

Переваги і недоліки форм піднебінної дуги

Переваги поперечної піднебінної дуги



- Піднебінні складки не перекриваються елементами протеза
- Функції язика не обмежуються
- У порівнянні з підковоподібною формою безпосереднє і коротке з'єднання сидло-

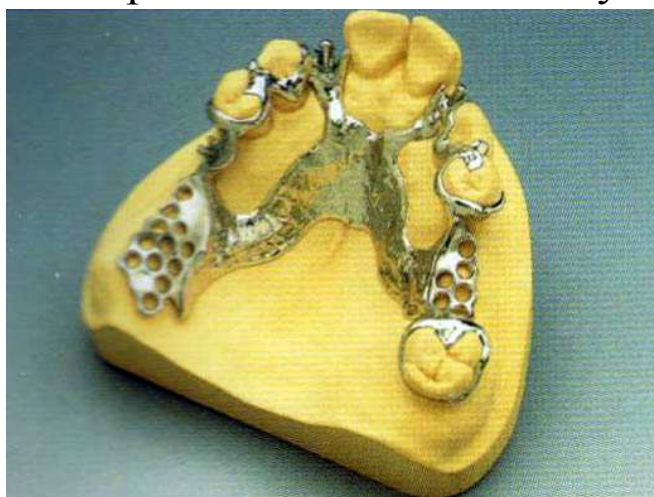
видних частин протеза

- Рівномірне вертикальне навантаження слизової оболонки при жувальному тиску
- Менша небезпека осідання дорсального краю дуги (у порівнянні з підковоподібною формою)
- Жодного порушення відчуття температури та смаку їжі
- Сприйняття структури і консистенції їжі
- Рефлекс ковтання проходить безперешкодно
- Жодного порушення вимови

Зменшена, підковоподібна форма литого базису показана тільки за відсутності фронтальних зубів. У порівнянні з поперечними піднебінними дугами вона має суттєві недоліки. Фронтальні дефекти зубного ряду краще протезувати незнімними протезами.

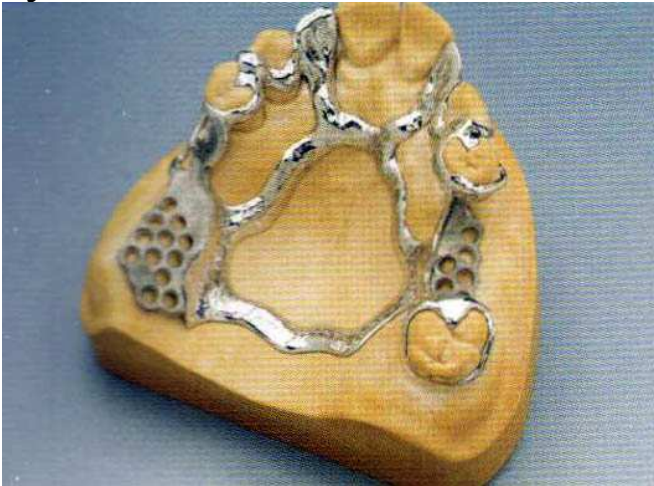
Недоліки підковоподібного литого базису

- Передня частина піднебіння закрита елементами базису
- Поява зон з недостатнім кровопостачанням слизової оболонки, внаслідок відсутності масажу язиком (закрита ділянка піднебіння приймає бліде, світле забарвлення)
- Можуть порушитися функції язика (ковтання, вимова, відчуття смаку)



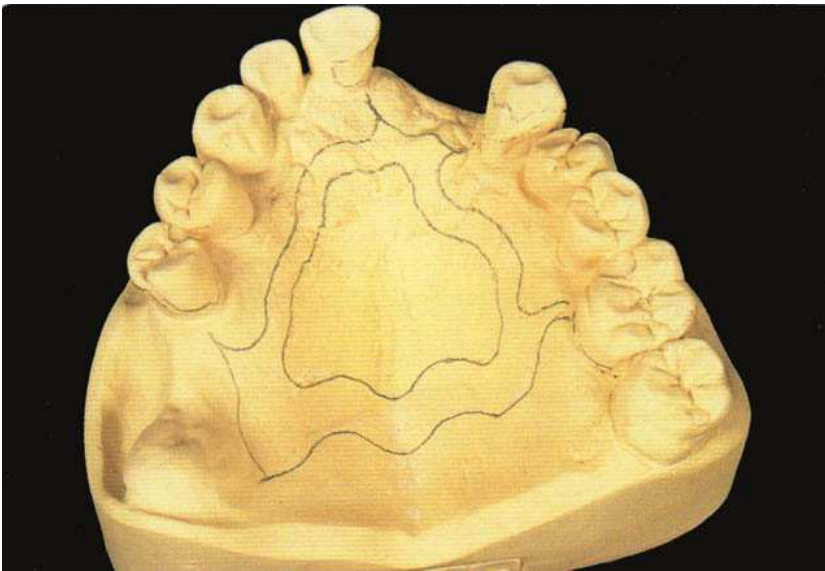
- Обмеження чутливості до консистенції і температури їжі
- Часте осідання дистального краю дуги

У конструкціях *підковоподібної* форми, базис майже завжди знаходиться на похилій площині. Під дією жувального тиску відбувається осідання дистального краю базису, що може призвести до таких наслідків, як пролежні. Іноді під базисом може утворитися невеликий вакуум, якщо протез після зняття навантаження відходить від ложа. Навіть незначний ефект присмоктування, що виникає у зв'язку з цим, може при тривалому впливі призвести до локального подразнення слизової оболонки. При цьому структура поверхні слизової оболонки стає *малиноподібною*. Ці зміни пацієнт реєструє дуже рідко. Підковоподібний базис показаний тоді, коли піднебіння має дуже глибоке склепіння, і слизова оболонка не дуже рухома.



Скелетований каркас

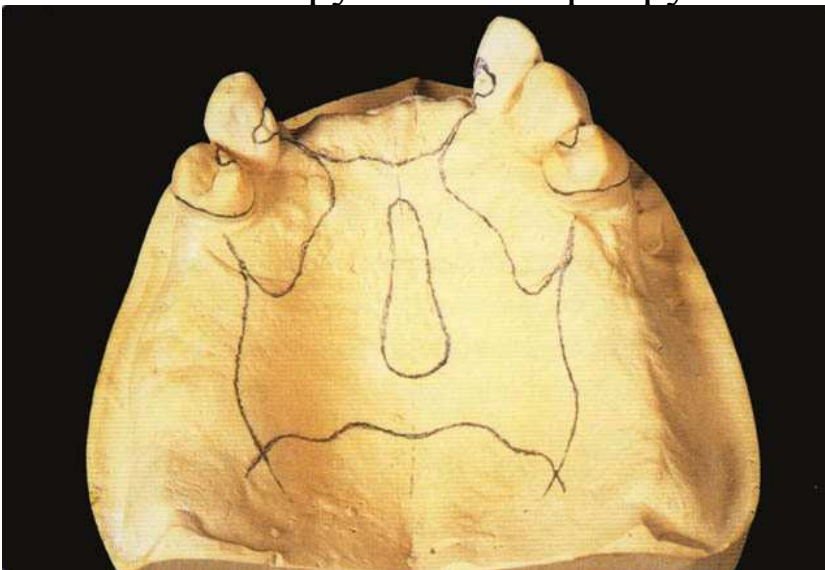
Скелетовані литі базиси виготовляються переважно в ситуаціях з включеними дефектами. Передумовою для їх застосування є можлива опора усього протеза, в основному, на пародонт зубів (III і IV класи Кенеді). Оформлення завжди робиться в поєднанні з трансверзальною дугою, що має достатній для стабільності розмір. У скелетованому базисі переднє піднебіння залишається відносно вільним від елементів протеза. Сполучні елементи, що проходять у сагітальному напрямі, завжди розташовуються на мінімальній відстані в 4-5 мм від краю ясен. При втраті важливого опорного зуба прогноз для скелетованого базису несприятливий: зазвичай він не підлягає збільшенню. При жувальному тиску каркас протеза тільки в незначній мірі розвантажує опорні зуби. Площа прилягання базису до слизової оболонки недостатня. Такий різновид литого базису діє лише як сполучний і стабілізуючий елемент.



Малюнок скелетова-

ного каркасу з трансверзальним з'єднанням

При невеликій кількості наявних зубів рекомендується робити *більший* базис протеза, оскільки він при жуванні розвантажує ще наявні зуби (принцип лиж). Чим менше природних зубів, тим більше при оформленні протеза діють правила для повних знімних протезів. Крім того, протез збільшеної площі (дуга, сідла) краще компенсує сили важеля. Функція протеза може також порушитися через рух м'язів.

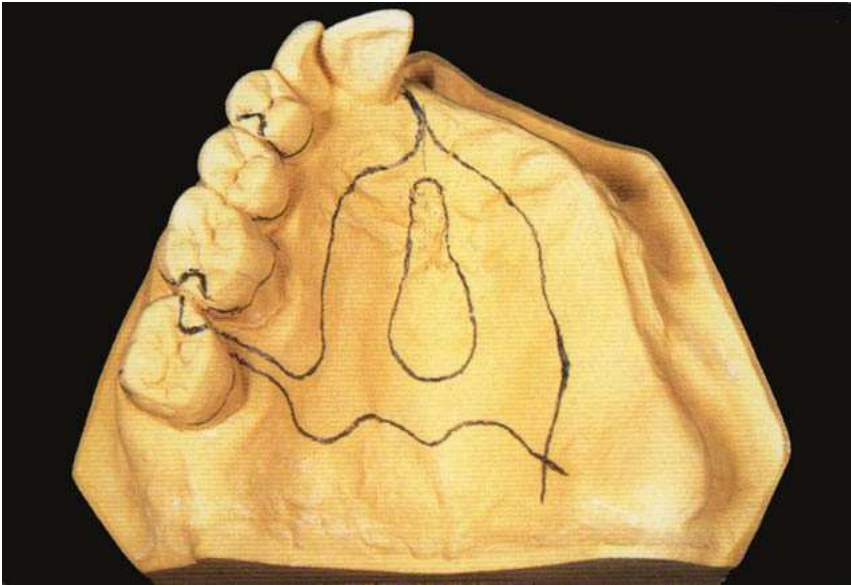


Збільшення базису за

малої кількості зубів

Тому краї протеза в ділянці зв'язок залишають вільними. Збільшена площа протеза забезпечує міцне розташування в спокійному стані. Передня, жорстка ділянка і фіброзна середня зона піднебіння малорухомі і можуть бути ідеально використані як допоміжна опора для компенсації жувального тиску. Sutura palatina mediana (серединний піднебінний шов) і rapilla incisiva (різцевий сосочок), особливо якщо вони дуже сильно виражені або розщеплені, покриваються на майстер-моделі

шаром блокувального воску. Те ж саме стосується і піднебінних складок. У ділянках, де очікується сильніша атрофія (ділянки екстракції і т. д.), сідловидні частини протеза, що підлягають перебазуванню, слід значно збільшити в палатинальний бік.



Сідловидні частини

оформляються з можливістю для перебазування

На сідловидних частинах протеза великої протяжності рекомендується зробити постановку штучних зубів і зафіксувати їх розташування в силіконовій матриці.

Ширина литого базису залежить також від розташування А-лінії, яку треба виявити і перенести на діагностичну модель. Її індивідуальне розташування можна накреслити в порожнині рота пацієнта неотруйним хімічним олівцем і за допомогою відбитку перенести на модель. М'яке заднє піднебіння, що містить жирові тканини і шар слизових піднебінних залоз, непридатне для опори. Тому важливо, щоб дистальний край протеза, принаймні в ситуаціях з включеними дефектами, знаходився як можна ближче, але не менше 5 мм до А-лінії. У ситуаціях з кінцевими дефектами і малою кількістю зубів діють рекомендації для повного знімного протезування. У цих випадках прийнятніше збільшити протез аж до А-лінії.

Для литих базисів з великою площею прилягання (повні пластини) дистальний край на моделі часто гравіюють шаровим бором на глибину до 0,2 мм. Щоб уникнути появи пролежнів і блювотних рефлексів оброблений край повинен знаходитися безпосередньо на переході до м'якого піднебіння. При цьому він проходить дистальним кістковим краєм. Після гравіюван-

ня утворюється тупий напівкруглий край, який тільки дещо повинен давити на слизову оболонку піднебіння. Надія на збільшений ефект присмокування завдяки гравіруванню моделі зазвичай не виправдовується. Перевага гравірування моделі полягає в тому, що воно перешкоджає потраплянню їжі з дистального боку під базис, але може викликати посилення атрофії.