси, рельєф функціонального краю відзнятий безпомилково

Обов'язкова умова: губи повинні змикатися без напруження.

Припасування базисів з восковими оклюзійними валиками і визначення центрального співвідношення щелеп

Зубний технік виготовляє на робочих моделях пластмасові шаблони з восковими прикусними валиками. При цьому допоміжним засобом є середня величина 40 мм по Mc Grane, вимірювана від перехідної складки верхньої щелепи до перехідної складки нижньої щелепи.

Після загіпсовки моделі верхньої щелепи в артикулятор проводиться припасування базису з верхнім прикусним валиком. При вигляді спереду і розслабленій верхній губі валик має трохи виглядати (іноді дещо більше – залежно від віку пацієнта), а також розташовуватися паралельно зіничній лінії. Щічний «коридор» повинен проходити прямо від ділянки іклів у дистальному напрямі. При вигляді збоку верхній прикусний валик повинен розташовуватися майже паралельно відносно Камперівської горизонталі (мал. 3). Необхідно позначити серединну лінію відповідно до серединної лінії обличчя.



Мал. 3. Розташування воскового валика на верхню щелепу паралельно Камперівській горизонталі

За допомогою нижнього прикусного валика встановлюються вертикальні розміри. Слід провести порівняння висоти відносно наявних знімних протезів. Для цього можна, наприклад, зробити дві відмітки на кінчику носа і підборідді пацієнта. У будь-якому випадку слід дотримуватися обережності, щоб не завищити прикус, особливо в літніх пацієнтів. Необхідно, щоб губи пацієнта змикалися без напруги. Нижній прикусний валик припасовується за формою до верхнього. Ріжучі краї нижніх різців повинні знаходитися в міжгубному просторі. Для того, щоб протез встановлювався стабільно, повинна дотримуватися рівновага між м'язами язика і щік у ділянці бічних зубів.

Для визначення центрального співвідношення щелеп можна використовувати матеріал для реєстрації прикусу на основі силікону. Тоді можна отримати певне взаємне розташування воскових валиків, зробивши на них борозенки.

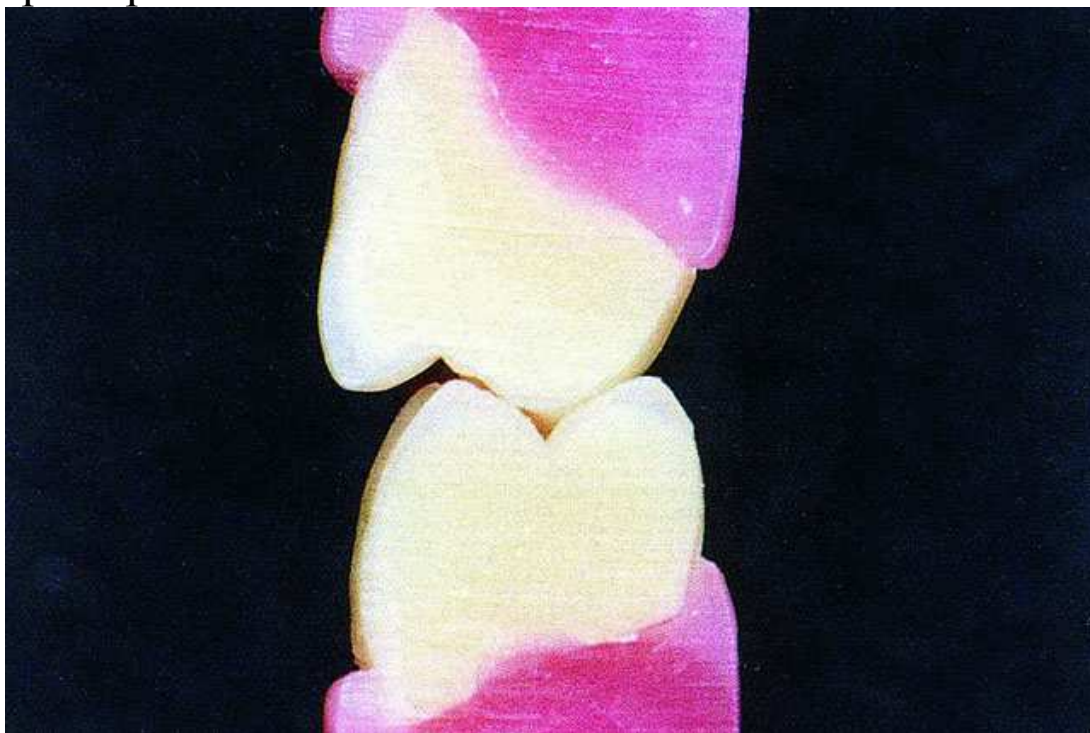
При визначенні центрального співвідношення щелеп пацієнт повинен прикрити рот без напруги. Слід уникати тиску на нижню щелепу в задньому напрямі, а також змикання зубів у протрузійному положенні.

Постановка зубів

Після проведення монтажу моделі нижньої щелепи в артикуляторі спочатку проводиться постановка зубів на верхній щелепі по Гізі (по склу).

Постановка різців нижньої щелепи повинна проводитися по центру альвеолярного гребеня, у напрямку вісі, що відповідає закриванню рота. Таким чином, нижні різці мають бути встановлені з певним нахилом вперед, для того щоб простір для язика не був занадто вузьким.

Вертикальне і горизонтальне різцеве перекриття мають складати 2-3 мм. Після постановки нижніх іклів у найглибших ділянках альвеолярного гребеня ставляться перші нижні моляри відповідно до концепції лінгвалізованої оклюзії (мал. 4). Аналогічно ставляться премоляри і другі моляри. У результаті такої постановки зубів забезпечується функціональний вільний простір.



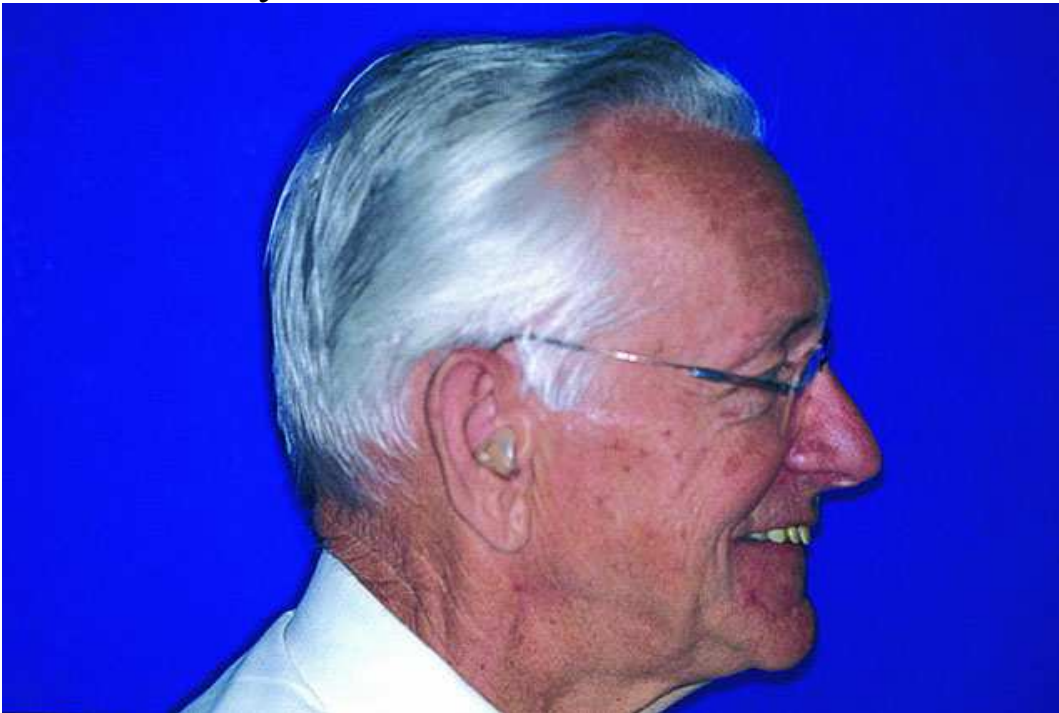
Мал. 4. Лінгвалізована постановка зубів: піднебінні горбики верхніх молярів при накушуванні розташовуються в центральній ямці нижніх молярів, щічні горбики поза контактом

Примірка воскової конструкції протезів служить для естетичного і фонетичного контролю результатів, а також перевірки рівномірного отримання центральної оклюзії. При необхідності слід провести повторне визначення центрального співвідношення щелеп.

Остаточне виготовлення протезів, реоклюзія (перевірка оклюзійних співвідношень)

Після заміни воскового базису протезів на пластмасу методом гарячої полімеризації проводиться реоклюзія протезів на оригінальних моделях в артикуляторі.

Впродовж 10-14 днів зазвичай зішліфовуються ділянки базису, де є зайвий тиск на слизову оболонку порожнини рота. Потім слід знову провести ремонт моделей в артикуляторі і провести визначення центрального співвідношення щелеп, щоб оптимізувати оклюзію.



*Мал. 5.
Пацієнт
зі стари-
ми знім-
ними
проте-
зами*



*Мал. 6.
Пацієнт
з наново
виготов-
леними
знімними
проте-
зами*

Висновки

Унаслідок демографічного розвитку зі зміщенням вікового розподілу населення в бік збільшення числа жителів похилого віку повне знімне протезування як і раніше залишається дисципліною, якою слід володіти лікарю-стоматологу.

Добре виготовлені повні знімні протези значно покращують якість життя пацієнта при порівняно невеликих витратах часу і коштів.

При цьому вибір концепції лікування так само важливий, як і достатнє передчуття і досвід лікаря-стоматолога і зубного техника.

Автор: Дагмар Шнабль, д. м. н., завідувачка відділенням ортопедичної стоматології при Університетській стоматологічній клініці Інсбрука (Австрія).