

протезирования одиночно стоящих корней и зубов // Світ медицини та біології. – 2010. – №1. – С. 84-86.

4. Дембицкий А.В., Кульгинский Е.А. О целесообразности применения покрывных протезов при комплексном лечении обширных дефектов зубных рядов // Світ медицини та біології. – 2011. – №4. – С. 86-89.

5. Загорский В.А. Перекрывающие протезы. – М.: Бином, 2012. – 216 с.

6. Матвеев А.П., Шарагин Н.В., Чистохвалов В.В., Кабанов В.Ю. О целесообразности применения перекрывающих протезов при комплексном лечении генерализованного пародонтита // Дентал Юг. – 2010. – №8 (80). – С. 45-47.

7. Садыков М.И., Нестеров А.М. Использование перекрывающих протезов при малом количестве зубов на челюстях // Институт стоматологии. – 2011. – №2 (51). – С. 54-55.

8. Carlsson G.E. Implant and root supported overdentures – a literature review and some data on bone loss in edentulous jaws // J. Adv. Prosthodont. – 2014. – Vol. 6, №4. – P. 245-252.

РЕЗЮМЕ.

Активное внедрение в клиническую практику стоматологии зубной имплантации, дальнейшее развитие стоматологического материаловедения и технологий протезирования обеспечивают современный высокий уровень зубного протезирования. С середины 70-х годов в связи с разработкой новых методов лечения зубов стало возможным более широкое использование для зубного протезирования сохраненных одиночных

зубов или даже их корней, что привело к появлению различных конструкций зубных протезов, при изготовлении которых в качестве опоры используются оставшиеся в полости рта корни зубов. Одной из таких ортопедических конструкций стали перекрывающие протезы. Развитие зубной имплантации и возникновение новых подходов конструирования таких протезов с опорой на имплантаты явилось предпосылкой к совершенствованию технологии протезирования перекрывающими протезами и более частому использованию их в клинической практике. Рассмотрены достоинства и недостатки перекрывающих протезов, приведены показания к их применению.

SUMMARY.

Active introduction of dental implantation to clinical practice and further development of dental materials science and technology of prosthodontic treatment caused a high level of modern dental prosthodontics. Since the middle of 1970s due to the development of new dental treatment methods, it became possible to use saved single teeth or even their roots as denture abutments. This caused more wide use of root- and single teeth-supported dentures. One of such constructions was called overdentures. The development of dental implantation made possible creation of new approaches for constructing of implant-supported overdentures and caused their more frequent use in clinical practice. In this article the advantages and disadvantages of overdentures are described and indications for their use are recommended.

УДК: 616.314-77-089.22

МЕТОДИКА ОБЪЕМНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ НИЖНЕГО ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА

У.А. Ганиев, Р.Н. Нигматов

Ташкентский государственный стоматологический институт

Несмотря на стремительное развитие ортопедической стоматологии, имплантологии, появление новых возможностей и технологий для протезирования зубов, использование полных съемных протезов и их фиксация при равномерной, но резкой атрофии альвеолярного гребня (2-й тип по Келлеру) остается актуальной проблемой [2,6].

Так как применение имплантов при полном отсутствии зубов не всегда возможно из-за возраста, наличия хронических заболеваний или особенностей данной клинической картины полости рта, применение полного съемного протеза является идеальным вариантом решения проблемы. Именно поэтому методы фиксации протеза, его удобство, а также функциональность являются важнейшими вопросами, требующими дальнейшего изучения [1,3,4,6].

Для достижения максимальной функциональности и фиксации протеза используется метод объемного моделирования. Объемное моделирование полного съемного протеза – процедура, целью которой является формирование поверхности и объема протеза соответственно рельефу окружающих тканей и максимальное заполнение протезного пространства [5].

На начальном этапе протезирования очень важно тесное взаимодействие врача-ортопеда и зубного техника, что обеспечивает успех протезирования. Однако конечный результат во многом зависит не только от клинической ситуации в ротовой полости, но и от настроения пациента. Перед началом протезирования необходимо выяснить у пациента наличие опыта ношения съемных протезов.

С целью выявления состояния костной ткани челюсти и мягких тканей следует провести ряд клинических и рентгенологических исследований полости рта пациента. В некоторых случаях перед протезированием могут быть осуществлены хирургические вмешательства. Подобный комплексный

подход дает возможность изготовить максимально функциональный и качественный протез.

Методика объемного моделирования, разработанная П.Т.Танрынкулиевым и дополненная Г.Л. Савиди, состоит из нескольких этапов.

На первом этапе получают анатомические оттиски с верхней и нижней челюстей и передают их зубному технику для отливки гипсовых моделей в условиях зуботехнической лаборатории. Далее техник изготавливает индивидуальную ложку для снятия окончательного слепка. При помощи индивидуальных ложек получаем окончательные оттиски верхней и нижней челюсти и снова передаем их зубному технику. В условиях лаборатории техник отливает гипсовые модели и изготавливает прикусные валики, причем, в отличие от верхнего, нижний прикусной валик изготавливается на основе жесткого базиса.

Затем в условиях стоматологического кабинета определяем центральное соотношение челюстей и межальвеолярную высоту и выбор искусственных зубов.

Зубной техник при помощи прикусных валиков устанавливает модели на артикулятор, выполняет постановку прикуса, моделировку, придание вида базису с искусственными зубами.

После проверки постановки и устранения недостатков производим полимеризацию, обработку и шлифовку верхнего протеза.

Затем выполняется самый важный этап работы – объемное моделирование.

Для этого в условиях кабинета зубного врача на щечные и губную поверхности нижнего базиса наслаивают полоску размягченного воска толщиной 2-3 мм. Подготовленный таким образом базис с искусственными зубами вводят в полость рта. Одновременно накладывают и верхний протез. Пациенту предлагают сомкнуть челюсти до полного контакта и сделать привычные движения нижней

челюсти, прижимая при этом губы и щеки к протезу. При обнаружении дефектов поверхности воскового слоя на эти участки добавляют размягченный слой воска и процедуру повторяют.

После этого переходят к оформлению язычной поверхности базиса. Для этой цели к подъязычному краю базиса приклеивают полоску размягченного воска длиной 5-6 см и вновь вводят его в полость рта. После этого пациента просят медленно сомкнуть зубы в положении центральной окклюзии и проводят несколько несложных функциональных проб: пациент должен при сомкнутых губах поднять кончик языка к середине неба, затем упереться им в передние зубы и проглотить слюну. Эту процедуру повторяют 3-4 раза, после чего протез вынимают и охлаждают в холодной воде для сохранения формы.

После выполнения вышеописанных этапов поверхность всего базиса (наружную и прилегающую к протезному ложу) покрывают тонким слоем корригирующей массы и снова вставляют в полость рта. Просим пациента без усилий сомкнуть челюсти в положении центральной окклюзии и повторить привычные движения языка, губ и щек. После выполненных манипуляций передаем готовые работы зубному технику для изготовления протеза по общепринятой методике.

По готовности работы проводим примерку протеза, проверку его функциональности, прилегания, прикуса и наличие дискомфорта у пациента. При необходимости выполняем коррекцию протеза согласно жалобам пациента.

Литература

1. Жолудев С.Е. Способы улучшения фиксации полных съёмных протезов путем оптимизации получения функциональных оттисков // Панорама ортопед. стоматол. – 2004. – №2. – С. 34-39.

2. Ковалева И.А. Сравнительная характеристика способов конструирования полных съёмных

зубных протезов. – Смоленск, 2007. – 20 с.

3. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2012. – 240 с.

4. Лебедеко И.Ю., Каливградjian Э.С., Ибрагимов Т.И. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. – М., 2005. – 397 с.

5. Танрынкулиев П.Т. Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями. – М., 1988. – 256 с.

6. Marxkors R. Полные съёмные протезы // Новое в стоматологии. – 2004. – №7. – С. 36-49.

РЕЗЮМЕ

Моделирование границ полных съёмных протезов с учетом всех особенностей полости рта способствует повышению эффективности лечения пациентов с полным отсутствием зубов. Метод позволяет достичь лучшей фиксации, ускоряет процесс адаптации к протезу, существенно снижает травматическое действие протеза на ткани протезного ложа. Протезы, выполненные по данной методике, выглядят более массивными, чем те, которые изготавливают по оттискам с пробамми Гербста. Этот недостаток компенсируется лучшей фиксацией протезов.

SUMMARY.

Thus, the modeling of the boundaries of complete dentures with all the features of the oral cavity enhances efficiency of treatment of patients with a complete lack of the teeth. This method allows a better fixation, accelerates the process of adaptation to the prosthesis significantly reduces traumatic effect on the fabric of the prosthesis prosthetic bed. Prostheses made by this method, look more massive than those that are made for reprints with samples Herbst. This disadvantage is compensated by a better fixation of prostheses.

РЕЗЮМЕ

Демак, тўлик олиб қўйилувчи протез чегарисини тишсиз жағнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олиб шакллантириш даволаш самарадорлигини оширади. Ушбу усулда протез оғизда ушлаб турилиши

яхшиланади, адаптация жараёни қискаради ва протезнинг шиллиқ қаватга травматик таъсири камаяди. Бу усулда тайёрланган протезлар Гербст синамаси ёрдамида ясалган протезларга нисбатан ҳажми каттарок, лекин у камчилик оғизда ушлаб турилишининг самарадорлиги билан ўрнини тўлғазади.

Хирургическая стоматология

УДК: 616.314-089.87:616.379-008-64-616.716.85:615.326

ПРИМЕНЕНИЕ «БИОАКТИВНОГО СТЕКЛА» ДЛЯ ОСТЕОПЛАСТИКИ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ш.Ш. Кудратов, З.З. Назаров, Ю.И. Феофаниди

Ташкентский государственный стоматологический институт

Известно, что у больных сахарным диабетом (СД) имеется повышенный риск развития гнойно-воспалительных осложнений. После удаления зубов, а также других хирургических стоматологических вмешательств без остеопластики лунки удалённого зуба увеличивается сроки заживления и ухудшаются процессы репаративной регенерации. При обосновании показаний к стоматологическим хирургическим вмешательствам у больных СД, при выборе оптимального объема операции и обезболивания следует учитывать тот факт, что наличие очага хронической инфекции у данной категории пациентов обуславливает развитие нарушений гемостаза в сторону гиперкоагуляции, причем доказано, что выраженность этих нарушений находится в прямой зависимости от тяжести заболевания.

У больных СД с сопутствующими заболеваниями (гипертиреоз, гиповитаминоз, анемии и др.), сопровождаемыми остеопорозом, ранние и поздние осложнения в виде гнойно-воспалительных процессов с последующими атрофией и деформацией альвеолярного отростка наблюдаются чаще и протекают тяжелее.

В последние годы проблема атрофии и деформации альвеолярного отростка после удаления зуба приобрела особую

актуальность. Каждый десятый (9,8%) из числа больных с атрофией и деформацией альвеолярного отростка на этапе подготовки к протезированию нуждается в отсроченной остеопластике. По данным ряда авторов, гигиеническое состояние полости рта у больных СД в 2,5 раза ниже, чем у здоровых людей. У больных СД часто выявляются гингивит и хронический генерализованный пародонтит различной степени тяжести.

Одной из актуальных проблем хирургической стоматологии являются выбор остеопластического материала для оптимизации репаративной регенерации лунки после удаления зуба и предотвращения таких осложнений как резорбция кости из-за воспалительного процесса, усложняющая протезирование, в частности с применением дентальных имплантов. После заполнения лунки удалённого зуба остеопластическим материалом возникает риск развития вторичного инфицирования и гнойно-воспалительного процесса, который зависит от свойства остеопластического материала. Операция удаления зуба с заполнением лунки остеопластическим материалом предотвращает воспаление и атрофию кости благодаря оптимизации репаративного процесса в кости.

Целесообразно использование биостекла отечественного производства