

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра «Стоматология»

КУРСОВАЯ РАБОТА

По дисциплине: «Зубопротезирование (простое зубопротезирование)»

На тему: «Бюгельные протезы. Показания и противопоказания к их
применению. ».

Специальность 31.05.03

Выполнил: ст. гр. 17лс5

Алмакаев Т.Ш.

Руководитель: ассистент кафедры "Стоматология"

Никаноров М.К.

Работа защищена с оценкой _____

Дата защиты «___» _____ 20__ г.

Пенза-2020

Содержание

Введение.....	3
Бюгельные протезы.....	4
Кламмера.....	8
Кламмерная система Нея.....	11
Базис бюгельных протезов.....	13
Клинико- лабораторные этапы изготовления.....	16
Параллелометрия.....	17
Показания и противопоказания к применению бюгельного протеза...21	
Заключение.....	23
Список литературы.....	24

Введение

Протезирование съёмными протезами до сих пор остаётся одним из основных видов протезирования. Эволюция протезирования такими конструкциями идёт по пути сохранения съёмности протеза, но с попытками уменьшения границ базиса протеза для сохранения вкусовой, тактильной и температурной чувствительности слизистой оболочки полости рта и чёткости дикции. Важное значение имеет при этом и перераспределение жевательного давления между естественными зубами и слизистой оболочкой полости рта.

Указанным требованиям наиболее полно отвечают конструкции опирающихся бюгельных протезов. Появление современных сплавов, технологий их применения и обработки, создают неограниченные возможности для конструирования разнообразных вариантов таких протезов.

Бюгельные протезы.

Бюгельные зубные протезы - это разновидность съемных протезов, в которых на металлическом каркасе крепится пластмассовая основа в форме десны, а на ней - искусственные зубы. Металлическая дуга (бюгель) придает конструкции особую надежность и прочность. Бюгель- это более совершенная альтернатива съемному пластиночному или гибкому нейлоновому протезу. Он может применяться тогда, когда в силу клинической ситуации уже невозможно изготовление несъемных мостовидных конструкций.

По технологии изготовления каркаса бюгельного протеза дуговые опирающиеся протезы можно разделить на:

1. Отдельные элементы, гнутые из проволоки, с применением стандартных дуг, а затем спаянные.
2. Отдельные элементы отлиты из металла, а затем спаянные.
3. Цельнолитые.
4. Литые со снятием с модели или по выплавленным моделям.
5. Литые на огнеупорной модели.
6. Литые через пластмассовую композицию.

Виды бюгельных протезов:

- простой бюгель;
- сложный бюгель;
- шинирующий бюгель;
- бюгель с замком МК;

- цельнолитые бюгельные зубные протезы на золото-платиновых сплавах.

Во всех типах бюгельных протезах различают следующие конструкционные элементы:

- металлическая дуга;
- опорно-удерживающие элементы;
- базис с искусственными зубами.

Седловидные элементы - основные части протеза, несущие на своей поверхности пластмассовый базис с искусственными зубами и возмещающие утраченные ткани альвеолярного отростка.

Ретенционные элементы - кламмеры, аттачмены, соединяющие штанги и другие устройства, удерживающие протез на опорных зубах и препятствующие его смещению.

Соединяющие элементы - плоские металлические стержни криволинейного профиля, жёстко соединяющие два седла протеза или седло и ретенционные элементы на противоположной стороне зубного ряда.

Дуга на всём протяжении не должна касаться слизистой оболочки нёба или альвеолярной части.

На нижней челюсти:

- Подъязычная дуга - соединяющий элемент цельнолитого протеза нижней челюсти полугрушевидной формы 4*2 мм; нижний край дуги на 0,2 мм отступает от слизистой оболочки альвеолярного отростка;
- верхний край дуги отступает на 4 мм ниже десневого края;
- Двойная дуга - сочетание подъязычной дуги и многозвеньевое непрерывного кламмера на лингвальной поверхности зуба;
- Литой базис.

Дугу располагают с язычной стороны посередине между дном полости рта и уровнем десневого края параллельно слизистой оболочке альвеолярной части.

При изготовлении бюгельного протеза, занимающего группу жевательных зубов, с отсутствием дистальных опор дуга должна отстоять от слизистой оболочки неравномерно, причём в нижнем отделе больше. Так как при нагрузке седловидной части происходит её оседание и вращательное движение дуги - седловидная часть больше приближается к слизистой

При наличии дополнительных дефектов в группе передних зубов от неё отходят ответвления для фиксации искусственных зубов.

Форма дуги в сечении протеза на нижнюю челюсть чаще полуовальная.

На верхней челюсти:

- Литой поперечный базис 0,5 - 0,7 мм на слизистой оболочке твёрдого нёба;
- Переднее расположение литого базиса в области нёбных складок;
- Дистальное расположение литого базиса в сочетании с многозвеньевым кламмером - круговая дуга.

Наиболее простой вариант - дуга проходит поперёк нёба на уровне первых моляров, имеет в сечении форму дуги протеза на нижнюю челюсть, но большей ширины (уплощённая дуга с расширенными границами). Слегка уплощённая середина размещается между первым и вторым молярами правой и левой сторон. Ход дуги изогнут, напоминает букву «З», открытую к группе передних зубов.

Опорно-удерживающие элементы - опорные лапки, окклюзионные накладки и другие приспособления, предупреждающие смещение протеза в гингивальном направлении:

- кламмера;

- замковые крепления.

Бюгельный протез с кламмерной фиксацией. Такие протезы фиксируются на зубах с помощью литых кламмеров. Они дают более точную фиксацию чем, более точно распределяется нагрузка на зубы (при правильном расположении), т.е. уменьшают расшатываемость опорных зубов. Крупный недостаток – неэстетичный вид, особенно если они размещены в передней области.

Бюгельный протез с фиксацией на замковых креплениях или телескопических коронках. Такие протезы способны не только обеспечивать хорошую эстетичность и функциональность зубного ряда, но самое главное – при правильном применении способны продлить жизнь даже ослабленным зубам с серьезными повреждениями опорного аппарата. Они с успехом применяются при лечении малых и обширных дефектов зубных рядов при пародонтите, пародонтозе, обеспечивая надежный долговременный результат.

Замковые соединения (Аттачмены):

- Позитивная часть - Патрицы - имеет вид круглого стержня, шара, Т-образного выступа, располагается на искусственной коронке опорного зуба.
- Негативная часть - Матрицы - её внутренняя полость точно повторяет размеры и форму патрицы, располагается в цельнолитом съёмном протезе.

Преимуществами замковых креплений являются:

- Более высокая точность по сравнению с кламмерами;
- Более высокие эстетические качества протезов изготовленных с использованием замковых креплений и более короткий период привыкания пациентов к подобным протезам;

- Наличие стандартных взаимозаменяемых составных частей;
- Длительный срок службы протезов, изготовленных с использованием замковых креплений (в среднем он составляет 7-10 лет);
- Возможность смены матриц и повторной активации;
- Они обеспечивают жесткую фиксацию зубного протеза
- Являются более эстетичными.
- Имеют высокие эксплуатационные свойства.

Следует отметить, что при изготовлении бюгельных протезов с замковыми креплениями мы предъявляем более высокие требования к качеству технических процедур (моделировке, литью каркаса протеза), что влечет за собой более высокую стоимость по сравнению с кламмерами.

Кламмера

Кламмер - крючок, конструктивная деталь зубного протеза, которая охватывает естественный зуб на 2/3 его окружности и таким образом удерживает протез на челюсти;

Части кламмера:

- Опорная - окклюзионная накладка.
- Стабилизирующая - шинирующие, охватывающие части кламмера.
- Удерживающие - ретенционные части кламмера.
- Соединительные - тело и отросток.
- Кламмеры изготавливают из пластмассы и металла.

Кламмеры делятся по форме на:

- - круглые;
- - полукруглые;

- - ленточные;

По способу изготовления:

- гнутые
- литые.

По функции: удерживающие, расположенные выше или ниже экватора зуба и опорно-удерживающие, у которых удерживающая часть находится ниже или выше экватора, а опорная - на окклюзионной поверхности зуба.

Ленточные кламмера применяют редко, так как они плохо пружинят, стирают эмаль зуба и способствуют образованию кариеса (кроме случаев, когда зубы покрыты металлическими коронами).

Широкое применение имеют круглые одноплечие удерживающие кламмера.

В одноплечем кламмере различают следующие части:

- плечо, охватывающее зуб со щечной стороны;
- отросток, вваривающийся в базис протеза;
- тело - серединную или пружинящую часть, соединяющую плечо кламмера с отростком.

Чем больше пружинящая часть кламмера, тем он эластичнее и тем меньшее вредное влияние оказывает на опорный зуб.

Кламмер непрерывный оральный.

Применяют при конструировании опирающихся протезов, он выполняет две задачи:

1) упрочняет протез, поэтому толщина и ширина основания бюгеля могут быть меньшими;

2) поскольку звенья непрерывного орального кламмера располагают над бугорками фронтальных зубов, кламмер усиливает опору протеза и в некоторой

степени способствует передаче жевательного давления всем зубам, на которые он опирается. Иммобилизирующего и шинирующего значения непрерывный оральный кламмер не имеет.

Кламмер опорный.

Предназначен для фиксации протеза и передачи на естественные зубы жевательного давления, падающего на тело протеза. Наиболее часто опорный кламмер состоит из вестибулярного и орального плеча, окклюзионной накладки и якорной части.

Кламмерная, проведенная между двумя кламмерами съемного протеза, зависит от топографии дефектов в зубном ряду. Кламмеры располагают диаметрально, диагонально или односторонне по отношению к зубной дуге.

Кламмерная система: Система кламмеров бюгельного протеза, устанавливается параллелометром. Применяют четыре основные формы литых кламмеров и их комбинаций.

Кламмерная система Нея.

В бюгельном протезировании в большинстве случаях используются *кламмера системы Нея*: двухплечий кламмер №1(Аккера), кламмер №2(Роуча), кламмер №3 (комбинированный), кламмер №4 (обратного действия), кламмер №5 (кольцевой).

Кламмер первого типа: используется при типичном расположении межевой (экваторной) линии, когда она проходит по щечной или язычной поверхности зуба примерно посередине коронки, в зоне прилежащей к дефекту, и несколько приближаясь к десне в пришеечной области зуба. Оклюзионная накладка обеспечивает опору, мешая погружению базиса протеза в ткани протезного ложа, передавая часть жевательного давления через опорный зуб на парадонт. Жесткая часть плечей, охватывающая зуб с язычной и вестибулярной сторон, надёжно предупреждает боковые сдвиги протеза, располагаясь над межевой линией, они также выполняют функцию опоры. Их следует располагать только над межевой линией, охватывая зуб на его поверхности и ни в коем случае не проникая в пришеечную область. Такое расположение кламмера и его физические свойства позволяют устранить движения протеза в трансверсальном направлении.

Кламмер второго типа: представлен окклюзионной накладкой, соединённой с телом, и двумя Т-образными плечами, прикреплёнными к седлу либо к язычным или небным дугам. Жесткая окклюзионная накладка этого кламера обеспечивает жесткую опору, а пружинящие плечи, расположенные в пришеечной части зуба, создают хорошую фиксацию. Жесткая часть кламмерных плечей обычно мала, поэтому кламмер не создает достаточного крепления в трансверсальном направлении. Этот тип кламмера применяют, когда межевая линия проходит высоко в ближайшей к дефекту зоне и опущена в отдаленной зоне. Большое значение для функции кламмера имеет пружинящее

свойство плеча. Плечо должно равномерно суживаться по направлению к концам, что позволяет ему пружинить.

Кламмер третьего типа: имеет одно плеча от первого кламмера, второе плечо – от кламмера второго типа. Этот кламмер применяется, если межевая линия имеет неодинаковое направление на различных поверхностях зуба. Чаще всего это наблюдается на молярах при их наклоне, а иногда и развороте.

Представляет собой комбинацию первых двух типов кламмеров и показан при оральном или вестибулярном наклоне зуба, когда на одной стороне (поверхности) зуба показан кламмер классического первого типа, а на другой - второго. Например, при вестибулярном наклоне премоляра - на язычной стороне моделируют жёсткое плечо, а на вестибулярной - полулабильное.

Кламмер четвертого типа: применяют при наклоне зуба, когда межевая линия поднимается высоко на стороне наклона (язычной), одновременно опускаясь на противоположной (вестибулярной) стороне. Жесткую часть кламмера помещают выше межевой линии, например, на щечной поверхности, где имеется большая опорная поверхность, позволяющая установить эту часть кламмера без нарушений окклюзии. Затем кламмер огибает дистальную контактную поверхность зуба, его окклюзионная лапка ложится в фиссуру и переходит на язычную поверхность. Здесь он пересекает межевую линию и, располагаясь своим пружинящим концом в пришеечной части, обеспечивает фиксацию протеза.

Кламмер заднего или обратного действия - представляет собой полукруговой кламмер который начинается опорным плечом на оральной (или вестибулярной) поверхности, переходит медиально-расположенную окклюзионную накладку и заканчивается опорно-удерживающим плечом на вестибулярной(оральной) поверхности. Кламмер отличается хорошими удерживающими и стабилизирующими свойствами. Показан при лечении

дефектов 1-го и 2-го классов по Кенеди с расположением на премолярах и клыках. Длинное плечо обеспечивает упругость кламмера.

Кламмер пятого типа: применяют на наклонных одиночно стоящих молярах с высоко поднятой межевой линией на стороне наклона и низко опускающейся на противоположной стороне. Тело кламмера лежит на опорной поверхности, полностью окружая зуб. Имея две окклюзионные накладки, он обеспечивает хорошую опору, но фиксирующие его свойства выражены слабо. Поэтому его применение всегда предусматривает усиление фиксации кламмерами с другой стороны. Для увеличения жесткости кольцевидного кламера создают второе укрепляющее плечо, идущее или от дуги или от седла.

Кламмер является круговым одноплечим кламмером, который используется на одиночно стоящих молярах. Кламмер начинается на медиальной или дистальной поверхности окклюзионной накладкой, затем переходит в сдвоенное оральное или вестибулярное плечо, переходящее в окклюзионную накладку на дистальной или медиальной поверхности.

Базис бюгельных протезов.

Базис представляет элемент съемного протеза, несущий искусственные зубы и ответвления от металлических деталей опирающегося протеза. Базис укрепляется на опорные зубы через соединительные элементы и опирается на альвеолярный отросток. В настоящее время для изготовления базисов применяют сплавы золота и кобальтохромовые, а также различные пластмассы. Преимущества базиса из кобальто-хромового сплава над золотым в том, что первый имеет небольшой удельный вес, а перед пластмассой в высокой прочности. При проведении перебазировок базиса: преимущество сохраняется за пластмассой.

Функции базиса:

1. Удержание искусственных зубов.

2. Передача нагрузки от приложенного давления.
3. Обеспечение сопротивления силам смещения.

Форма и размеры базиса зависят не только от наличия зубов и анатомических условий полости рта, но и от функциональных и профилактических задач. Чем больше естественных зубов воспринимает жевательное давление и чем больше они могут быть нагружены, тем меньше требуется площадь для базиса протеза. Преимущества бюгельных протезов над съемными пластиночными заключаются в следующем: имеют меньший размер, следовательно быстрее пациент адаптируется к ним; не вызывают ощущение инородного тела; не нарушают вкусовую и температурную чувствительность. В опирающихся съемных протезах применяются в основном стандартные искусственные зубы из пластмассы и фарфора. Однако возможно применение металлических зубов, отлитых вместе с каркасом протеза. При постановке искусственных зубов в частично съемных протезах необходимо соблюдать законы статики и динамики, т.е. зубы размещаются посередине альвеолярного гребня.

Так же необходимо учитывать межальвеолярные соотношения. Соединение каркаса протеза с базисом может быть:

1. Жестким - целесообразно использовать, когда опирающийся съемный протез устанавливается при достаточном количестве опорных зубов и хорошо сохранившихся альвеолярных отростках и слизистой с небольшой равномерной упругостью.
2. Пружинящее крепление - достигается путем введения одной или нескольких пружин. Пружинящее соединение показано тогда, когда необходимо уменьшить нагрузку на опорные зубы за счет повышения функциональной нагрузки на ткани гребня челюсти. Это необходимо при малом количестве опорных зубов или когда опорные зубы недостаточно устойчивые

3. Шарнирные соединения - предназначены для рационального распределения жевательной нагрузки на слизистую и пародонт.

При дистально ограниченных дефектах (3 и 4 классы) вертикальная нагрузка передается преимущественно на опорные зубы, поэтому размеры базиса могут быть уменьшены, чтобы не мешать движениям языка (Соснин Г.П.).

При хорошо сохранившемся альвеолярном отростке для замещения дефектов зубного ряда 4 класса делают искусственные зубы на приточке (Соснин Г.П.). Границы базиса протеза со свободно оканчивающимися седлами должны быть расширены, особенно на нижней челюсти при значительной протяженности дефектов. Границы базисов протеза на нижней челюсти устанавливаются как для полного съемного протеза, т.е. в пределах нейтральной зоны. Дистальная граница базиса протеза на нижней челюсти проходит на позадиальвеолярных буграх. Это необходимо для предупреждения смещения протеза в дистальном направлении и уменьшения давления на слизистую оболочку. На верхней челюсти нет необходимости расширять границы базиса при большой и средней высоте альвеолярного отростка, а расположение площади опоры не имеет существенного значения. При изготовлении бюгельного протеза оттиски с зубных рядов, альвеолярных отростков и челюстей снимают эластическими материалами по общепринятой методике либо применяют двухслойный оттиск.

Клинико- лабораторные этапы изготовления.

Технологический процесс изготовления бюгельных протезов отличается от процесса получения пластиночных лишь в части изготовления металлического каркаса, который можно изготовить цельнолитым или комбинированным. Детали каркаса состоят из литых и гнутых частей, спаянных между собой.

- Получение оттисков;
- Изготовление рабочей модели из прочного гипса и вспомогательной - из обычного гипса, нанесение границ каркаса;
- Параллелометрия моделей, измерение поднутрений, нанесение общей экваторной линии;
- Подготовка к дублированию и дублирование;
- Нанесение разметки рисунка кламмеров на опорные зубы;
- Нанесение рисунка дуги, удерживающей части каркаса базиса и границ седловидных частей;
- Нанесение изоляционного слоя на зоны расположения дуги и удерживающих частей;
- Моделирование из стандартных восковых заготовок каркаса протеза на огнеупорной модели;
- Подготовка к литью, установка литникобразующих штифтов;
- Снятие восковой репродукции с модели;
- Установка репродукции на под опаквый конус и литниковой системы (отводных каналов);
- Нанесение облицовочного слоя литейной формы;
- Формовка модели огнеупорными наполнительными смесями;
- Выплавление воска, сушка и обжиг формы;

- Процесс литья;
- Удаление литниковой системы и обработка каркаса;
- Наложение каркаса на рабочую модель. Обработка, шлифовка, полировка каркаса протеза;
- Проверка конструкции каркаса протеза;
- Изготовление из воска седловидной части и постановка искусственных зубов;
- Замена воска пластмассой, полимеризации и обработка пластмассы;
- Сдача протеза в клинике.

Параллелометрия.

Параллелометр – это прибор для определения относительной параллельности поверхностей двух или более зубов или других частей челюсти, например альвеолярного отростка.

Предложено много конструкций параллелометров, но в основе их лежит один и тот же принцип, а именно при любом смещении вертикальный стержень всегда параллелен своему исходному положению. Это и позволяет находить на зубах точки, расположенные на параллельных вертикальных плоскостях.

Конструкция прибора:

- Основание
- Стойка
- Кронштейн
- Набор стержней
- Шарнирный столик для фиксации модели

Прибор имеет плоское основание, на котором под прямым углом закреплена стойка с кронштейном. Кронштейн подвижен в вертикальном и горизонтальном направлениях. Плечо кронштейна соотносится со стойкой под углом 90. На плече кронштейна имеется зажимаемое устройство для сменных инструментов. Это устройство позволяет перемещать инструменты по вертикали.

Пути введения и снятия протеза.

Путь введения протеза – движение протеза от первоначального контакта его кламмерных элементов с опорными зубами до тканей протезного ложа, после чего окклюзионные накладки устанавливаются в своих ложах, а базис точно располагается на поверхности протезного ложа.

Путь снятия протеза – движение в обратном направлении, т.е. от момента отрыва базиса от слизистой оболочки протезного ложа до полной потери контакта опорных и удерживающих элементов с опорными зубами.

Возможно несколько путей введения протеза, но выбирать следует наиболее удобный. Наилучшим путём введения и выведения протеза следует считать тот, когда протез легко накладывается и снимается, встречая минимум помех, которые нельзя исключить, и одновременно обеспечивая одинаковую ретенцию на каждом зубе. Путь введения зависит от расположения кламмеров, а последнее, естественно, влияет на эстетику. Поэтому следует находить такое решение, при котором будут менее заметны кламмеры и сохранена форма передних зубов. Учитывая требования эстетики, иногда приходится жертвовать другими требованиями, например фиксацией.

Возможны следующие пути введения протеза:

- Вертикальный (но при этом должна быть хорошая ретенция, т.к. вязкая пища может смещать протез при разобщении зубов)

- Вертикальный правый (движение идёт слегка вправо от истинного вертикального)
- Вертикальный левый
- Вертикальный задний
- Вертикальный передний

Выбор пути введения не является случайным, а обуславливается определёнными обстоятельствами. К ним следует отнести помехи вставлению и снятию, поднутрения зубов и ниши альвеолярного отростка. Надо выбрать такой путь, при котором будет меньше помех, а топография межевой линии наиболее удобна для расположения кламмеров. Следует учитывать фиксацию протеза во время функции. Нужно, чтобы кламмеры на передних зубах не были заметны, а последние имели бы соответствующие форму и цвет. Направляющие плоскости должны быть параллельны.

Выполнить все эти условия не всегда представляется возможным. Часто для придания параллельности направляющим плоскостям, т.е. дистальным контактными премолярам и медиальным поверхностям моляров при включенных дефектах, зубы покрывают коронками, придавая им соответствующую форму

Задачи параллелометрии:

- Распределение жевательной нагрузки;
- Определение пути введения каркаса протеза;
- Обеспечение фиксации и стабилизации каркаса протеза;
- Достижение эстетических норм.

Основные методы параллелометрии:

А) Методы выявления среднего наклона длинных осей всех опорных зубов:

- с помощью угломерных механизмов;
- по Новаку — Березовскому.

Б) Произвольный метод:

В) Метод выбора, который имеет виды наклона модели:

- -передний
- -задний (задний край модели расположен выше переднего)
- -правый боковой (левая половина модели расположена выше правой)
- -левый боковой.

Типичное расположение межевой линии (когда она проходит по щечной или язычной поверхности зуба примерно посередине коронки в зоне прилегающей к дефекту, и несколько приближаясь к десне в пришеечной области) -1-й тип кламмера.

Атипичное расположение межевой линии (когда она проходит высоко в ближайшей к дефекту зоне и опущена в отдельной) - 2-й тип кламмера.

Межевая линия имеет неодинаковое направление на разных поверхностях зуба (чаще это наблюдается на премоляре или развороте -3-й тип кламмера.

При атипичном расположении межевой линии (когда имеется щечный или язычный наклон премоляров, клыков , а также при конической или низкой клинической коронке) -4-й тип кламмера.

Межевая линия поднята на стороне наклона и низко отпускается на противоположной стороне (на наклоненных одиночно стоящих молярах) -5-й тип кламмера.

Показания и противопоказания к применению бюгельного протеза.

Любая ортопедическая конструкция имеет ряд показаний так и противопоказаний, для того чтобы определить какая конструкция наиболее подходящая в клинической ситуации необходимо обследовать пациента и назначить правильное лечение.

Конструкция бюгельного протеза определяется:

- количеством и расположением оставшихся зубов,
- высотой клинических коронок,
- состоянием пародонта оставшихся зубов,
- биофизическими характеристиками слизистой оболочки альвеолярных отростков,
- выраженностью пунктов анатомической ретенции,
- формой беззубых участков альвеолярного отростка.

Показания к применению бюгельного протеза.

- Двухсторонние концевые дефекты зубного ряда.
- Односторонние концевые дефекты зубного ряда.
- Включенные дефекты зубного ряда в боковом отделе с отсутствием более 3-х зубов.
- Дефекты зубного ряда в переднем отделе при отсутствии более 4-х зубов.
- Дефекты зубных рядов в сочетании с заболеваниями пародонта.
- Множественные дефекты зубных рядов.
- Устойчивые опорные зубы.
- Отсутствие очагов хронического воспаления у корней опорных зубов.
- У леченых опорных зубов пломбировочный материал не должен выходить за верхушку корня.

- В местах расположения базисов бюгельных протезов слизистая не должна быть подвержена патологическому процессу.
- Слизистая, особенно в местах расположения базисов, должна быть минимально податливая.
- Форма беззубых альвеолярных отростков не должна препятствовать введению и выведению протеза.

Противопоказания к применению бюгельного протеза.

Противопоказания делятся на относительные и общие:

Относительные противопоказания к протезированию бюгельными протезами:

- Подвижность зубов 3-4 степени, большие дефекты зубных рядов с недостаточным количеством опорных зубов,
- высокое прикрепление уздечки языка на нижней челюсти, резко выраженный торус на верхней челюсти,
- большая атрофия альвеолярных отростков,
- наличие плоского неба на верхней челюсти,
- значительно наклоненные в разные стороны опорные зубы,
- наличие глубокого прикуса, особенно глубокого травмирующего, без предварительной перестройки миостатического рефлекса
- низкие клинические коронки опорных зубов.

Общие противопоказания к протезированию бюгельными протезами:

- не санированная полость рта,
- соматический статус больного, психические заболевания в анамнезе,
- отказ пациента от предложенной конструкции,
- отсутствие медико-биологических, социально-бытовых условия для изготовления бюгельного протеза.

Заключение.

Утрата зубов (адентия) является серьёзной медицинской и социальной проблемой.

При адентии нарушается функция жевания, что приводит к различным заболеваниям желудочно-кишечного тракта. При утрате зубов возможно изменение внешнего вида, пропорции лица и нарушение речи. Удаление даже одного зуба влечёт за собой целый ряд проблем из-за смещения соседних, с образовавшимся дефектом, зубов, что может вызвать неправильное смыкание и соотношение зубных рядов при жевании, функциональную перегрузку и заболевания остающихся зубов. Это своего рода "цепная реакция", в результате которой при удалении одного зуба возникает реальный риск лишиться многих зубов.

Таким образом, отсутствие одного или нескольких зубов - это не только ухудшение жевания или косметическая проблема. Это реальная угроза для нормального функционирования всей зубочелюстной системы и организма человека. Это проблема, требующая своевременного и рационального лечения, целью которого является восстановление анатомической целостности зубных рядов и утраченных функций жевания.

Бюгельный протез – наиболее надежная, дорогая и удобная конструкция.

При изготовлении таких протезов производится точный расчет и моделирование всех элементов протеза.

Важным преимуществом бюгельного протеза является то, что он не закрывает неба. А, значит, привыкание к бюгельному протезу проходит гораздо быстрее, не возникает изменения дикции, протезного стоматита, активации рвотного рефлекса, не возникает неудобства при еде.

Список литературы.

1. Абдурахманов А.И. Материалы и технологии в ортопедической стоматологии. – М.: Медицина, 2008. – 288с.
2. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А. Ортопедическая стоматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 512с.
3. Данилина Т.Ф., Наумова В.Н., Жидовинов А.В. Литье в ортопедической стоматологии.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011.-43с.
4. Жулёв Е.Н. Ортопедическая стоматология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 840с.
5. Ибрагимов Т.И. Лекции по ортопедической стоматологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 225с.
6. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 248с.
7. Каламкарлова С.Х., Лебеденко И.Ю. Ортопедическая стоматология. Алгоритмы диагностики и лечение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 86с.
8. Копейкин В.Н., Миргазиев М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты. – М.: Медицина, 2008. – 240с.
9. Лебеденко И.Ю., Еричев В.В., Марков Б.П. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. – М.: Практическая медицина, 2009. – 512с.
10. Лебеденко И.Ю., Каливрадзиян Э.С. Ортопедическая стоматология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 640с.

11. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. – М.: Медицина, 2007. – 280с.
12. Лобовкина Л.А., Романов А.М. Современные технологии реставрации зубов. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 128с.
13. Морроу Л.А. Современная реставрация зубов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 210с.
14. Смит Б., Хоу Л. Коронки и мостовидные протезы в ортопедической стоматологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 344с.
15. Трезубов В.Н., Мишнёв Л.М., Жулёв Е.Н. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 384с.
16. Трезубов В.Н., Мишнёв Л.М., Сапронова О.Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии. – М.: Фолиант, 2009. – 664с.
17. http://articon.org/shop/zubotehnicheskaya_laboratoriya/rashodnye_materialy/zhidkosti_monomery_izolyacionnye_i_td/hartebad-zakalochnaya_vannochka_d_uplotn_gips_modelej_125ml/
18. http://dentashop.ru/magazin.html?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&product_id=551&category_id=66
19. http://dionms.ru/shop/group_1464/group_1330/group_1333/item_14686/
20. http://enigmadent.ru/catalog/jnhbuy_dxcrdsxz/jniuhihbkjnlk/248/