



Министерство здравоохранения Свердловской области
Каменск-Уральский филиал
государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»

Допуск к защите

«__» _____ 2022г
Заместитель директора по
УР (Заведующий УЧ)

Подпись

ФИО

ТЕХНОЛОГИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

Дипломный проект

Исполнитель:
Рагозин Данил Александрович
студент группы 301 ЗТ
специальность Стоматология ортопедическая
Руководитель:
Старкова Елена Анатольевна
Преподаватель 1 квалификационной категории:

Каменск-Уральский

2022г.

Оглавление	
Введение.....	4
Актуальность.....	5
ГЛАВА 1. КОНСТРУКТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ.....	6
1.1 Показания и противопоказания к применению по М.Е. Васильеву по стеклу в окклюдаторе:.....	7
1.2 Свойства съемных пластиночных протезов.....	8
1.3 Требования к съемным протезам.....	9
ГЛАВА 2. ТЕХНОЛОГИЯ И ЭТАПЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПО М.Е.ВАСИЛЬЕВУ ПО СТЕКЛУ В ОККЛЮДАТОРЕ.....	10
2.1 Получение вспомогательной и рабочей модели, расчерчивание моделей.....	10
2.2 Изготовление индивидуальной ложки.....	11
2.3 Изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками.....	12
2.4 Определение центральной окклюзии:.....	13
2.5 Первоначально выполняется подготовка окклюдатора к заливке:	14
2.6 Заливка моделей в окклюдатор:.....	15
Требования к моделям, залитым в окклюдатор:.....	15
2.7 Подбор и постановка искусственных зубов.....	16
2.8 Постановка зубов на верхней челюсти:.....	17
2.10 Постановка зубов на нижней челюсти:.....	19
2.11 Критерии предварительной моделировки:.....	20
Окончательное моделирование базиса протеза.....	20
Ошибки на этапе окончательного моделирования.....	21
2.12 Проверка конструкции протеза в полости рта.....	22
Осмотр моделей.....	22
Осмотр постановки зубов в артикуляторе.....	22
Проверка воскового базиса с зубами в полости рта.....	22
При проверке восковой конструкции протеза в полости рта обращают внимание на следующее:.....	22

2.13 Загипсовка в кювету, нанесение изоляции.....	23
Нанесение изоляции.....	23
Приготовление пластмассового теста.....	24
Извлечение протеза из кюветы.....	24
Обработка и полировка готового протеза.....	24
3.1 УХОД ЗА СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗОМ.....	25
Заключение.....	26
Список используемой литературы:.....	27
Интернет – ресурсы:.....	27
Приложения.....	28

Введение

В теле человека, подобно сложному механизму, продуманному до мельчайших деталей, не найдется такой ткани или органа, отсутствие которых не повлияет на функционирование всего макроорганизма. Нехватка даже одного зуба уже является дефектом ротовой полости и может вести за собой цепь патогенетических реакций, ведущих к серьезным патологиям.

Полное отсутствие зубов у взрослого населения, или вторичная адентия, оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов. К проблемам, связанным с адентией, относятся не только эстетические, но и затрагивающие такие понятия, как психическое и физическое здоровье организма. Так при утрате зубов изменяются черты лица, что связывают с атрофией костей челюсти, снижается самооценка, появляются комплексы, связанные с чувством собственной неполноценности, вплоть до развития психических нарушений, что может быть поводом похода к психотерапевту. Нарушается речь, поскольку зубы влияют на дикцию. В связи с потерей одного или же нескольких зубов может наблюдаться феномен Попова- Годона, заключающийся в смещении зубов вследствие возникновения свободного пространства в ряду, нарушается окклюзия. В свою очередь смещение зубных рядов может приводить к возникновению кариеса и дальнейшему разрушению оставшихся зубов. Вследствие адентии наблюдаются проблемы с пищеварением, вследствие недостаточного перемалывания пищевого комка в ротовой полости, а также ограничивается рацион питания, связанный ограничением возможности употребления большого количества продуктов питания.

Адентия не приговор, решением проблемы является съемное протезирование.

Для своей выпускной квалифицированной работы я выбрала тему: «Изготовление двух полных съёмных протезов (соотношение зубов ортогнатическое)».

Актуальность

Полная адентия в наше время встречается не только у лиц пожилого возраста вследствие физиологического старения организма, но даже у молодых людей, поэтому на ортопедическую стоматологию возлагаются большие надежды. Создание съемных протезов во многом облегчает жизнь пациентов, повышает качество их жизни. Но, с другой стороны, ношение протезов может посчитаться обществом, как нечто ущербное, показывая неполноценность человека. С этой стороны стоматология должна не только воссоздать удобный в ношении протез, основываясь на особенностях строения челюстей, но и максимально приближенный по внешнему виду к естественным зубам.

Немало важной проблемой современного зубопротезирования является также экономический аспект. Это направление медицины является крайне дорогостоящим, поэтому не каждый пациент, нуждающийся в замене утраченных собственных зубов, может позволить себе данную процедуру.

Целью данной работы является определение специфики ортопедического лечения пациентов при полной потере зубов с ортогнатическим соотношением челюстей при помощи постановки одного полного протеза по М.Е. Васильеву по стеклу в оклюдаторе.

Для достижения поставленной мною цели необходимо решить следующие задачи:

- Изучить преимущества и недостатки полного съемного протеза для в ортопедии.
- Определить показания и противопоказания к данному методу лечения.
- Изучить особенности технологии изготовления полного съемного протеза и правилами ухода за ним.

ГЛАВА 1. КОНСТРУКТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Преимущества:

- Простота установки протеза.
- Возможность самостоятельного ухода за протезом.
- Финансовая доступность.
- Эстетический вид.
- Восстановление дикции.
- Восстанавливает утраченную функцию жевания, налаживание

процессов пищеварения.

Недостатки:

- Длительное привыкание, неудобство носки
- Быстрая изнашиваемость протеза
- Болезненное воздействие на десны
- Необходимость регулярного частого ухода за протезами
- Необходимость регулярных профилактических осмотров

челюсти и десен у врача

1.1 Показания и противопоказания к применению по М.Е. Васильеву по стеклу в оклюдаторе:

Показания:

- Ортогнатический прикус со всеми признаками.
- Наличие стойкого центрального соотношения челюстей, которое легко определяется;
- Наличие у нижнечелюстного сустава глубокой суставной впадины и удлинённого суставного отростка;
- Малая или средняя атрофия альвеолярных отростков.

Противопоказания:

- Возможные аллергические влияния материала протеза на слизистую.
- Заболевания крови (гипокоагуляция)
- Заболевания нервной системы (сильный стресс, эпилепсия, б.

Альцгеймера)

- Несанированная ротовая полость
- Воспалительные процессы костной ткани (остеопороз, остеомиелит)

1.2 Свойства съемных пластиночных протезов

Положительные свойства:

- Восстановление жевательной функции челюстей на 50-60%
- Отсутствие предварительной обработки зубов;
- Эстетический вид и гигиеничность.

Отрицательные свойства:

- Давление базиса на находящиеся под протезом ткани, не приспособленные к нагрузке, способствует их атрофии;
- Трение протеза о подлежащие ткани и давление на них способствует повышенной десквамации (слущиванию) эпителия, что ведет к нарушению целостности слизистой оболочки и, как следствие, возникновению очагов хронического воспаления;
- Возможное нарушение вкусовой, тактильной и температурной чувствительности слизистой вследствие большой площади протеза;
- При нарушении режима полимеризации пластмасс остаточный мономер оказывает химическое воздействие на слизистую оболочку, что приводит к возникновению акрилового стоматита.

1.3 Требования к съемным протезам.

Съемный протез должен:

- По возможности, не оказывать вредного воздействия на подлежащие ткани слизистой оболочки;
- Не травмировать уздечки и щечные тяжи;
- Создавать максимальные окклюзионные контакты;
- Иметь изоляцию на костных выступах (экзостозы, торус);
- Быть хорошо отполирован, не иметь пор;
- Создавать эстетический вид;
- Быть гигиеничным в носке.

ГЛАВА 2. ТЕХНОЛОГИЯ И ЭТАПЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПО М.Е.ВАСИЛЬЕВУ ПО СТЕКЛУ В ОКЛЮДАТОРЕ

Суть метода, разработанного М. Е. Васильевым, заключается в переносе протетической плоскости на поверхность стекла, которое закрепляется на модели нижней челюсти.

Преимущество заключается в том, что стекло просвечивает и дает возможность расставить зубы в правильном положении по отношению к центру гребня альвеолярного отростка нижней челюсти.

2.1 Получение вспомогательной и рабочей модели, расчерчивание моделей

Требования к модели из гипса:

- Снятие анатомического оттиска с тщательным оформлением краёв слепка
- При снятии анатомического слепка с верхней челюсти задненебный край стандартной ложки должен быть на 1.5 – 2 см за линией А.
- При снятии слепка с нижней челюсти должно быть и четкое отображение слизистой мягкого нёба на 1,5 – 2 см за линией А.
- Толщина края слепка 2-4 мм.
- Отсутствие пор и включений

2.2 Изготовление индивидуальной ложки

Требования к индивидуальной ложке:

- Толщина не более 2-х мм (кроме участка по гребню альвеолярного отростка нижней челюсти, где ее толщина обеспечения для прочности должна быть до 4 мм).
- Края индивидуальной ложки должны доходить до свода переходной складки, не опираясь на уздечки, клыковые и крылочелюстные складки.
- Вершины края ложки на скате альвеолярного отростка необходимо отшлифовать изнутри, чтобы они не помешали наложению ложки и не травмировали слизистую оболочку пациента. Край не истончают.
- Задненёбный край ложки на верхнюю челюсть должен заходить за линию «А» на 1 – 1,5 см.

Требования к рабочей модели:

- Четкое отображение тканей протезного ложа.
- Модель должна быть без пор и включений
- Вершина альвеолярного гребня должна быть параллельна основанию модели
- Толщина в самом тонком месте модели = 1-1,5 мм
- Цоколь модели оформляется семью гранями, перпендикулярными к модели
- Граница базиса полного съемного протеза проходит по переходной складке, обходит щечные тяжи и губную уздечку.
- На верхней челюсти перекрывает линию А на 2-3 мм, а также перекрывает верхнечелюстные бугры.
- Проводится линия, делящая модель на две равные части. Выделяется центр альвеолярного гребня и выводится на торец модели.

2.3 Изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками.

- На гипсовых моделях челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками из воска, служащие для определения центральной окклюзии и межальвеолярной высоты.

- Пластинку зуботехнического воска равномерно нагревают. После размягчения пластинку накладывают на гипсовую модель челюсти и прижимают большим пальцем к небной поверхности модели, к беззубым участкам альвеолярного отростка, стараясь не продавить и не истончить ее.

Требования к восковому базису:

- Соответствие краев воскового базиса краям слепка
- Равномерная толщина
- Плотное прилегание к модели

Требования к окклюзионному валику:

- Валик должен располагаться по гребню альвеолярного отростка (только в боковых участках нижней челюсти – над язычным скатом альвеолярного отростка);

- Высота валика по средней линии лица во фронтальном участке должна быть 10 мм, постепенно снижаясь в дистально на обеих сторонах до 5 мм.

- Ширина валика по средней линии лица во фронтальном участке должна быть 4-5 мм, расширяясь в дистально до 10 мм;

- Форма валика на модели верхней челюсти должна быть полуэллиптической;

- Форма валика на модели нижней челюсти – параболической;

- Окклюзионная поверхность валика должна быть ровной и располагаться параллельно основанию стола.

2.4 Определение центральной окклюзии:

- Припасовка прикусного валика в полости рта.
- Определение высоты прикуса анатома – физиологическим методом.
- Определение и коррекция (при необходимости) высоты окклюзионного валика воскового базиса с валиком на верхнюю челюсть.
- Коррекция вестибулярной поверхности верхнего воскового валика.
- Построение протетической плоскости.
- Коррекция высоты валика на восковом базисе с валиком для нижней челюсти.
- Коррекция нижнего валика по вертикали.
- Заключительное определение центрального соотношения челюстей с одновременной фиксацией центральной окклюзии.
- Выбор цвета и фасона искусственных зубов.
- Загипсовка моделей в окклюдатор

2.5 Первоначально выполняется подготовка окклюдатора к заливке:

- Закрепляют рамы относительно друг друга с помощью горизонтального винта и контргайки;
- Верхнюю раму окклюдатора при помощи вертикального винта устанавливают так, чтобы между ней и основанием верхней модели осталось пространство для гипса;
- Закрепляют вертикальный винт с помощью контргайки.
- После того, как окклюдатор настроен, приступают к подготовке моделей к заливке:
 - При необходимости подрезают модели по высоте;
 - На основаниях моделей делают насечки;
 - Скрепляют модели между собой;
 - Смачивают модели водой.

2.6 Загипсовка моделей в окклюдатор:

- Разводят гипс и выкладывают небольшую его порцию на гипсовый стол, погружая в него нижнюю раму окклюдатора.
- На гипс устанавливают модели так, чтобы из-под нижней модели не выступала нижняя рама окклюдатора. При этом необходимо проследить, чтобы окклюзионная поверхность восковых валиков была параллельна плоскости стола.
- Убирают излишки гипса с нижней модели.
- Снова разводят гипс, выкладывают горку гипса на основание верхней модели.
- Погружают в гипс верхнюю раму окклюдатора до упора вертикального штифта в горизонтальную площадку.
- Заглаживают гипс, убирая излишки.
- После схватывания гипса оформляют окклюдатор.

Требования к моделям, загипсованным в окклюдатор:

- Модели должны располагаться по центру окклюдатора.
- Нижняя рама окклюдатора не должна выступать из-под цоколя нижней модели.
- Окклюзионная поверхность валиков должна быть параллельна основанию стола.
- Вертикальный винт окклюдатора должен упираться в горизонтальную площадку.
- Окклюдатор должен быть оформлен.

2.7 Подбор и постановка искусственных зубов.

Из расчета того, что у пациентов часто наблюдается асимметрия правого и левого височно-нижнечелюстного сустава, постановку зубов в полных съемных протезах целесообразно проводить в полурегулированных артикуляторах, а при наличии сложных условий протезирования - в универсальных артикуляторах.

После заливки моделей в шарнирный окклюдатор берут специальное стекло, выполненное в форме полуэллипса, и слегка приклеивают его горячим воском к верхнему окклюзионному валику. При этом необходимо следить за тем, чтобы средние линии стекла и верхней модели совпадали, а наружные контуры стекла были равномерно ориентированы на верхний окклюзионный валик. После этого стекло переносят на нижний окклюзионный валик.

Постановка зубов по стеклу в шарнирном окклюдаторе и анатомическом артикуляторе.

После прикрепления овального стекла к верхнему восковому валику с модели нижней челюсти удаляют восковой шаблон и накладывают на нерабочую часть модели восковой валик толщиной 5—6 мм. До момента затвердевания валика смыкают окклюдатор до соединения вертикального штифта с горизонтальной площадкой на нижней дуге окклюдатора. Прочно прикрепляют воском к валику стекло в этом положении и отклеивают его от верхнего валика. При этом поверхность стекла соответствует горизонтальной плоскости верхнего прикусного шаблона.

После этого верхний шаблон с прикусным валиком удаляют и изготавливают новый, через который просвечивают линии, нанесенные на модели. Накладывают тонкий восковой валик для постановки зубов, руководствуясь линией, проходящей через центр альвеолярного отростка. Данный валик прикрепляют к восковому шаблону, чтобы наружный его край не переходил за границу линии центра альвеолярного отростка.

2.8 Постановка зубов на верхней челюсти:

Постановку начинают с центральных резцов, которые устанавливают в соответствии с намеченным косметическим центром так, чтобы своими режущими краями они касались горизонтальной поверхности, стекла;

Боковые резцы не должны доходить до стекла на 1 мм;

Клыки вершиной режущих краев касаются стекла;

Первые премоляры касаются стекла только щечными буграми, а небные не достигают стекла на 1 мм (прилегают к стеклу только медиально-небными буграми, а остальные три бугра отстают от стекла (медиально-щечные — на 0,5 мм, дистальнощечные — на 1,5 мм, а дистально-небные — на 1 мм));

Вторые премоляры касаются стекла обоими буграми

Вторые моляры не прикасаются к стеклу (медиальные бугры устанавливают на уровне дистальных бугров первых моляров, а дистальные — выше медиальных);

Данный принцип расположения бугров к горизонтальной плоскости стекла создает окклюзионную поверхность с соблюдением компенсационных сагиттальных и поперечных кривых. Соблюдение этих правил при постановке зубов создаст максимальное количество контактов между зубами обеих челюстей во время движений нижней челюсти, что имеет чрезвычайно важное значение для стабилизации протезов, так как малейшие отклонения сказываются в неравномерности распределения жевательного давления, вследствие этого протезы становятся менее устойчивыми во время акта жевания. Из этого следует, зубы устанавливают так, чтобы ось каждого зуба проходила через центр гребня альвеолярного отростка.

Боковые зубы устанавливают так, чтобы ось зуба пересекала центр гребня альвеолярного отростка;

Центральные резцы - чтобы медиальные углы их режущих краев находились по обеим сторонам косметического центра;

Боковые резцы немного наклонены к центру режущими краями, а их шейки отклонены от центра;

Клыки устанавливают с небольшим наклоном режущих краев к центру с некоторым поворотом вокруг оси. Их необходимо установить так, чтобы ось зуба совпадала с линией клыка, обозначенной врачом на прикусных валиках, так как клыки завершают дугу передних зубов.

После установки всех передних зубов устанавливают премоляры и моляры на одной, а потом на другой стороне. При этом необходимо следить за симметричностью установленных зубов.

Первые премоляры - на уровне дистально-губной поверхности клыков;

Вторые премоляры — на уровне щечно-дистальной поверхности первых премоляров.

Первые моляры устанавливают так, чтобы щечно-медиальные бугры были на уровне выпуклой поверхности клыков.

Вторые моляры повернуты вокруг оси в обратном направлении, т. е. не на уровне дистальных поверхностей первых моляров, а на уровне их медиальных поверхностей. Их дистальные поверхности несколько расширяют зубную дугу.

По окончании постановки зубного ряда на верхней челюсти, приступают к нижней. Сохраняют высоту прикуса при помощи вертикального стержня. Следом снимают стекло с модели нижней челюсти и изготавливают восковой шаблон, на котором укрепляют восковой валик аналогично тем же правилам, что и на верхней челюсти.

2.10 Постановка зубов на нижней челюсти:

Установку зубов на нижней челюсти начинают со вторых премоляров, следом ставят первый и вторые моляры, после чего первые премоляры. Необходимо тщательно следить за правильностью постановки задних зубов нижней челюсти, особенно за контактами между ними.

Завершив задние зубы, приступают к постановке передних. Степень перекрытия нижних передних зубов верхними определяется возможность получения множественных контактов зубов. Если при движениях нижней челюсти вперед верхние передние зубы ограничивают это движение, необходимо уменьшить перекрытие нижних зубов верхними до минимума, с тем чтобы движения нижней челюсти в переднем направлении могли производиться без препятствий.

Центральные резцы - параллельно друг другу без наклона;

Боковые резцы — несколько выше центральных соответственно укорочению верхних боковых резцов (для наилучшего прилегания челюстей относительно друг друга);

Клыки устанавливают с небольшим наклоном режущих краев к центру, поворачивают их вокруг оси, аналогично верхней челюсти;

Премоляры и моляры устанавливают соответственно смыканию с верхними зубами, чтобы каждый верхний зуб контактировал с двумя нижними.

В случае, когда некоторые бугры мешают правильному смыканию зубов, их стачивают на шлифовальной машине.

Предварительная и окончательная моделировка базиса воскового протеза.

Предварительную моделировку следует сразу же за постановкой искусственных зубов, после чего восковую композицию передают врачу для примерки. При этом необходимо убедиться в том, что границы воскового базиса в точности соответствуют границам протеза, нанесенным на модель.

2.11 Критерии предварительной моделировки:

- Края воскового базиса должны быть ровными и закругленными;
- Толщина должна быть равномерной;
- Восковой базис укреплен проволочной арматурой (для избегания деформации слизистой при проверке в полости рта пациента), плотно прилегает к модели;
- После моделирования восковой базис легко снимается, тщательно заглажен;
- Между зубными рядами имеется равномерный, плотный окклюзионный контакт.

Окончательное моделирование базиса протеза.

После проверки конструкции врачом, протез поступает зубному технику, который приводит окончательное моделирование и устраняет дефекты, если они были выявлены. Протезу создают нужную форму, размер и толщину. Для этого приклеивают край искусственной десны к модели горячим шпателем, удаляют проволочную арматуру, лежащую в толще базиса, и сглаживают его поверхность.

После укладки новой восковой пластинки (толщина 1,8 – 2,0 мм) на место вырезанной, зубной техник сглаживает горячим шпателем места соединения, моделирует рельеф поперечных складок твердого неба. Рельеф передней зоны твердого неба индивидуален для каждого человека и очень важен для правильной дикции, а также для возникновения полноценных вкусовых ощущений при приеме пищи. При наличии торуса или экзостозов на модели устанавливают изоляцию из свинцовой фольги толщиной 0,5 мм и фиксируют ее клеем.

Шейки искусственных зубов и межзубные промежутки гравировать, имитируя контуры альвеол. Далее для придания поверхности восковой композиции блестящего, гладкого контура ее оплавляют в слабом пламени горелки. Подливают базис кипящим воском и извлекают арматуру. Все

поверхности зубов тщательно освобождают от воска. Моделирование проводят с губной, щёчной и небной сторон.

У шеек зубов вестибулярную поверхность искусственной десны моделируют небольшим закруглённым выступом над корнями и выпуклостями, имитирующими рельеф альвеолярного отростка.

Десневой край у боковых зубов с щёчной стороны моделируют с гребневидным выступом.

Небную поверхность в области щёчных зубов моделируют, создавая рельеф её так, чтобы при смыкании зубов не нарушалась окклюзия, и не было утолщений, которые могли бы изменить произношение.

Ошибки на этапе окончательного моделирования

- Неравномерная толщина базисов, что приводит к потере эластичности пластмассы и возникновению внутреннего напряжения, что ведет к поломке протеза;
- Неполное очищенные зубов от воска может привести к их смещению или выпадению из пластмассового протеза;
- Не прилитые границы обеспечивают попадание гипса под протез во время загипсовки в кювету, и как следствие несоответствие внутренней поверхности пластмассового базиса и поверхности протезного ложа.

2.12 Проверка конструкции протеза в полости рта

Осмотр моделей.

Представляет собой осмотр врачом протеза, правильность его изготовления, отсутствие дефектов. При их наличии – отправка протеза на переделку.

Осмотр постановки зубов в артикуляторе.

Проверяют окклюзионные контакты в зафиксированном в артикуляторе в положении центральной окклюзии, устойчивость протеза, правильность изготовления.

Проверка воскового базиса с зубами в полости рта.

Устанавливают высоту прикуса, вводят в полость рта пациента протезы, просят его сомкнуть зубные ряды под пристальным контролем врача. При несоответствии протеза его отправляют на переделку.

При проверке восковой конструкции протеза в полости рта обращают внимание на следующее:

- Протез должен свободно устанавливаться на свое место;
- При нажатии на протез в разных участках базис не должен смещаться со своего места и балансировать;
- Край протеза не должен заходить на активно подвижную слизистую оболочку;
- Смыкание всех зубов должно быть одновременным;
- При саггитальном сдвиге нижней челюсти и ее боковых перемещениях скольжение зубов должно быть плавным;
- Расстановка зубов должна соответствовать требованиям (цвет, форма, количество и величина зубов).

2.13 Загипсовка в кювету, нанесение изоляции.

Представляет собой процесс, следующий за окончательной моделировкой восковой композиции протеза.

Для изготовления протезов из пластмассы пользуются в основном обратным методом гипсовки. Для этого гипсовые зубы срезают с вестибулярной стороны со скосом до уровня модели и погружают модель на несколько минут в воду.

Замешивают гипс, заполняют им верхнюю часть кюветы и помещают в него основание модели до искусственной десны. После затвердевания гипса его срезают на уровне верхнего края кюветы, а восковой базис с зубами, плечами кламмера и искусственной десной остаются свободными от гипса, возвышаясь над краями кюветы (рис. 138, а). Верхнюю часть кюветы с загипсованной моделью помещают на несколько минут в холодную воду. Затем накладывают ее основание, снимают крышку и маленькими порциями заполняют основание кюветы гипсом, слегка постукивая по столу для удаления воздушных пузырей. Заполнив основание до краев гипсом, плотно накладывают крышку, при этом излишки гипса выдавливаются.

После затвердевания гипса кювету помещают в кипящую воду до размягчения воска, о чем узнают по появлению расплавленного воска на поверхности воды. Вынимают кювету из воды, раскрывают ее рычагообразным движением шпателя, убирают размягченный воск и, поливая кипящей водой, окончательно выплавляют воск из кюветы. В основание кюветы переходят искусственные зубы и кламмеры, в контркювете остается гипсовая модель.

Нанесение изоляции.

Используют разделительный лак Изокол-69, содержащий антикоагулянт, консервант и краситель. Покрытие гипсовой формы проводят после того, как с поверхности гипса удален воск и модель (форма) хорошо обезжирена кипячением в воде. Если этого не сделать, то часть мономера из формируемой массы впитывается в гипс, полимеризуется там, а остающийся на поверхности изделия гипсовый слой трудно удаляется.

Приготовление пластмассового теста.

Порошок и жидкость тщательно смешивают в массовом отношении 2:1 в фарфоровом или стеклянном сосуде, который далее оставляют для набухания на 10-12 мин. Массу считают готовой к формованию, когда она теряет липкость и не пристает к стенкам сосуда и рукам.

Производят паковку массы в кювету. После полного закрытия кюветы ее выдерживают под холодным прессом в течение 10-15 мин., затем помещают в бюгельную рамку и подвергают термической обработке.

Извлечение протеза из кюветы

Извлекают кювету из водяной бани, не вынимая из бюгельной рамки, охлаждают на воздухе до полного остывания.

Обработка и полировка готового протеза.

Предварительная обработка протеза проводится на шлифмоторе с помощью карборундового камня. Обработка протеза - на бормашине, применяя карборундовые головки, фрезы, боры. Полируют готовый протеза войлочными фильцами и волосяными щётками с применением полировочного порошка. Для более тщательной полировки, полируем протез на рабочем месте, маленькой щеткой и специальной пастой.

Окончательный зеркальный блеск придают протезу мягкой щёткой с полировочной пастой.

3.1 УХОД ЗА СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗОМ

С протезом разрешено употреблять различную пищу, а также овощи и фрукты. Запрещается грызть сухари, сахар, орехи, то есть продукты, которые требуют больших и мгновенных усилий, образующих на какой-то части протеза напряжение, это может способствовать появлению микротрещины и в дальнейшем к его перелому;

Протезам необходим уход. Их чистят в проточной воде специальной пастой и отдельной зубной щёткой, до и после еды. Протезы запрещается мыть в горячей воде, потому что они деформируются и становятся непригодными для применения;

Протезом в первое время нужно пользоваться круглосуточно до того пока не наступило привыкание к нему. Если при ношении протеза испытывается боль и дискомфорт, нужно обратиться к врачу, он сделает его коррекцию. Когда протез перестанет ощущаться во рту пациента, то следует на ночь его вынимать и класть в специальный контейнер, в котором поддерживается влажная среда. Погружать изделие полностью в воде не рекомендуется, так как оно может набухнуть. Оставлять его в сухом помещении также не стоит, потому что пластмасса может высохнуть и утратить свои свойства;

Привыкание к зубным протезам представляет собой сложный процесс, который может выражаться в реакциях организма на изделие в виде своеобразных побочных симптомов. Это проявляется в повышенном слюноотделении, позывах к рвоте, изменении температуры тела и вкусовой чувствительности, а также временное нарушение речи и возникновении её дефектов. Но со временем все эти негативные эффекты проходят, и протезы воспринимаются как свои собственные зубы.

Заключение

Протезирование при полной адентии является одной из наиболее сложных проблем ортопедической стоматологии. Одно из условий успешного протезирования при полном отсутствии зубов — знание врачом-стоматологом особенностей клинической анатомии полости рта.

Большое значение имеют знание и учет особенностей и изменений, возникающих при потере всех зубов: степень атрофии и особенности строения челюстных костей и альвеолярных отростков, степень податливости слизистой оболочки протезного ложа, состояние и место прикрепления мышц. Анатомические условия оказывают влияние на фиксацию (удержание протеза в состоянии покоя и при разговоре) и стабилизацию протезов на беззубых челюстях.

Изготовление съемных пластиночных протезов предусматривает проведение ряда клинических и лабораторных этапов в строго определенной последовательности. Соблюдение всех правил обеспечивает качество изготавливаемого протеза. Аккуратность зубного техника, тесное взаимодействие с врачом в процессе работы — это два фактора, обеспечивающие успех протезирования.

Также на качество влияет сам пациент, его бережное отношение, уход за зубным протезом. Это обеспечивает как долговечность протеза, так и удобство использования.

Список используемой литературы:

А. С. Щербаков, Е. И. Гаврилов, В. Н. Трезубое, Е. Н. Жулев Ортопедическая стоматология

Миронова М.Л., // Съёмные протезы. Учеб. пособие для медиц. училищ и колледжей. – Москва «ГЭОТАР-Медиа», 2019г.

Трезубов В.Н., Штейнгатт М.З., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018г.

Интернет – ресурсы:

<https://science-medicine.ru/pdf/2017/3/1000.pdf>

<http://www.ma.cfuv.ru/docs/248496/Изгот.частич.пласт.съем.прот.pdf>

<http://kosmedent.ru/prices/sovety-vracha/rekomendatsii-dlya-patsientov-po-ispolzovaniyu-semnykh-protezo/>

Приложения

Приложение 1(Отливка моделей)



Приложение 2 (Изготовление индивидуальной ложки)



Приложение 3 (Отливка модели)



Приложение 4 (Изготовление воскового валика)



Приложение 5(Загипсовка в оклюдатор)



Приложение 6 (Постановка зубов)



Приложение 7 (Гипсовка в кювету)



Приложение 8 (Обработка протеза)





