

DOI: 10.37988/1811-153X_2021_4_96

[В.В. Бабич](#)¹,

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии

[Ю.А. Быстрова](#)²,

к.м.н., доцент кафедры стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых

[А.А. Лаптева](#)²,

студентка V курса

¹ Санкт-Петербургский медико-социальный институт, 195271, Санкт-Петербург, Россия² ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, Россия

Необходимость использования жестких акриловых базисов при полной потере зубов

Реферат. В данной статье предложен вниманию клинический случай пациента с полной потерей зубов. Определение центрального соотношения — наиболее важный клинический этап полного съемного протезирования. Использование жестких акриловых базисов позволяет более точно фиксировать центральное соотношение и снимать оттиски под физиологическим давлением (с усилием сжатия, характерным для зубочелюстного аппарата пациента). Это способствует более адекватному воспроизведению слизистой оболочки протезного ложа, препятствуя излишней или, наоборот, недостаточной компрессии.

Ключевые слова: жесткие акриловые базисы, оттискной материал, компрессия, полные съемные протезы

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Бабич В.В., Быстрова Ю.А., Лаптева А.А. Необходимость использования жестких акриловых базисов при полной потере зубов. — *Клиническая стоматология*. — 2021; 24 (4): 96—98. DOI: 10.37988/1811-153X_2021_4_96

[V.V. Babich](#)¹,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Prosthodontics Department

[J.A. Bistrova](#)²,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Prosthodontics and material science Department with the course of orthodontic

[A.A. Lapteva](#)²,5th year student¹ Saint-Petersburg Medico-Social Institute, 195271, Saint-Petersburg, Russia² Pavlov University, 197022, Saint-Petersburg, Russia

Necessity of using solid acrylic bases for edentulous patients treatment

Abstract. Clinical case presented in this article concerned with edentulous patient. Using of solid acrylic bases lead to more actual definition of central relation (most important step); also concerned with more adequate impression of mucosal tissues, charactered for physiological stage of patient. There will not be extra compression or on another the too soft impressed tissues.

Key words: solid acrylic bases, impression material, compression, full dentures

FOR CITATION:

Babich V.V., Bistrova J.A., Lapteva A.A. Necessity of using solid acrylic bases for edentulous patients treatment. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2021; 24 (4): 96—98 (In Russ.). DOI: 10.37988/1811-153X_2021_4_96

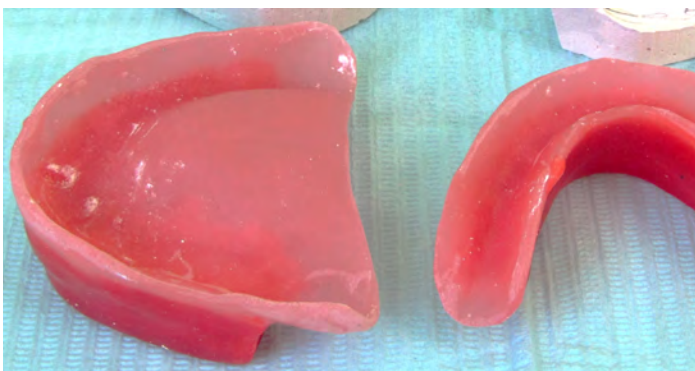


Рис. 1. Восковые прикусные валики на жестких акриловых базисах
[Fig. 1. Wax bite rollers on rigid acrylic bases]

Определение центрального соотношения, особенно при значительной атрофии тканей протезного ложа — наиболее сложный этап при полной потере зубов. Использование жестких базисов позволяет точно, в оптимальном для пациента положении фиксировать прикус; при подобном подходе пациенты быстрее адаптируются к протезным конструкциям, что минимизирует число коррекций съемных протезов (рис. 1). Между тем существуют определенные особенности работы с жесткими базисами, которые позволяют добиться значительного преимущества в их использовании.

После определения величины функционального покоя начинают с оформления верхнечелюстного при-

кусного шаблона (планирование оптимальной для пациента постановки искусственных зубов), отмечая в последующем анатомические ориентиры. Кроме величины функционального покоя, при отсутствии значительного снижения высоты прикуса можно ориентироваться на высоту, зафиксированную на прежних ортопедических конструкциях [1–5]. Величина функционального покоя определяется с помощью измерения двух отмеченных точек — у основания носа и на подбородке, как это выполнено у пациента Д., она всегда превышает величину разобщения в состоянии центрального соотношения челюстей на величину межжюкклюзионного пространства (рис. 2) [6, 7]. При фиксации прикуса на жестких акриловых базисах на верхнечелюстном шаблоне следует смоделировать пазы, в которые поместится разогретый воск нижнечелюстного шаблона (лучше разогревать только нижний валик). Таким образом, шаблоны можно разъединить и проверить их соотношение повторно.

Как правило, снятие оттисков корригирующей силиконовой массой производят в положении центрального соотношения. Перед снятием оттисков края протезов, индивидуальных жестких базисов необходимо окантовать специальным силиконовым материалом (рис. 3). При тонкой податливой (атрофированной) слизистой оболочке протезного ложа на нижней челюсти особенно важно применять оттискной силиконовый материал с пониженной степенью вязкости.

Материал BISICO Mandisil medium (или аналоги) применяют для снятия функционального оттиска корригирующим материалом на нижней челюсти (замешивается вручную). На верхней челюсти можно снять корригирующий оттиск материалом BISICO S4 с большей степенью вязкости. Силиконовый материал для окантовки наносится по краю жесткого базиса с помощью специального шприца. В процессе нанесения силиконового материала надо обращать особое внимание на то, чтобы кант был объемным, он не должен быть истончен — в противном случае рельеф функционального края может быть недостаточно точным, не доходить до уровня пассивно подвижной слизистой, тогда формирование клапана будет затруднено. Показаниями для снятия компрессионного оттиска является слизистая оболочка I типа по Суппле: хорошо выраженные альвеолярные отростки, покрытые слегка податливой слизистой оболочкой (также в области задней трети нёба). Естественные складки слизистой оболочки (тяжи, уздечки) достаточно удалены от вершины альвеолярной части (удобная опора для съемного протеза).

Показаниями для применения декомпрессионных оттисков является тонкая, атрофированная слизистая оболочка рта (II типа по Суппле). Условия для снятия декомпрессионных (разгружающихся) оттисков: перфорированный жесткий базис; жидкотекучий оттискной материал; отсутствие давления на слизистую оболочку полости рта. При этом для устранения излишней компрессии врач выбирает определенные участки жесткого базиса с помощью фрезы и обязательно перфорирует базис.



Рис. 2. Пациент Д.: жесткие базисы с прикусными валиками во рту (на валиках отмечены анатомические ориентиры)
[Fig. 2. A patient: rigid baseplates with bite rollers in the mouth, anatomical landmarks marked on the rollers]

Хороший клинический эффект дает нанесение материала средней и низкой вязкости в зависимости от участков I или II типа по Суппле. Оба шаблона с прикусными валиками вводятся в полость рта, врач контролирует центральное положение нижней челюсти, при этом одновременно снимаются функциональные оттиски с верхней и нижней челюстей с учетом функционального давления жевательных мышц пациента [8–10].



Рис. 3. Края жестких базисов предварительно окантованы с помощью силиконового материала
[Fig. 3. The edges of the rigid bases are prebanded with silicone material]

DOI: 10.37988/1811-153X_2021_4_98



Рис. 4. Протезные конструкции во рту
[Fig. 4. Dentures in the mouth]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение жестких акриловых базисов позволяет равномерно распределить жевательное давление на слизистую оболочку рта, так как уже в момент снятия оттиска она подвержена давлению, соответствующему физиологическому, адекватному для функционального состояния пациента (при пользовании протезами, рис. 4).

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Поступила: 04.07.2021 **Принята в печать:** 18.10.2021

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.
Received: 04.07.2021 **Accepted:** 18.10.2021

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология: учебник для вузов. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — С. 387—425. [Abolmasov N.G., Abolmasov N.N., Bichkov V.A., Al-Hakim A. Prosthetic treatment: Student book. — Moscow: MEDpress-Infom, 2003. — Pp. 387—425 (In Russ.).]
2. Воронов А.П., Лебеденко И.Ю. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов. — М.: Медпрессинформ, 2006. — 320 с. [Vororov A.P., Lebedenko I.J. Prosthetic treatment of edentulous patients. — Moscow: MEDpress-Infom, 2006. — 320 p. (In Russ.).]
3. Hansen B.F., Johansen J.R. Dental visits, teeth remaining, and prosthetic appliances in a Norwegian urban population. — *Community Dent Oral Epidemiol.* — 1976; 4 (5): 176—81. [PMID: 786537](#)
4. Dawson P. Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems. — St. Louis: CV Mosby, 1989. — Pp. 56—71, 500—510.
5. Shanahan T.E. Physiologic vertical dimension and centric relation. 1956. — *J Prosthet Dent.* — 2004; 91 (3): 206—9. [PMID: 15060486](#)
6. Smukler H. Equilibration in the natural and restored dentition. — Chicago: Quintessence, 1991. — Pp. 46—48.
7. The glossary of prosthodontic terms. — *J Prosthet Dent.* — 1999; 81 (1): 39—110. [PMID: 10200082](#)
8. Toolson L.B., Smith D.E. Clinical measurement and evaluation of vertical dimension. — *J Prosthet Dent.* — 1982; 47 (3): 236—41. [PMID: 6950088](#)
9. Fayz F., Eslami A. Determination of occlusal vertical dimension: a literature review. — *J Prosthet Dent.* — 1988; 59 (3): 321—3. [PMID: 3279190](#)
10. Wright C.R. Evaluation of the factors necessary to develop stability in mandibular dentures. 1966. — *J Prosthet Dent.* — 2004; 92 (6): 509—18. [PMID: 15583554](#)