

---

# НОВАЯ МЕТОДОЛОГИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ

---

**Т. В. Моторкина**

Кафедра ортопедической стоматологии ВолГМУ

## ПОЛУЧЕНИЕ ОТТИСКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ

УДК 616.314-089.23

---

Описана методика применения индивидуальной оттисковой ложки при лечении частичного отсутствия зубов. Приведенный клинический случай доказывает возможность повышения качества ортопедического лечения.

*Ключевые слова:* оттиск, индивидуальная оттисковая ложка, съемные протезы.

---

**T. V. Motorkina**

## OBTAINING THE IMPRESSION WITH AN INDIVIDUAL TRAY IN TREATMENT OF PARTIAL EDENTIA

---

The technique of application of an individual impression tray is described for treatment of partial edentia. The discussed clinical case provides an opportunity to improve the quality of prosthetic treatment.

*Key words:* impression, individual impression tray, removable dentures.

---

Среди основных проблем ортопедической стоматологии лечение частичного отсутствия зубов занимает одно из наиболее важных мест. Изготовление зубных протезов, обладающих оптимальной функциональной эффективностью, предусматривает как обязательный этап получение оттиска с зубных рядов и альвеолярных отростков челюстей. Оттиск является связующим информационным звеном между врачом и зубным техником, и точность оттиска в значительной мере определяет качество ортопедического лечения.

В настоящее время широкое распространение получили цельнолитые комбинированные (состоящие из несъемной и съемной частей) протезы. Их изготовление традиционно проводят в два этапа. На первом этапе изготавливают несъемную часть литой конструкции с получением уточненного оттиска и рабочей модели, разрезанной на фрагменты. На такой модели невозможно изготовить съемную часть. Кроме того, при получении оттиска отдавливаются подлежащие мягкие ткани протезного ложа, что при-

водит к их искажению. Поэтому после изготовления несъемной конструкции обязателен этап повторного получения оттиска и изготовления новой рабочей модели с установленной на ней несъемной частью. Такое повторение клинического и лабораторного этапов неудобно, растянуто во времени и требует увеличения количества посещений пациентом стоматологической клиники.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

В связи с вышеизложенным возникла необходимость в методике получения оттиска одновременно как для несъемной, так и для съемной частей комбинированного протеза. Оттиск в данном случае должен безупречно отобразить элементы опорных зубов, десневого края и уступа, рельеф слизистой оболочки протезного ложа и функциональное состояние прилегающих к протезу подвижных тканей полости рта. Это возможно решить при получении оттиска с использованием индивидуальной ложки [1].

Разнообразие встречающихся клинических ситуаций в полости рта диктует необходимость дифференцированного подхода к выбору материала и техники получения оттиска. Традиционно для лечения пациентов современными цельнолитыми конструкциями используют методики: двухслойная одноэтапная, однослойная одноэтапная, инъекторная и т. д. Но все они подразумевают применение стандартных ложек. Индивидуальные же традиционно применяют при лечении полного отсутствия зубов. Однако в случае лечения пациентов комбинированными конструкциями возникает необходимость передачи функционального состояния тканей протезного ложа, что возможно только при использовании индивидуальной ложки.

Поэтому нами предложена методика получения уточненного оттиска с помощью индивидуальной ложки при ортопедическом лечении частичного отсутствия зубов.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для создания равномерного слоя оттискного материала проводим изоляцию пластинкой базисного воска (толщина 2 мм). Для создания дифференцированного давления на ткани протезного ложа делаем перфорации в индивидуальной ложке.

Индивидуальную ложку изготавливаем на диагностической гипсовой модели с нанесенным чертежом будущей конструкции (рис. 1).



Рис. 1. Диагностическая модель с нанесенным чертежом будущей конструкции

Очерчиваем границы индивидуальной ложки: с вестибулярной стороны в области опорных зубов и беззубого альвеолярного отростка по переходной складке, обходя уздечки губ и тяжи слизистой оболочки щек, у остальных зубов на уровне шеек; с оральной стороны — на верхней челюсти покрывает все небо, на нижней — в области беззубой части альвеолярного отростка и опорных зубов проходит по переходной складке, а у остальных зубов ниже уровня шеек на 10—15 мм.

Затем очерчиваем «зоны контакта», отступая от границы протеза на 2—3 мм, и «стоп-точки». «Стол-точки» — это специально созданные контак-

ты в области беззубой части альвеолярного отростка челюсти. Они необходимы для ориентации ложки на тканях протезного поля, что осуществляется контактом ее внутренней поверхности с участками, свободными от элементов будущего протеза, или со «стоп-точками».

Далее проводим изоляцию поднутрений зубов и альвеолярного отростка воском (рис. 2). Обжимаем размягченную пластинку базисного воска (2 мм) по всей поверхности модели. Области «зон контакта» и «стоп-точек» вырезаем. Воск приливаем к модели.



Рис. 2. Модель, подготовленная к изготовлению индивидуальной ложки

Ложку изготавливаем из самотвердеющей пластмассы или методом светоотверждения из стеклосодержащего композита по традиционным методикам (рис. 3).

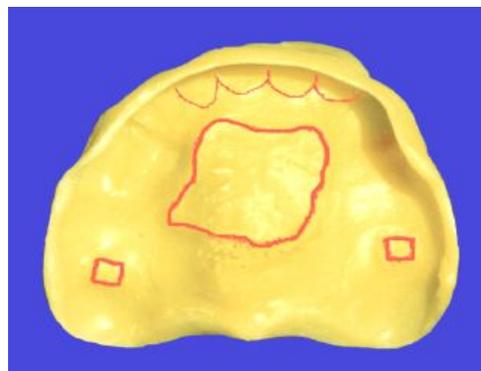


Рис. 3. Индивидуальная ложка

Для получения оттиска индивидуальную ложку припасовываем в полости рта больного, уточняя границы и правильность расположения на протезном ложе. Край индивидуальной ложки в области беззубой части альвеолярного отростка формируем с использованием проб Гербста. В области «зон контакта» и «стоп-точек» в ложке делаем отверстия с целью декомпрессии в этих участках (рис. 4).

Проводим расширение десневой борозды для обеспечения доступа по горизонтали и вертикали оттискному материалу и для предотвращения кровотечения и снижения выделения десневой жид-

кости. Далее, на высушенные десневую борозду и зубы из специального шприца наносим оттискную массу. Одновременно помощник врача готовит и укладывает в индивидуальную оттискную ложку этот же материал. Затем ложку вводим в полость рта и центрируем. С помощью пассивных и активных движений мягкими тканями оформляем края оттиска и затем удерживаем оттиск на протезном ложе без давления.

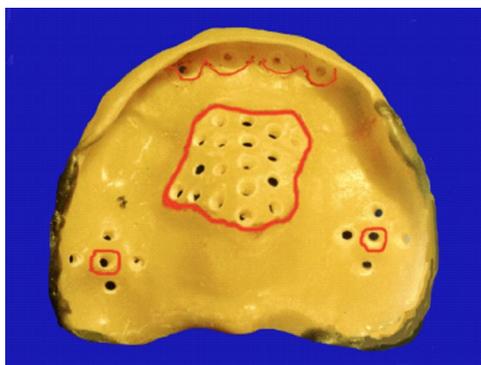


Рис. 4. Индивидуальная ложка, приспособленная в полости рта

Технология изготовления комбинированного зубного протеза по одному оттиску может считаться полной только в случае применения для изготовления модели методик, когда при обработке модели не разрушают межзубные сосочки, сохраняют уровень и объем десны, например, Modell-Tray [3].

Применение индивидуальной ложки при лечении частичного отсутствия зубов, в сочетании с правильно выбранным оттискным материалом, позволяет получить дифференцированное давление на различные участки протезного ложа, функционально оформить край искусственного базиса съемной части протеза, сократить сроки адаптации [2].

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В качестве иллюстрации применения предлагаемой методики приводим клинический пример. Пациентка Г., 47 лет (рис. 5), обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи и эстетический недостаток. Зубы удалены по причине осложнений кариеса и травмы.

На основании данных обследования был составлен план лечения: изготовить комбинированный протез на верхнюю челюсть, состоящий из: несъемной части — мостовидные металлокерамические протезы на 17, 16, 15 и 23, 24, 25, 27 зубы и с патричной частью замковой системы фиксации в области 14 и 26 зубов; съемной части — бюгельный протез с замковой системой фиксации.

Для изготовления качественного протеза пациенту нам необходимо получить точный отпеча-

ток опорных зубов, десневого края и уступа, рельеф слизистой оболочки протезного ложа и функциональное состояние прилегающих к протезу подвижных тканей полости рта, поэтому мы используем индивидуальную ложку. Методика получения оттиска — одномоментная однофазовая с проведением ретракции десневого края. Оттискным материалом может быть силиконовый материал группы А-силиконы жидкой консистенции.



Рис. 5. Пациентка Г. Полость рта

Лечение проводилось по общепринятой методике. Получали диагностическую модель. С помощью параллелометра определяли конструкционные особенности протеза. Препарировали зубы для изготовления металлокерамических мостовидных протезов, в это же посещение изготавливали временные протезы.

Далее, на диагностической гипсовой модели с нанесенным чертежом будущей конструкции очерчивали границы индивидуальной ложки, «зоны контакта» и «стоп-точки», отступив от границы протеза на 2—3 мм. Индивидуальную жесткую ложку изготавливаем из самотвердеющей пластмассы по традиционной методике, толщиной не менее 2—3 мм.

В следующее посещение индивидуальную ложку приспособили в полости рта больного, уточняя границы и правильность расположения на протезном ложе. Край индивидуальной ложки в области беззубой части альвеолярного отростка формировали с использованием проб Гербста. А в области «зон контакта» и «стоп-точек» в ложке делали отверстия.

Оттиск получали одномоментной однофазовой методикой, материалом Coral Light (средней вязкости). Ретракция — механо-химическим методом с использованием ретракционной нити, пропитанной буферным раствором хлорида алюминия. Оттискной материал подводили с помощью шприца к десневым бороздкам и опорным зубам (рис. 6).

Изготавливали разборную комбинированную модель. Модель получали с сохранением уровня и объема десны. Эта модель является рабочей для изготовления и несъемной, и съемной части протеза. Далее изготавливали комбинированный протез по традиционной методике. При изготовлении

съемной части проводили изоляцию навеса на вестибулярном скате во фронтальном участке с помощью светоотверждаемого композита.



Рис. 6. Полученный оттиск

При припасовке и наложении протеза не возникло сложностей и необходимости в коррекции (рис. 7).



Рис. 7. Готовая работа в полости рта

Пациентка была назначена на осмотр на 3-й и 7-й день после фиксации протеза. Жалоб не было. При осмотре протез прилежит к поверхности протезного ложа, при функции стабилен. На слизистой оболочке нет признаков травмы или воспаления. Анализ результатов лечения пациентки Г. в течение одного года показал эффективность проведенного лечения. Рентгенологический и клинический контроль подтвердил качественную припасовку конструкции и отсутствие патологических изменений в области сохраненных зубов. Пациентка вполне удовлетворена восстановлением функций и эстетических требований.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предложенная нами методика получения оттиска при лечении частичного отсутствия зубов комбинированными цельнолитыми протезами, в сочетании с правильно выбранным оттискным материалом, позволяет получить дифференцированное давление на различные участки протезного ложа, функционально оформить край искусственного базиса съемной части протеза, уменьшить продолжительность адаптации и, в целом, повысить качество ортопедического лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедеико И. Ю., Каливградиян Э. С., Ибрагимова Т. И. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. — 400 с.
2. Моторкина Т. В. Критерии выбора оптимального оттискного материала при лечении больных цельнолитыми несъемными и комбинированными протезами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 1999. — 129 с.
3. Ряховский А. Н., Муратов М. А. Точный оттиск. — М.: Издательство ЦНИИС, 2006. — 227 с.