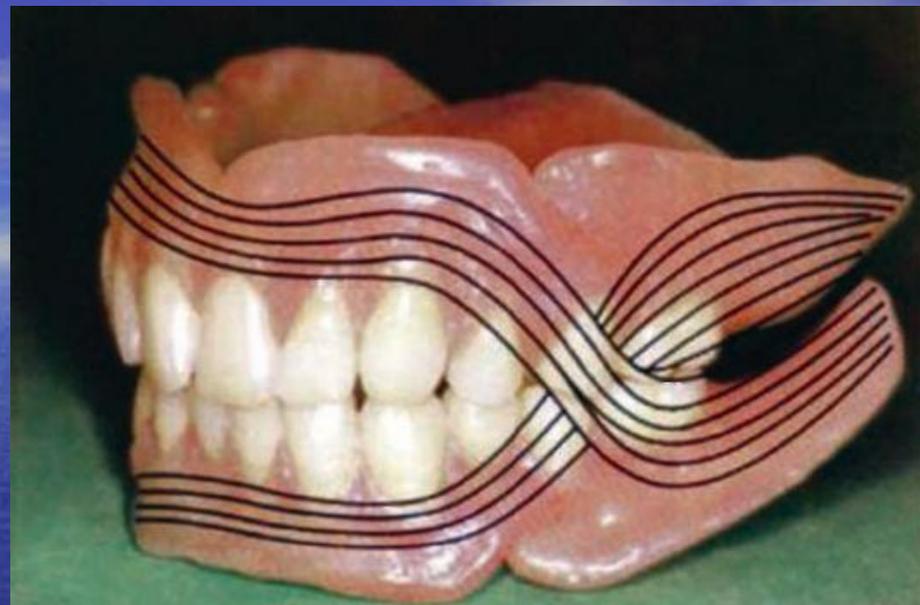


«Двухслойные
базисы протезов
при полном
отсутствии
зубов».



- При неблагоприятных условиях протезного ложа базис протеза должен быть дифференцированным, то есть, как отмечал В.Ю. Курляндский (1958), «там, где твердо на челюсти, должно быть мягко в базисе и наоборот». Таким требованиям может отвечать двухслойный базис. Недостаточная податливость слизистой оболочки протезного ложа в этом случае компенсируется эластичным слоем базиса протеза.

- Введение мягкой подкладки между жестким базисом и слизистой оболочкой протезного ложа может благоприятно сказываться на эффективности протезирования, так как в этих случаях жевательное давление амортизируется мягкой подкладкой

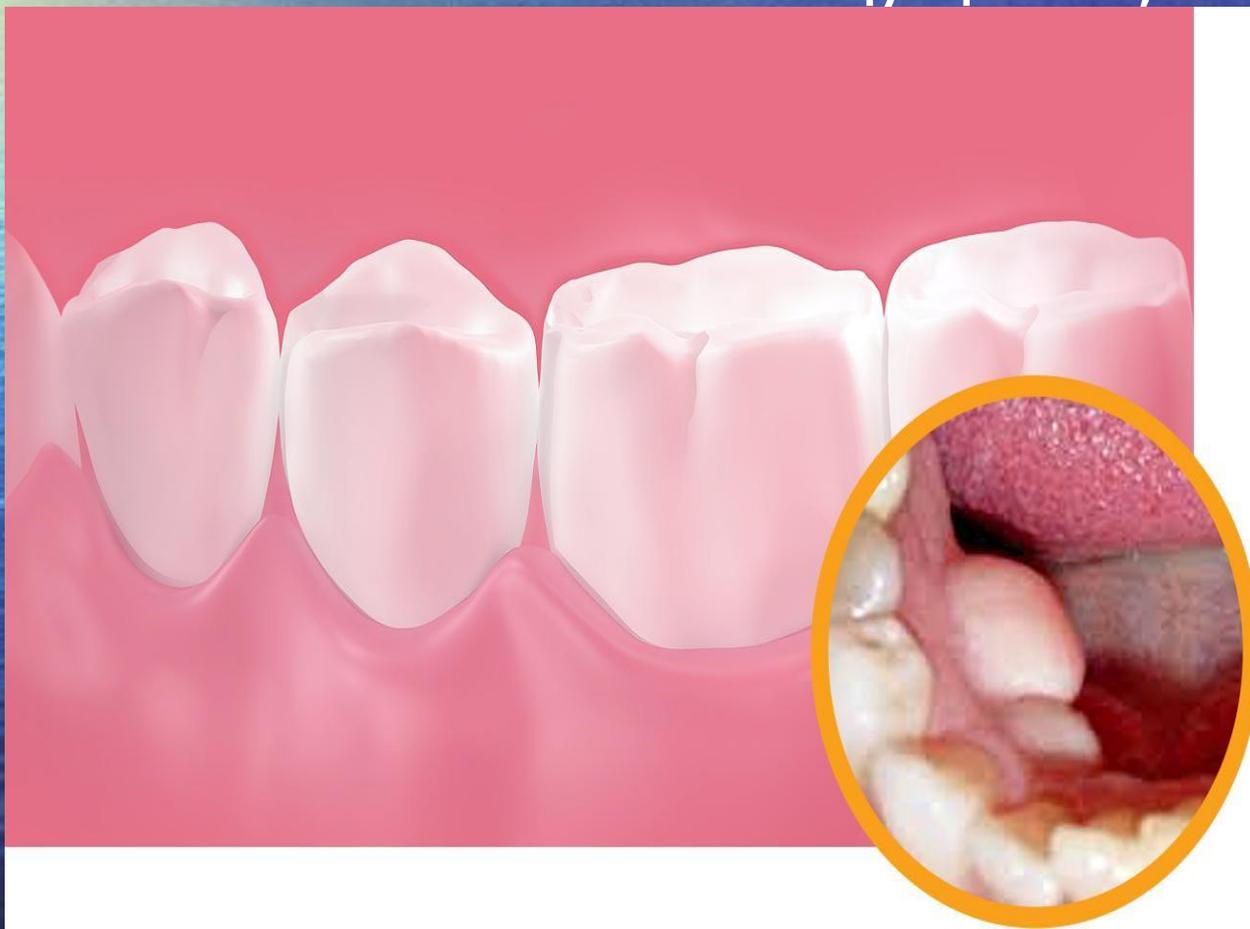


Двухслойные базисы изготавливают в следующих случаях:

1. при резкой
неравномерной атрофии
альвеолярных отростков
с сухой, малоподатливой
слизистой оболочкой,
когда никакими
общеизвестными
методами невозможно
добиться хорошей
фиксации протезов и
снижения болевых
ощущений;



- 2. при наличии острых костных выступов и экзостозов на протезном ложе, острой челюстно-подъязычной линии и противопоказаниях к хирургической подготовке, вследствие чего твердый базис протеза вызывает сильные болезненные ощущения;



- 3. при изготовлении сложных челюстно-лицевых протезов;
- 4. при изготовлении имедиат-протезов с удалением большого количества зубов;
- 5. при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта;
- 6. при аллергических состояниях в связи с применением протезов из акрилатов;

- 7. при повышенной болевой чувствительности;
- 8. при перебазировке;
- 9. на период адаптации

Непрямой метод нанесения эластичной прокладки из «Ортосила»

- Для изготовления двухслойного базиса протеза получают анатомический оттиск, отливают модель, по которой изготавливают жесткую индивидуальную ложку. После припасовки ее на челюсти снимают функциональный дифференцированный оттиск с учетом состояния податливости мягких тканей протезного ложа. Затем на рабочую модель, полученную по дифференцированному оттиску, фиксируют прокладки из фольги соответствующей толщины для формирования на внутренней поверхности жесткого базиса изолирующих участков (по типу изоляции торуса).

- После изготовления жестких базисов из акриловой пластмассы определяют центральное соотношение челюстей. Затем, установив модели в окклюдатор, осуществляют постановку зубов на жестком базисе. Проверка конструкции протеза, замена воска пластмассой, полимеризация пластмассы и отделка протезов проводятся по общепринятым методикам. Завершают изготовление двухслойного базиса протеза формированием и уточнением границ базиса на челюсти при помощи слепочной массы ортокор, которую впоследствии заменяют на эластичную пластмассу ортосил. Ортокор играет решающую роль в создании эффекта функционального присасывания и дает возможность формировать рельеф базиса и уточнять его границы под силой жевательного давления во время жевания.

- Показаниями к повторному протезированию являются снижение лечебных, профилактических свойств и возрастающее нежелательное действие протеза. Клинические наблюдения показали, что по истечении трех лет пользования протезами жевательная эффективность остается высокой, но достигается за счет удлинение времени разжевывания пищи, т.е. снижается размалывающая способность искусственных зубов. Кроме того, повторно изготавливают протезы в случаях их балансирования, частых поломок, изменений в тканях протезного ложа

- Следующая особенность повторного протезирования заключается в постановке зубов, особенно в протезах для верхней беззубой челюсти. После потери последнего зуба возникает так называемая старческая прогения. Атрофия альвеолярного отростка на верхней челюсти происходит главным образом с вестибулярной поверхности, что также ведет к сужению альвеолярной дуги. На нижней челюсти атрофия имеет место больше с язычной стороны, что расширяет нижнюю альвеолярную дугу.

Причины снижения межальвеолярной высоты у лиц, пользующихся полными съемными протезами

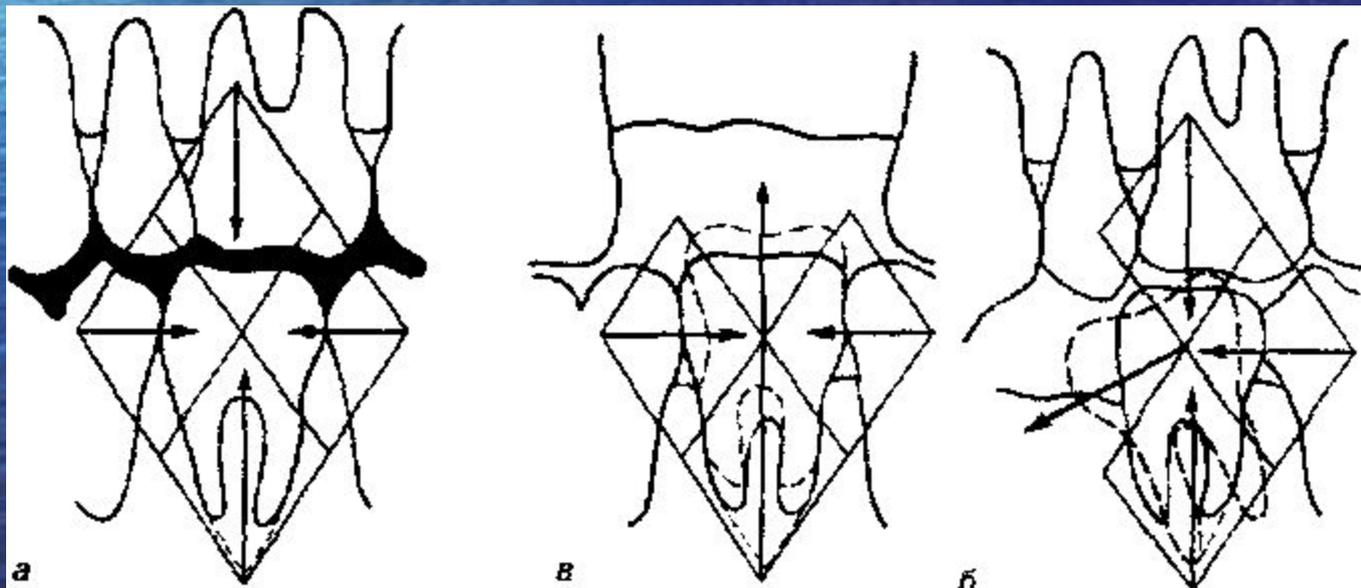
- 1. Ошибки врача при первичном протезировании.

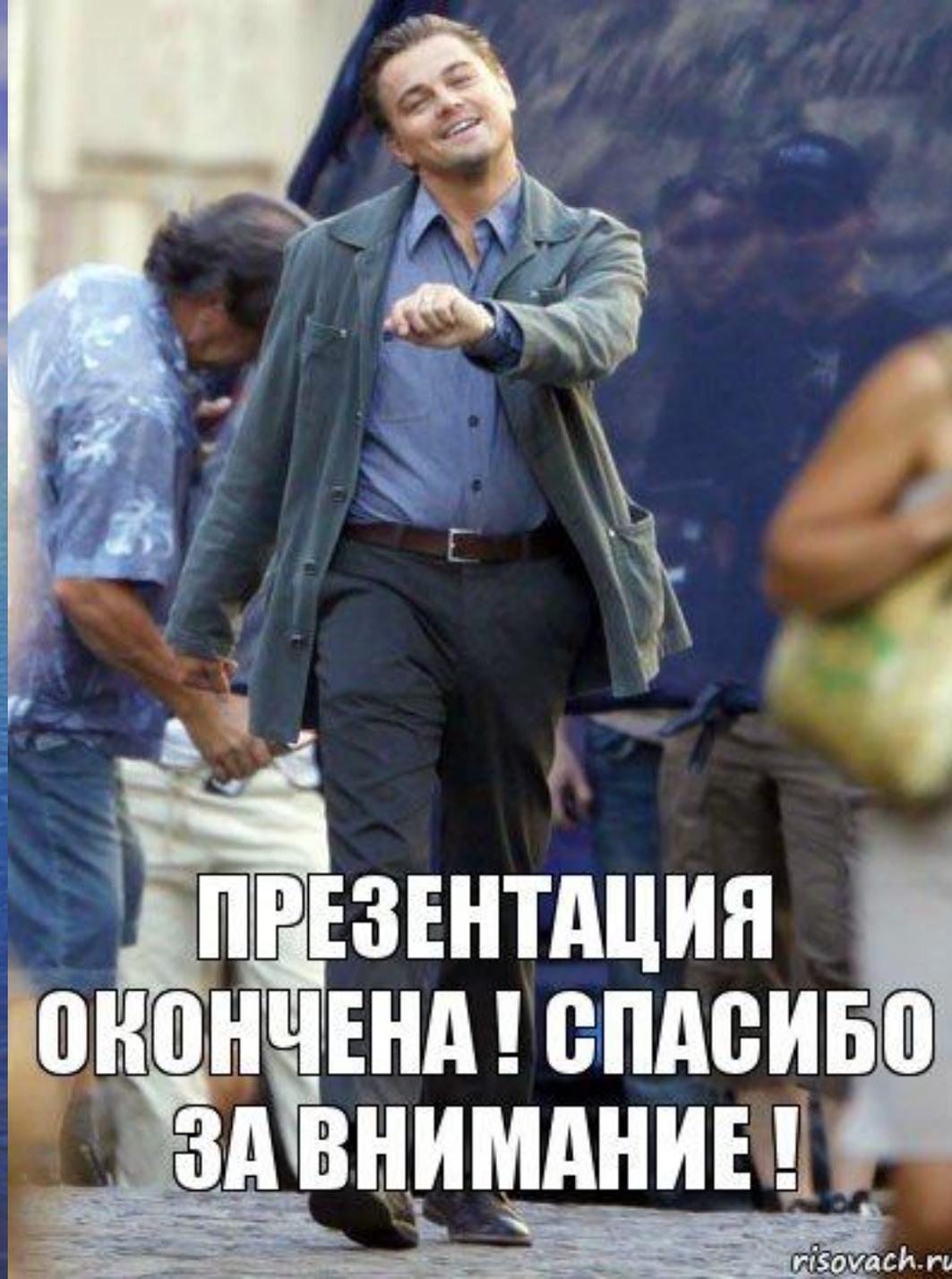


- 2. Несовершенство методик определения межальвеолярной высоты.
- 3. Стираемость пластмассовых и естественных зубов



- 4. Погружение антагонизирующих пар зубов в лунки при функциональной перегрузке их пародонта и одновременном стирании пластмассовых зубов, а также при атрофии альвеолярного отростка беззубой челюсти.





**ПРЕЗЕНТАЦИЯ
ОКОНЧЕНА! СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**