

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Правила проведения коррекции частичного съемного протеза. Фазы адаптации к съемным протезам.



Презентация лекционного материала
для студентов 3 курса
Доцент кафедры ортопедической стоматологии
Ирза Оксана Леонтьевна

2020 год

Процесс припасовки частичных съемных протезов можно разделить на несколько этапов.

Первый - визуальный осмотр протеза (оценка качества съемного протеза) с целью выявления технологических ошибок и неточностей в изготовлении протеза.

Необходимо обратить внимание на **толщину базиса, качество обработки поверхностей, наличие острых краев и наплывов пластмассы.**

При наличии дефектов, вызванных ошибками при полимеризации (пористости базиса, запах мономера), протез подлежит переделке.

Базис толщиной 1,8 – 2 мм на верхней челюсти и 2-2,5 мм на нижней челюсти, несколько увеличивается в местах прилегания к естественным зубам.



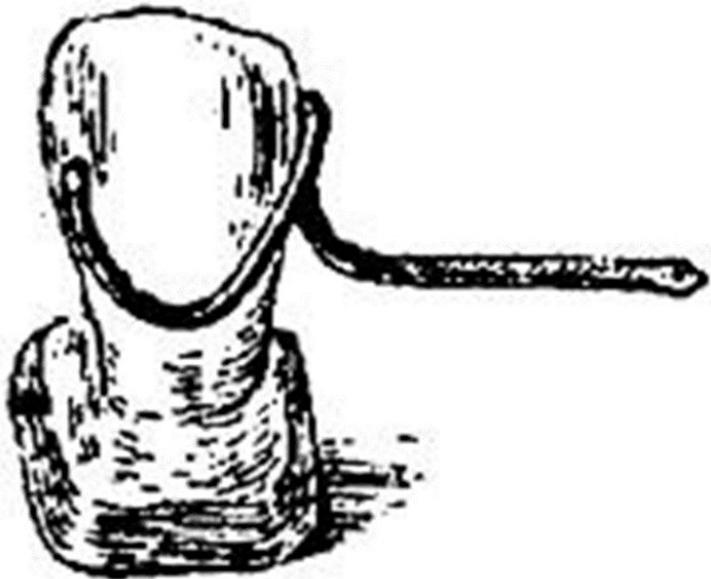
Края базиса (по переходной складке) не должны быть острыми, иметь округлую форму и необходимую толщину. Край базиса, обращенный к мягкому небу, наоборот, должен быть истончен за счет наружной части базиса для плавного перехода его в слизистую оболочку свода неба.



Поверхность базиса протеза, обращенная к слизистой оболочке протезного ложа, не полируется во избежание искажения микрорельефа.



Кламмера: должен быть слой пластмассы, покрывающий тело кламмера. Отсутствие пластмассы в этом месте или наличием лишь небольшой ее пленки, покрывающей металл, говорит о падении тела кламмера в зону поднутрения, что будет мешать наложению готового протеза. Кончик плеча кламмера должен быть закруглен, чтобы не травмировать слизистую оболочку.



Обработав протез спиртом (перекисью водорода) и ополоснув в воде, переходят к **припасовке ЧСПП в полости рта.**

Места препятствующие наложению протеза находятся в области естественных зубов : этому способствуют - наличие поднутрений на естественных зубах, непараллельное расположение оставшихся в полости рта зубов или их смещение при утрате рядом стоящих или антагонистов.

Выявляют участки, препятствующие наложению протеза при помощи копировальной бумаги, которую красящей поверхностью подкладывают под протез и пытаются наложить его вместе с ней до появления препятствия.

При этом на базисе протеза отпечатывается след красителя: участки наибольшего окрашивания - сошлифовывают. Удаляя пластмассу небольшими слоями - необходимо сохранить контакт базиса с естественными зубами.



Таким образом достигают плотного прилегания базиса к слизистой оболочке протезного ложа. Проверяют **соответствие границ базиса** съемного пластиночного протеза. Далее необходимо убедиться **в отсутствии баландирования** .



Оценивают точность положения фиксирующих элементов: частичное или в какой-либо одной точке касание ведет к неравномерному давлению на поверхность зуба при перемещении протеза и может быть причиной некроза эмали.

Неточное изготовление кламмера является причиной развития необычной по направлению нагрузки, проявляющейся в виде травматической окклюзии.



Далее оцениваются **эстетические качества протеза**: соответствие искусственных зубов естественным, их положение, анатомическая форма и цвет, внешний вид лица больного при сомкнутых зубных рядах в покое и при улыбке.



Следующим этапом - является **проверка окклюзионных взаимоотношений**.

В первую очередь изучаются окклюзионные контакты искусственных зубов с антагонистами в положении центральной окклюзии. С помощью артикуляционной бумаги выявляются участки преждевременных окклюзионных контактов.

После коррекции смыкания зубов в положении центральной окклюзии переходят к уточнению его при других окклюзиях - передней и боковых.



Фиксация и стабилизация проверяется путем смыкания зубов и смещения нижней челюсти в различные стороны.

После того как протез припасован и врач убедился в том, что протез соответствует клиническим требованиям, нужно **обучить пациента вводить и выводить протез**, а также проинструктировать по вопросам **ухода за протезами**.

Больного следует подготовить к тому, что он не сразу, а постепенно на протяжении месяца будет привыкать к протезу. Если он впервые пользуется съёмными протезами, возможно и дольше.

Зубной протез первоначально воспринимается тканями полости рта больного как инородное тело и выступает сильным раздражителем для нервных окончаний слизистой оболочки полости рта, что, в свою очередь, приводит к усилению слюноотделения, позывам к рвоте, нарушению функции речи, жевания и глотания.

При пользовании съёмным пластиночным протезом снижается тактильная, температурная и вкусовая чувствительность.

Рекомендации по пользованию съёмными протезами:

- первую неделю (две) носить протез днем и по возможности ночью, снимать только для гигиенической обработки после каждого приема пищи;
- в случае необходимости сразу обратиться к врачу для устранения причины неудобств или травмы;
- первые дни читать вслух и больше разговаривать (не менее 2 часов в день);
- если протез вызывает боль его необходимо снять, но перед приходом к врачу одеть за 3-4 часа до приема. Это позволит врачу точно определить участок протеза, который причиняет боль.

Съемные зубные протезы необходимо беречь от воздействия высоких температур, от механических и химических повреждений.

Самостоятельно чинить и корректировать протез запрещено, нужно немедленно обратиться к врачу.

Сам протез необходимо подвергать гигиенической обработке – мыть в проточной воде при помощи зубной щетки и гелевой зубной пасты (утром и вечером). Щетки для чистки съёмных

пластиночных протезов имеют щетину с двух сторон головки: на одной стороне зигзаговидную (для чистки наружных поверхностей протезов), а на другой — закругленную (для обработки вогнутой части базиса протеза).

Также необходимо полоскать рот водой и чистить протезы щеткой после каждого приема пищи.



Хранить протез необходимо во влажной среде: закрываемся контейнере или в стакане с кипяченой холодной водой с добавкой специальных дезинфицирующих составов (0,25 % раствор хлоргексидина, 1 % гель хлоргексидина; ферментосодержащие очистители в виде таблеток (dextrusa, proteinasa, FittyDent), которые растворяются в воде.



Пациентам со съёмными протезами не рекомендуется употреблять вязкие и клейкие продукты, такие как ириски, жевательные резинки и т.п. Эти продукты могут прилипнуть к протезу и могут способствовать его поломке. Исключить из рациона твердые продукты (орехи, сухари, сахар рафинад...)

В первое время рекомендовано употребление сравнительно мягкой пищи; употреблять пищу медленно; нарезанную сравнительно мелкими кусочками; стараться пережевывать пищу боковыми зубами правой и левой сторон одновременно, пережевывание пищи должно преобладать над откусыванием.

Коррекция протеза (от лат. correction - выправление, исправление) - это проводимые на контрольных осмотрах механические точечные и в редких случаях - плоскостные исправления контуров базиса съемного протеза в местах повреждения слизистой оболочки протезного ложа.

Цель данного этапа - устранение травмирующих выступов на базисе, предотвращение травматического стоматита, оптимизация процесса адаптации к протезу.

Пациента назначают на прием **ежедневно в течение первых трех дней** для осмотра и проведения коррекции, а затем по показаниям.

Наблюдение продолжается до тех пор, пока врач не убедится, что пациент привык к протезу, пользуется им постоянно и ткани протезного ложа находятся в хорошем состоянии.

На коррекцию пациента назначают на следующий день после наложения протезов. Причем предупреждают пациента, чтобы за **3 часа** до прихода к врачу протезы должны быть введены в полость рта.

Этап коррекции начинают с выяснения и уточнения жалоб пациента.

Осматривают протезы в полости рта – соответствие границ, положение кламмеров. Проверяют фиксацию и стабилизацию. Извлекают протезы и при помощи стоматологического зеркала, визуально и пальпаторно **определяют болезненные места** слизистой оболочки на границах базиса протеза и под базисом.



Краситель (маркер) (химический карандаш, водный дентин, чернила Бауша ВЮ-Ink и др.) наносят на слизистую оболочку в участке повреждения, затем надевается съёмный протез (его поверхности должны быть сухими) и на протез отпечатывается краситель в соответствующей избыточному давлению зоне. Участок окрашивания на протезе сошлифовывается примерно на 0,5 мм с помощью фрез.





При правильно проведенной коррекции болезненность уменьшается, но боль совсем не проходит. Остаточная болезненность обусловлена отеком слизистой оболочки, которая по истечении нескольких часов придет в норму. Для снятия отека и заживления повреждений слизистой больному можно рекомендовать полоскания полости рта слабыми антисептиками, отварами трав, назначают кератопластики (вит.А).

Проверяют с помощью артикуляционной бумаги равномерность **ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ** зубных рядов в центральной и функциональных окклюзиях. Наиболее интенсивно окрашенные места контактов сошлифовывают с помощью металлической фрезы, фасонных алмазных головок.

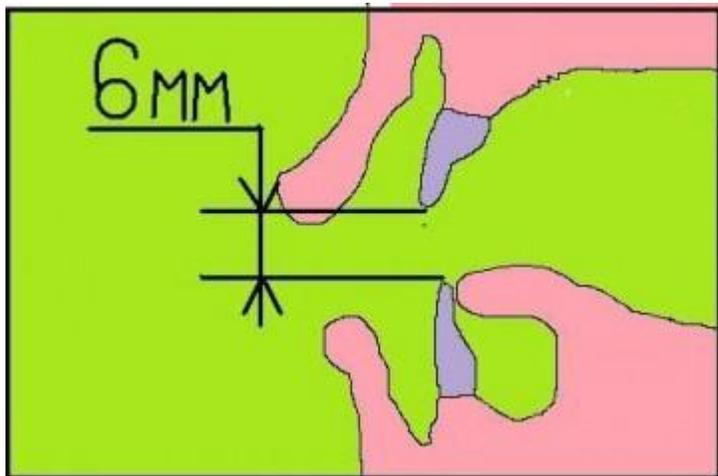


Правильное произношение звуков зависит: как поставлены искусственные зубы, от формы оральной и вестибулярной поверхностей базиса протеза, межальвеолярной высоты, уровня расположения окклюзионной поверхности и т.д., Значение каждого из этих факторов необходимо рассматривать в совокупности друг с другом.



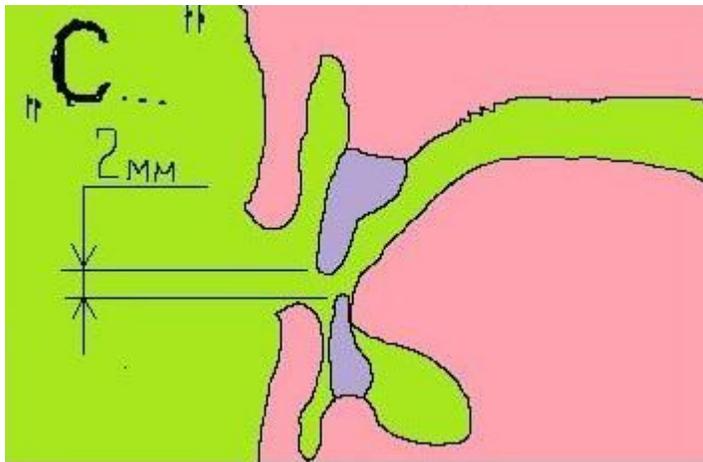
Фонетические пробы:

1. При спокойном произношении звука «О» передние зубы в норме разобьются примерно на 5- 6 мм. Если разобьение более 6 мм – занижение межальвеолярной высоты, если разобьение менее 5 мм – завышение.



2. Во время разговора зубы не должны контактировать, между ними всегда должен быть промежуток.

При произношении звуков «С» и «З» этот промежуток должен быть в пределах 1 - 2 мм - если больше занижена межальвеолярная высота.

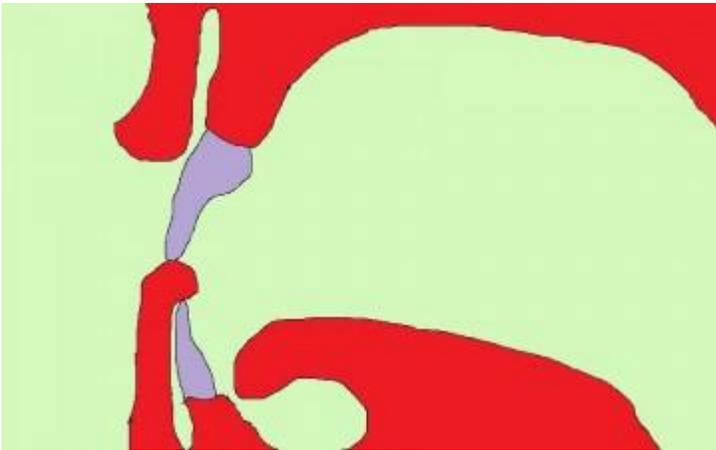


2. При нарушении произношения звука «С» , «Ш»- коррекцию проводят в переднем отделе небной поверхности (в области небных складок) немного выше шеек зубов с целью уменьшения толщины базиса.

3. при нарушении произношения звуков «Т» , «Д» , «Н» - язык упирается в небные поверхности коронок передних зубов - передние верхние зубы нужно сместить лабиально . Лучше поставить тонкие зубы , а с небной стороны убрать слой пластмассы, если нет результата – понизить высоту прикуса.



4. Нарушенное произношение «В» и «Ф» - длинные резцы верхней челюсти.



5. Четкая дикция звуков «г, к, х» определяет правильность конструкции базиса протеза в дистальном участке - при чрезмерном удлинении, утолщении или плохом прилегании будет нарушено произношение.

6. Четкое произношение звука «и» определяет правильность постановки фронтальных зубов нижней челюсти.

7. Звук «С» может получаться слишком свистящим, ухудшаться произношение **гласных А, И, О, У, Э** и **согласных Л, Р, З, Ц, Ч** - если зубная дуга верхнего протеза заужена.

Термин "**адаптация**" (от лат. adaptation - прилаживание, приспособление) может рассматриваться как влияние протеза на весь организм, которое выражается:

- в стабильности психического статуса пациента;
- невозможности существовать без протеза;
- отсутствии факторов раздражения слизистой оболочки протезного ложа, губ, щек, языка.

Согласно **В.Ю. Курляндскому** процесс адаптации к протезам можно рассматривать как, проявление коркового торможения реакций раздражения, наступающего в сроки от 10 до 33 дней.

В случае повторного протезирования сроки полной адаптации пациента к новым протезам значительно сокращаются (до 3-5 дней).

В.Ю. Курляндский различает **3 фазы адаптации** к зубным протезам.

1 – фаза раздражения(в день наложения съемного протеза)

2 – фаза частичного торможения(1-5 день)

3– фаза полного торможения(5-33 день)

Первая - фаза раздражения - наблюдается в день наложения протеза и оказывается в виде повышенной саливации, нарушения дикции, слабой жевательной мощности, повышенного рвотного рефлекса.

Вторая – частичного торможения - наступает в период из 1-го по 5-й день после наложения протезов. В этот период возобновляются речь, жевательная мощность, уменьшается саливация и угасает рвотный рефлекс.

Третья - фаза полного торможения - наступает в период из 5-го по 33-й день после наложения протеза. В этот период пациент не чувствует протез как постороннее тело, а наоборот, чувствует дискомфорт без него.

И. С. Рубинов (1952 г.) на основе объективного изучения жевательной функции с помощью жевательных проб и мастикациографии вынес противоположное мнение , что в основе привыкания к протезам лежит не торможение , а образование новых двигательных рефлексов.

по данным **Г.Б.Шиловой (1957-1974)** привыкание к протезам происходит в результате возникновения безусловного охранительного торможения , а не условного коркового.

Различают при привыкании к протезу 2 этапа:
1 этап – привыкание к протезу, как к постороннему телу в результате возникновения **охранительного торможения**;
2 этап – привыкание к протезу на основе **условно безусловных нервных связей** с формированием подвижного динамического стереотипа процесса еды.

В адаптационном периоде врач не только проводит необходимую коррекцию протезов, но и оценивает качество ортопедического лечения в целом.

Результаты ортопедического лечения можно считать позитивными, если у больного возобновилась речь, отмечаются хорошая фиксация и стабилизация протезов, соблюдены эстетические нормы, появляется возможность принимать твердую еду, больной сам положительно оценивает протезы.

Объективными методами оценки эффективности протезов в функциональном отношении являются жевательные пробы, мастикациография и аудиография.

Влияние частичного съемного пластиночного протеза на ткани полости рта и организм в целом.

Е.И. Гаврилов указывал , что протез может осуществлять на ткани полости рта **непосредственное и опосредствованное влияние.** Непосредственное влияние наблюдается при контакте с тканями протезного ложа. Для съемного протеза такими тканями являются слизистая оболочка альвеолярного отростка, твердого нёба, эмаль естественных зубов, с которыми контактируют элементы протеза.

Результатом **опосредствованного влияния** являются изменения функции мышц, сустава при снижении или повышении межальвеолярной высоты.

Е.И Гаврилов и А.С.Щербаков предлагают выделять **побочное, токсичное, аллергическое и травматическое влияние протеза.**

К побочному влиянию относят нарушение самоочищения, терморегуляции, изменение вкусовых ощущений, функциональную перегрузку пародонта опорных зубов кламмерными системами, «парниковый эффект» и «эффект медицинской банки».

Побочное действие протеза заключается в следующем:

- 1. Протез изменяет привычные взаимоотношения органов челюстно-лицевой системы, т. к. сокращая объем полости рта, затрудняет движения языка, одновременно нарушая артикуляционные пункты, необходимые для образования звуков.**
- 2. Новые окклюзионные контакты могут изменять характер движений нижней челюсти.**
- 3. Изменение межальвеолярного расстояния, создает новые условия для деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.**
- 4. Протез изменяет анализаторскую функцию нервных рецепторов слизистой оболочки, нарушая таким образом различные виды чувствительности.**

5. Протез нарушает самоочищение полости рта, а при плохом уходе загрязняет ее, изменяя микрофлору как в количественном, так и в качественном отношении.
6. Съёмный протез передает жевательное давление на слизистую оболочку, не приспособленную для подобной функции.
7. Протез является инородным телом и в противоположность пищевым продуктам действует как отвергающее средство.
8. Нарушается терморегуляция, изменяется слизистая оболочка протезного ложа вследствие возникновения отрицательного давления (вакуума).

В местах прилегания протеза к естественным зубам может возникать гингивит, пародонтит с образованием патологических карманов.



Нарушения терморегуляции заключается в том, что базисные материалы акрилового ряда обладают малой теплопроводностью. По этой причине под базисом протеза устанавливается более высокая температура, чем в полости рта, она близка к температуре тела человека. Повышение температуры способствует разрыхлению, мацерации слизистой оболочки протезного ложа, увеличению сосудистой проницаемости.

«Парниковый эффект» возникает при использовании частичными съёмными протезами с пластмассовым базисом, который имеет малую теплопроводность. Возникает как бы термостат, в котором создаются условия для размножения бактериальной и грибковой микрофлоры. Токсины, высвобождаемые бактериями, и являются причиной воспаления слизистой оболочки.

«Эффект медицинской банки» - при создании замыкающего клапана под базисом съемного протеза образуется вакуум. Вакуум вызывает расширение капилляров слизистой оболочки твердого неба и, естественно, ее гиперемию. Клинически проявляется разлитым воспалением слизистой оболочки твердого неба, ее отеком, а при длительном пользовании протезом — полипозом.

Побочное влияние зависит от принципа протезной конструкции. Изменяя протезную конструкцию можно уменьшить побочное влияние, но полностью избавиться от него невозможно.

Для уменьшения побочного действия ЧСПП можно:

- увеличить его базис (меньшее давление падает на каждый квадратный миллиметр подлежащих тканей);
- уменьшить ширину и количество жевательных зубов (для формирования пищевого комка увеличивается количество жевательных движений, что особенно важно при выраженной атрофии альвеолярных отростков, при подвижности слизистой оболочки и низком пороге болевой чувствительности);
- использовать в ЧСПП опорно-удерживающие кламмеры при наличии зубов с хорошо сохранившимся периодонтом.

Травматическое действие протеза заключается в повреждении его базисом слизистой оболочки.

Механическая травма наблюдается когда границы базиса протеза не отвечают форме и границам протезного ложа или когда не учтена разная степень податливости слизистой оболочки в разных участках протезного ложа.

Травму легко устранить при соответствующей коррекции границ протеза, или его отдельных участков.

Причиной **токсичного влияния** является избыток мономера, реже бактериальные токсины при плохой гигиене полости рта. По своей химической природе мономер является метиловым эфиром метакриловой кислоты. А все эфиры, как известно, обладают раздражающим действием на слизистую оболочку полости рта, а в больших концентрациях мономер является протоплазматическим ядом.

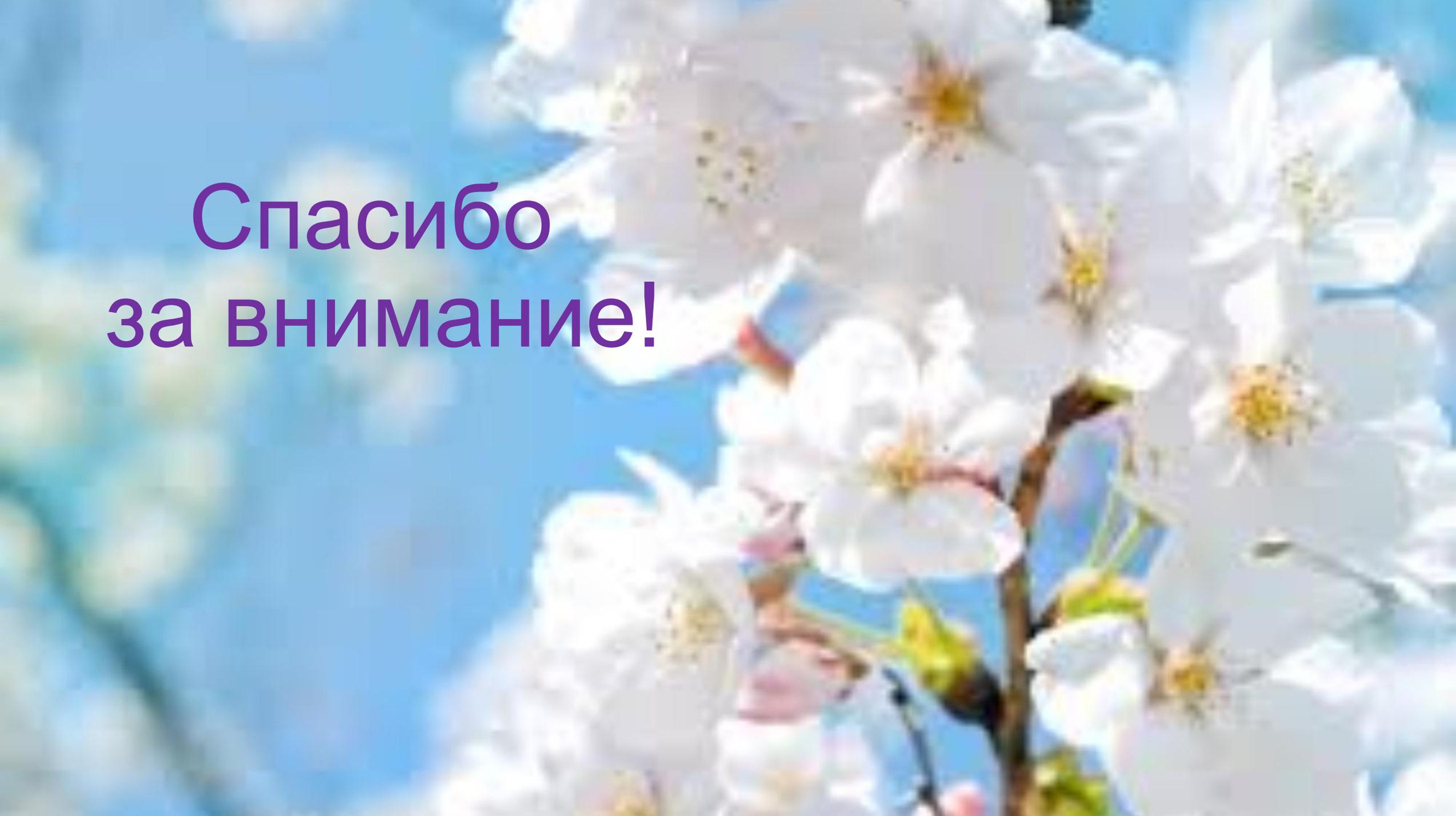
Аллергическое влияние обусловлено материалами, из которых изготовлен протез. В первую очередь это касается мономера, окислов металлов, которые реагируют с белками организма и становятся аллергенами.

Токсический стоматит



Дольчатая фиброма переходной складки верхней челюсти



A close-up photograph of white cherry blossoms in full bloom, set against a clear blue sky. The flowers are the central focus, with their delicate petals and prominent yellow stamens clearly visible. The background is a soft, out-of-focus blue, suggesting a bright, sunny day. The overall mood is fresh and vibrant.

Спасибо
за внимание!