

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра стоматологии

Курсовая работа

по дисциплине «Протезирование при полном отсутствии зубов»

на тему «Постановка искусственных зубов при изготовлении
полных съемных пластиночных протезов(по Васильеву)»

Направление подготовки – 31.05.03 Стоматология
Профиль направления - Специалитет

Выполнил студент : Матвиенко В. А.

Группа: 12ВЛС9

Руководитель: Смольянинов С. И.

Старший преподаватель кафедры «Стоматология»

Работа защищена с оценкой: _____

Преподаватели:

Дата защиты:

2017

Содержание

Введение.....	3
§1. Классификации дефектов челюстей.....	5
Клинические и технические этапы изготовления полных съемных протезов..	7
§2. Постановка искусственных зубов.....	11
Постановка зубов по Васильеву.....	13
Заключение.....	19
Список литературы.....	20

Введение

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Полное отсутствие зубов обуславливает нарушение вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма - пережевывания пищи, что сказывается на процессе пищеварения и поступлении в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. [7]

Не менее серьезными являются последствия полного отсутствия зубов для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения вкупе с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психо-эмоционального состояния вплоть до нарушений психики.

Полное отсутствие зубов является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и соответствующего болевого синдрома.[5]

§1. Классификации дефектов челюстей

Понятия "потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита" (K08.1 по МКБ-С - Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10) и такие термины, как "полная вторичная адентия" и "полное отсутствие зубов" (в отличие от адентии - нарушения развития и прорезывания зубов - K 00,0), по сути, являются синонимами и применяются как в отношении каждой из челюстей, так и к обоим челюстям. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) является следствием ряда заболеваний зубочелюстной системы - кариеса и его осложнений, болезней пародонта, а также травм.[9]

В связи с потерей фиксированной высоты прикуса нижняя челюсть имеет возможность подниматься до смыкания альвеолярных отростков, тем более при их атрофии, в большей степени, чем при фиксированном прикусе. Плюс ко всему у большинства беззубых пациентов резко уменьшается структура щек ввиду атрофии мышц, атрофии подкожной клетчатки, что влияет значительно на внешний вид лица. Тяжесть клинической картины, интенсивности морфологических изменений и оптимальность условий для ортопедического лечения у пациентов после полной потери зубов зависят:

- от причин потери зубов, от времени, прошедшего после потери зубов.
- от количества одновременной потери зубов и времени между потерей отдельных зубов, от предыдущих методов ортопедического лечения.
- от индивидуальных особенностей организма.
- от степени компенсаторно-приспособительных возможностей зубочелюстной системы и желудочно-кишечного тракта.
- от характера и диапазона движения нижней челюсти.

Диагностика полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) производится путем клинического осмотра и сбора анамнеза. Диагностика направлена на исключение факторов, которые препятствуют немедленному началу протезирования. Такими факторами могут быть наличие:

- не удаленных корней под слизистой оболочкой;
- экзостозов; опухолеподобных заболеваний;
- воспалительных процессов;
- заболеваний и поражений слизистой оболочки полости рта.[18]

При обследовании беззубого пациента необходимо обращать внимание на степень атрофии и форму альвеолярных отростков, локализацию атрофии, а также на состояние слизистой оболочки и степень её податливости.

Все многообразие атрофий альвеолярных отростков по степени и локализации (топографии) можно классифицировать. Некоторые врачи используют классификацию Шредера и Келлера.

Шредер разделяет альвеолярные отростки беззубой верхней челюсти по степени их атрофии на три класса:

- первый - неатрофированный альвеолярный отросток, высокое положение переходной складки с вестибулярной стороны, глубокий свод нёба;
- второй – равномерная средняя атрофия;
- третий – полная равномерная атрофия, плоский свод неба, переходная складка с вестибулярной стороны на уровне гребня альвеолярного отростка.[2]

Келлер разделяет альвеолярные отростки беззубой нижней челюсти по степени и топографии их атрофии на 4 класса:

- первый – хорошо сохранившейся альвеолярный отросток;
- второй – полная равномерная атрофия
- третий – хорошо сохранившейся альвеолярный отросток во фронтальном участке при полной атрофии в боковых участках;
- четвертый - хорошо сохранившейся альвеолярный отросток в боковых участках при полной атрофии во фронтальном участке;

В этих двух классификациях есть свои недостатки, поэтому И.М.Оксман создал свою классификацию учитывая все недостатки предыдущих. Он разделил альвеолярные отростки по степени их атрофии на верхней и нижней челюсти беззубых челюстей на 4 класса:

первый – хорошо сохранившейся альвеолярный отросток;
второй – равномерная средняя атрофия;
третий – полная равномерная атрофия;
четвертая – неравномерная атрофия.[10;15]

Для обозначения степени податливости слизистой оболочки полости рта в клинической практике используется классификация Супле. Согласно этой классификации имеются четыре типа слизистой оболочки по степени податливости:

тип 1 – нормальная по податливости и цвету слизистая оболочка;
тип 2 – атрофичная, неподатливая, сухая слизистая, синюшного цвета,
тип 3 – гипертрофическая, хорошо податливая и подвижная, рыхлая слизистая оболочка, розового цвета;
тип 4 – слизистая оболочка со слизистыми подвижными складками вдоль гребня альвеолярного отростка, которые при пользовании протезом часто ущемляются между протезом и костью.[9;11]

Принципы лечения больных с полной вторичной адентией подразумевают одновременное решение нескольких задач:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов;
- устранение негативных психо-эмоциональных последствий, связанных с полным отсутствием зубов.[20]

Врач-стоматолог ортопед должен определить особенности протезирования в зависимости от анатомического, физиологического, патологического и гигиенического состояния зубочелюстной системы пациента. При выборе между одинаково эффективными видами протезов он должен руководствоваться показателями экономичности.[7]

В случаях, когда невозможно немедленно завершить лечение, показано применение имедиат-протезов, особенно для предупреждения развития

патологии височно-нижнечелюстного сустава. Можно применять только те материалы и сплавы, которые допущены к применению, клинически апробированы, безопасность которых доказана и подтверждена клиническим опытом.

Базис полного съемного протеза следует изготавливать, как правило, из пластмассы. Может применяться армирование базиса протеза специальными металлическими сеточками. Для изготовления металлического базиса необходимо тщательное обоснование.[1;3]

При подтвержденной аллергической реакции тканей полости рта на материал протеза следует провести тесты и выбрать тот материал, который показал себя как переносимый.

При беззубой челюсти показано снятие функционального слепка (оттиска), необходимо функциональное формирование края протеза, т.е. для снятия слепка (оттиска) необходимо изготовление индивидуальной жесткой слепочной (оттискной) ложки.

Изготовление съемного протеза на беззубую челюсть с использованием пластмассового или металлического базиса включает следующее: анатомические, функциональные слепки (оттиски) обеих челюстей, определение центрального соотношения челюстей, проверку конструкции протеза, наложение, примерку, припасовку, установку, отдаленный контроль и корректуры. При необходимости применяют мягкие подкладки под протез. [6;8;13]

Клинические и технические этапы изготовления полных съемных протезов

Клинический этап: 1. Внешний осмотр. Обследования полости рта. Обследования преддверья полости рта. Осмотр протезного ложа (слизистая + костная + мышечная система). Степень атрофии (Шредер, Келлер, Оксман). Проверяют синдром Костена (нарушения функции ВНЧС). Снятие

анатомического оттиска стандартной металлической ложкой, любой слепочной массой, но с тщательным оформлением краёв слепка. Для снятия анатомического слепка с верхней челюсти задненёбный край стандартной ложки должен быть на 1,5 – 2 см за линией А. На верхнем слепке еще должно быть и четкое отображение слизистой мягкого нёба на 1,5 – 2 см. за линией А. Толщина края слепка 2-4 мм.

Технический этап: 1. отливка модели по анатомическому оттиску; очерчивание границ на модели; изготовление из воска на модели индивидуальной ложки; загипсовка в кювету; замена воска на пластмассу; выемка пластмассовой ложки из кюветы; обработка, шлифовка, полировка.

Требования к индивидуальной ложки:

- толщина не более 2-х мм (кроме участка по гребню альвеолярного отростка нижней челюсти, где ее толщина для прочности должна быть до 4 мм).
- края ложки должны доходить до свода переходной складки, не опираться на уздечки, клыковые и крылочелюстные складки.
- вершина края ложки на скате альвеолярного отростка, если они заходят под навесы, необходимо изнутри сошлифовать, чтобы они не мешали наложению ложки и не травмировали слизистую оболочку. Но при этом не следует истончать край.
- задненёбный край ложки на верхнюю челюсть должен переходить за линию «А» на 1 – 1,5 см.[12]

Клинический этап: 2. Припасовка индивидуальной ложки в полости рта, пробы Гербста (3-5); окантовка края ложки термопластической массой, размягчение в теплой воде введение в полость рта и закрывание кругового клапана; подготовка оттискной массы (силиконовой типа «Сиеласт»); нанесение тоненьким слоем на ложку; введение в полость рта – проб Гербста (формирования переходной складки); пробы Гербста применяют 3 раза а) при припасовке индивидуальной ложки; б) при замыкании кругового клапана; в) при функционально – присасывающем слепке. Слепок вместе с ложкой передают технику.

Технический этап: 2. а) отливка модели по функционально – присасывающему слепку; б) изготовления примусного валика для определения центральной окклюзии.

Изготовленные восковые базисы с окклюзионными валиками должны отвечать следующим требованиям:

- края воскового базиса должны соответствовать краям слепка (отпечатку их на моделях)
- 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 на 10 мм и постепенно должна снижаться в дистальную сторону на обеих сторонах до 5 мм.
- ширина валика на модели по средней линии лица во фронтальном участке должна быть 4-5 мм и должна расширяться в дистальные стороны до 10 мм;
- форма валика на модели верхней челюсти должна быть полуэллиптической, а на модели нижней челюсти – параболической;
- окклюзионная поверхность валика должна быть ровной.

Клинический этап: 3. Определение центральной окклюзии:

- припасовка прикусного валика в полости рта.
- определение высоты прикуса анатома – физиологическим методом.
- определение и, при необходимости, коррекция 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.
- окончательное определение центрального соотношения челюстей с одновременной фиксацией центральной окклюзии.

- определение цвета и фасона искусственных зубов.

Технический этап: 3. загипсовка модели в окклюдатор или артикулятор; постановка искусственных зубов.

Клинический этап: 4. Проверка конструкции полного съемного протеза на модели и в полости рта:

- плотность смыкания зубных рядов.
- определение центральной окклюзии.
- проверка выраженности окклюзионных кривых.
- степень перекрытия верхних зубов нижние.
- наклона фронтальной группы зубов на верхней и нижней челюстях (вестибулярно, и орально).
- наличие контакта.
- уровень постановки искусственных зубов при улыбке.
- цвет и форма искусственных зубов.
- движение нижней челюсти.

Технический этап: 4. Замена восковой композиции полных съёмных протезов пластмассой.

- загпсовка восковой модели в кювету.
- помещение кюветы в горячую воду на 5-7 минут.
- раскрытие кюветы и удаление кипящей водой остатков воска.
- нанесение изолирующего слоя на модель.
- подбор и замешивание базисной пластмассы.
- поковка пластмассового теста в кювету вместе воска.
- закручивание кюветы под давлением.
- помещение кюветы в холодную воду.
- раскрытие кюветы и выемка протеза, его шлифовка, полировка.

Клинический этап: 5. Сдача протеза.

1. Идентификация.
2. Антисептическая обработка протеза и рук врача.
3. Наложение протеза.

4. Проверка фиксации в полости рта.

5. Смыкание зубов и проверка окклюзионных поверхностей при помощи копирки.[10].

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев. При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома. Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными препаратами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки полости рта.[1]

§2. Постановка искусственных зубов.

Подобрав искусственные зубы, подготавливают гипсовую модель для их постановки. Для этого делают восковой базис, границы которого несколько шире границ протеза, отмеченных на модели, чтобы можно было приклеить восковой базис к модели без нарушения протезного ложа. Восковой базис укрепляют проволоочной дугой, расплавленным воском приклеивают к базису восковой валик толщиной 3-4 мм, чтобы наружный его край находился на уровне середины альвеолярного гребня. В восковой базис устанавливают кламмеры и приступают к постановке зубов.[3]

Начинают с передних зубов. Если альвеолярный отросток выражен хорошо, то зубы пришлифовывают, притачивают к альвеолярному отростку так, чтобы создать впечатление естественных. Такая постановка называется постановкой с приточкой. Плотно к десне могут быть пришлифованы и

первые премоляры верхней челюсти. Подобная постановка отвечает эстетическим требованиям. При значительной атрофии или дефекте альвеолярного отростка передние зубы приходится ставить на искусственной десне, что проще и не так трудоемко, но, как правило, менее эстетично. Искусственному зубу вначале придают нужную ширину, потом припасовывают его к десне и в последнюю очередь притачивают к антагонистам для плотного контакта без повышения прикуса. Притачивание искусственного зуба производится на шлифмоторе карборундовыми камнями, а при незначительной приточке — фрезами, карборундовыми камнями, алмазными кругами или фасонными головками при помощи бормашины. При работе на шлифмоторе необходимо прочно удерживать зуб большими и указательными пальцами обеих рук, чтобы обрабатываемая поверхность была хорошо видна. Нагретым зуботехническим шпателем размягчают восковой валик и прикрепляют к нему центральные, потом боковые резцы, клыки и т. д.[2;8]

Искусственные жевательные зубы ставят на искусственной десне, тщательно притачивая жевательную поверхность к антагонистам. Бугорки жевательных поверхностей искусственных зубов должны входить в соответствующие углубления антагонистов.

Постановка фарфоровых зубов требует значительно большей осторожности, следует притачивать их прерывисто и без нажима, не доводя зуб до «свечения», что чревато образованием трещин и дальнейшим переломом. Крапфоны необходимо защищать от сошлифовки, иначе они не удержат зуб в базисе протеза. Каждый приточенный зуб приклеивают к восковому валику соответственно середине альвеолярного отростка. [12]

После постановки зубов и тщательной проверки их контакта с антагонистами удаляют излишки воска из промежутков между зубами, очищают зубы до уровня шейки, моделируют восковой базис и искусственную десну. Отмоделированный базис вместе с зубами и кламмерами должен легко сниматься с модели. В таком виде восковую композицию протеза на модели

в окклюдаторе из гипса передают врачу для проверки конструкции. После проверки и исправления отмеченных недостатков конструкции протеза окклюдатор с моделями возвращают в зуботехническую лабораторию. Зубной техник приклеивает горячим воском края искусственной десны к модели. При неравномерной толщине воскового базиса его надрезают подогретым шпателем вдоль всех искусственных зубов, удаляют восковую небную пластинку вместе с проволокой и заменяют новой разогретой пластинкой стандартного зуботехнического воска, после чего тщательно очищают от воска вестибулярные поверхности зубов и окончательно моделируют базис. На нижней челюсти базисную пластинку из воска не меняют, ограничиваясь удалением проволоки и окончательным моделированием протеза. Протез нижней челюсти для большей прочности должен быть толще верхнего примерно на 1 мм и достигать в среднем толщины 2,0—2,5 мм.[7]

Постановка зубов по Васильеву.

Показание к применению анатомической постановки искусственных зубов по М.Е.Васильеву по стеклу в окклюдаторе:

- Ортогнатический прикус со всеми признаками. Наличие стойкого центрального соотношения челюстей, которое легко определяется;
- Наличие у нижнечелюстного сустава глубокой суставной впадины и удлиненного суставного отростка;
- Малая или средняя атрофия альвеолярных отростков.[12]

Во всех других случаях считают целесообразным при постановке искусственных зубов полных съемных протезах применять артикулятор. Поскольку у пациентов часто имеется асимметрия правого и левого ВНЧС-постановку зубов в полных съемных протезах целесообразно проводить в

полурегулированных а при наличии сложных условий протезирования - в универсальных артикуляторах.[6]

Постановка искусственных зубных рядов производится в основном при помощи следующих способов:

- 1) в шарнирном окклюдаторе по стеклу;
- 2) в шарнирном окклюдаторе по сферическим поверхностям;
- 3) в шарнирном окклюдаторе по индивидуальным окклюзионным поверхностям;
- 4) в артикуляторах типа «Гнатомат» после внутриротовой :записи движений нижней челюсти.

В нашей стране широкое распространение получила постановка искусственных зубов по стеклу, разработанная М. Е. Васильевым.

После загипсовки моделей с окклюзионными валиками в шарнирный окклюдатор берут специальное стекло, имеющее форму полуэллипса, и слегка приклеивают его горячим воском к верхнему окклюзионному валику. При этом следят за тем, чтобы средние линии стекла и верхней модели совпадали, а наружные контуры стекла были равномерно ориентированы на верхний окклюзионный валик. Затем стекло необходимо перенести на нижний окклюзионный валик. Это можно сделать различными способами:

- 1) срезать нижний окклюзионный валик на толщину стекла сверху и с середины валика по вестибулярному краю таким образом, чтобы периметр нижнего окклюзионного валика был ориентирован на вершину альвеолярного гребня нижней челюсти;
 - 2) на внутренней части нижней модели установив 3 столбика из размягченного воска и к ним прижать и зафиксировать стекло;
 - 3) изготовить новый восковый базис на нижнюю модель и валик, занимающий только язычную поверхность нижней челюсти.
- Постановка зубов по стеклу в шарнирном окклюдаторе и анатомическом артикуляторе производится следующим образом.[10]

После прикрепления к верхнему восковому валику овального стекла с

модели нижней челюсти удаляют восковой шаблон и накладывают на нерабочую часть модели восковой валик толщиной 5—6 мм. Пока воск не затвердел, 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. Таким образом, стекло опирается на восковой валик и поверхность стекла соответствует горизонтальной плоскости верхнего прикусного шаблона. После этого верхний шаблон с прикусным валиком удаляют и изготавливают новый восковой шаблон, через который просвечивают линии, нанесенные на модели. Руководствуясь линией, проходящей через центр альвеолярного отростка, накладывают тонкий восковой валик для постановки зубов. Этот валик прикрепляют к восковому шаблону с таким расчетом, чтобы наружный край его не переходил за границу линии центра альвеолярного отростка.[10]

Постановку зубов на верхней челюсти начинают с центральных резцов. Центральные резцы устанавливают в соответствии с намеченным косметическим центром так, чтобы они касались режущими краями горизонтальной поверхности стекла; боковые резцы не доходят 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, вторые же премоляры касаются стекла обоими буграми. Первые моляры прилегают к стеклу только медиально-небными буграми, а остальные три бугра отстают от стекла (медиально-щечные — на 0,5 мм, дистально-щечные — на 1,5 мм, а дистально-небные — на 1 мм). Вторые моляры не прикасаются к стеклу; медиальные бугры устанавливаются на уровне дистальных бугров первых моляров, а дистальные — выше медиальных.

Такое расположение бугров к горизонтальной плоскости стекла создает окклюзионную поверхность с соблюдением компенсационных сагиттальных и поперечных кривых. Соблюдение указанных правил анатомической постановки зубов позволяет создать максимальное количество контактов

между зубами обеих челюстей во время движений нижней челюсти, что имеет важное значение для стабилизации протезов.[8]

Не менее важным моментом является постановка искусственных зубов по отношению к центру альвеолярного отростка, о чем уже говорилось в разделе частичного протезирования.[16]

При постановке зубов в протезах для беззубых челюстей малейшие отклонения от центра альвеолярного отростка сказываются в неравномерности распределения жевательного давления, вследствие чего протезы становятся менее устойчивыми во время жевания. Следовательно, зубы должны быть установлены так, чтобы ось каждого зуба проходила через центр гребня альвеолярного отростка. Практически это достигается следующим образом: две трети толщины зубов в пришеечной части располагаются впереди линии центра альвеолярного отростка, а одна треть — позади этой линии. Боковые зубы устанавливают с таким расчетом, чтобы ось зуба также пересекала центр гребня альвеолярного отростка.

Центральные резцы устанавливают так, чтобы медиальные углы их режущих краев находились по обеим сторонам косметического центра. Боковые резцы несколько наклонены к центру своими режущими краями, а шейки отклонены от центра.

Клыки также устанавливают с небольшим наклоном режущих краев к центру и вместе с тем с некоторым поворотом вокруг оси. Следует учесть, что клыки завершают дугу передних зубов, поэтому их необходимо установить так, чтобы ось зуба совпадала с линией клыка, обозначенной врачом на прикусных валиках. Медиально-губная поверхность клыков является продолжением дуги резцов, а дистально-губная поверхность — началом линии боковых зубов.

Первые премоляры устанавливают на уровне дистально-губной поверхности клыков, вторые премоляры — на уровне щечно-дистальной поверхности первых премоляров.

Первые моляры устанавливают с таким расчетом, чтобы щечно-

медиальные бугры находились 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. Это значит, что дистальные поверхности вторых моляров не сужают зубную дугу, а, наоборот, несколько расширяют ее.

После постановки всех передних зубов устанавливают премоляры и моляры на одной, а потом на другой стороне; при этом проверяют симметричность установленных зубов. Закончив постановку зубов на верхней челюсти, приступают к постановке зубов на нижней челюсти. Для этого- сохраняют высоту прикуса при помощи вертикального стержня, упирающегося в металлическую площадку на нижней дуге окклюдатора. В анатомическом артикуляторе выдвигают из втулки вертикальный штифт на 0,5 мм, чтобы не понизить высоту прикуса при окончательной шлифовке зубов. Затем снимают стекло с модели нижней челюсти и изготавливают восковой шаблон. На шаблоне для постановки нижних зубов укрепляют восковой валик по тем же правилам, как и для верхней челюсти.

Нижние зубы располагаются в зубной дуге следующим образом. Центральные резцы устанавливают параллельно друг другу без наклона, боковые резцы — несколько выше центральных соответственно укорочению верхних боковых резцов.[9]

Клыки устанавливают с некоторым наклоном режущих краев к центру и поворачивают их вокруг оси, как и на верхней челюсти.

Премоляры и моляры устанавливают соответственно смыканию с верхними зубами, чтобы каждый верхний зуб контактировал с двумя нижними. Если во время постановки некоторые бугры мешают правильному смыканию, их стачивают на шлифовальной машине при помощи карборундовых камней.[10]

Постановку зубов на нижней челюсти начинают со вторых премоляров, затем устанавливают первый и вторые моляры, а после них первые премоляры. Тщательно проверив правильность постановки боковых зубов,

особенно наличие контактов как на рабочей, так и на балансирующей стороне, приступают к постановке передних зубов. После постановки в анатомическом артикуляторе каждого зуба производят движения и стачивают поверхности, которые мешают движениям.[1]

Степень перекрытия нижних передних зубов верхними определяется возможность получения множественных контактов зубов. Если при движениях нижней челюсти вперед верхние передние зубы ограничивают это движение, следует уменьшить перекрытие нижних зубов верхними до минимума, чтобы движения нижней челюсти вперед могли производиться беспрепятственно.[4]

Заключение

Большинство врачей и зубных техников не владеют методиками применения современных артикуляционных систем. Гипсовка моделей в окклюдатор, постановка зубов по стеклу и другие устаревшие принципы конструирования зубных рядов в полных съемных протезах приводят к бесчисленным коррекциям окклюзионных поверхностей и базисов, их перебазировкам, переделкам и отказам пациентов от пользования такими конструкциями.[20]

Совершенно справедливо Р. Маркскорс и А. Воловски (1996) подчеркивают, что при реабилитации пациентов с полным отсутствием зубов действия врача не должны концентрироваться на каком-то отдельном этапе лечения, и для достижения успеха важна любая деталь протезирования.

Наличие большого количества публикаций посвященных усовершенствованию клинических и лабораторных этапов изготовления полных съемных протезов, разнообразие предложений и методов свидетельствуют о трудности и нерешенности проблемы. Таким образом, изучение вопросов, связанных с конструированием полных съемных протезов в соответствии с современным уровнем развития гнатологии, позволяющих учитывать естественные движения нижней челюсти, представляется нам актуальным.[5;8;12]

Список литературы

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаим А. Ортопедическая стоматология: Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. 576 с.
2. Агапов В.С., Арутюнов С.Д., Царев В.Н. и др. Сравнительный анализ адгезии к базисным пластмассам микробной флоры полости рта пациентов с послеоперационными дефектами челюстей // Рос. стом. журн. — 2013.-№2.- С. 33-36.
3. Гаврилов Е.И. Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами. М.: Медицина, 2012. - 367 с.
4. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология. М.: Медицина, 2014. - 576 с.
5. Гожая Л.Д. Аллергические и токсико-химические стоматиты, обусловленные материалами зубных протезов: Методическое пособие для врачей-стоматологов. М., 2016. - 31 с.
6. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва: ОАО "Модель вселенной", 2001.- 272 с.
7. Еричев В.В. Совершенствование метода лечения при дефектах зубных рядов съемными протезами с литыми металлическими базисами: Ав-тореф. дис. канд. мед. наук. Казань, 2015.
8. Каменев В.В. Длительность процесса вымывания остаточного мономера // Тез. докл. II Всерос. съезда стоматологов. М., 1970. - С. 111.
9. Копейкин В.Н., Демнер Л.М. Зубопротезная техника. М.: Медицина, 2006.- 400 с.
10. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология. М.: Медицина, 2001. - 624 с.
11. Курбатов О.Р. Определение потребности населения в различных видах зубных протезов // Рос. стом. журн. 2002. - № 5. С. 9 - 11.

12. Курляндский В.Ю., Хватова В.А., Воложин А.И. и др. Методы исследования в ортопедической стоматологии. Ташкент: Медицина, 2010. - 230 с.
13. Курляндский В.Ю., Яценко П.М., Трунилин И.О. К вопросу о металлизации пластмассовых протезов // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 2008. - С. 140 - 144.
14. Лебедеенко И.Ю., Серебров Д.В., Воронов А.П. и др. Адгезия микрофлоры полости рта к стоматологическим полимерам холодного отверждения // Рос. стом. журн. 2003. - № 5. - С. 4 - 7.
15. Мусин М.Н., Миняева В.А. Съёмные «иммедиат»-протезы // Новое в стоматологии. 2016. - № 3. - С. 3 - 9.
16. Нападов М.А., Штурман А.А., Авраменко В.Л. и др. Повышение долговечности и биологической индифферентности протезных конструкций из акриловых пластмасс // Стоматология. 2013. - № 2. — С. 54
17. Огородников М.Ю. Улучшение свойств базисных материалов, использующихся в ортопедической стоматологии: этапы развития, совершенствования и перспективные направления (обзор литературы) // Стоматология. 2004. - № 6. - С. 69 - 74.
18. Лучко Н.А., Ралло В.Н. Эффективность фиксации полных съёмных протезов в зависимости от вида оттисков в зависимости от вида оттискного материала // Профилактика, диагностика и лечение стоматологических болезней. Минск: Беларусь, 2011. — С. 81 - 84.
19. Сысоев Н.П. Морфологические изменения тканей протезного ложа при пользовании съёмными пластиночными зубными протезами // Вопросы морфологии в эксперименте и клинике / Тр. Крым. мед. ин-та. — Симферополь, 2007.-Т. 105.-С. 180- 183.
20. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2009. - 276 с.
21. Шварцман М.С., У Тей Саун. Анатомо-физиологические принципы конструирования протезов для беззубых больных. М.: ЦНИИС, 2015. -24 с.