

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации
Кафедра стоматологии ИПО

Особенности клинического обследования при полном отсутствии зубов.

Выполнил ординатор кафедры стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»

Долгарев Иван Андреевич

рецензент к.м.н. Курочкин Вячеслав Николаевич

Красноярск, 2021

Протезирование при полной потере зубов. Особенности клинического обследования пациентов при полном отсутствии зубов.

Возраст	Частота диагноза «полная адентия»
40-49 лет	1 %,
50-59 лет	5,5 %
больше 60 лет	25 %

Причем только в 80% случаев достигается максимальная эффективностью ортопедического лечения, т.е. восстановление всех функций зубочелюстной системы.

**Полное отсутствие зубов
(полная вторичная адентия)
является следствием ряда
заболеваний зубочелюстной
системы - кариеса и его
осложнений, болезней
пародонта, а также травм.**

Диагностика полной адентии проводится путем клинического осмотра, сбора анамнеза и направлена на устранение факторов, препятствующих немедленному началу протезирования

Таковыми факторами могут быть:

- **наличие неудаленных корней под слизистой оболочкой;**
- **екзостозы;**
- **опухолевидные заболевания;**
- **воспалительные процессы;**
- **заболевания и поражения слизистой оболочки полости рта**

Протезирование при полной вторичной адентии представляет собой одновременное решение нескольких проблем:



- **восстановления к состоянию функции возможностей зубочелюстной системы;**
- **предупреждение развития патологических процессов и осложнений;**
- **повышение качества жизни пациентов;**
- **устранение негативных психо-эмоциональных последствий, связанных с отсутствием зубов.**

Клиническое обследование пациентов при полной потере зубов

- 1. Сбор анамнеза**
- 2. обзор**
- 3. пальпация**
- 4. Визуальное исследование, пальпация и аускультация височно-нижнечелюстного сустава**
- 5. Антропометрические исследования**

Особенности клинического обследования пациентов при полном отсутствии зубов. Сбор анамнеза

При сборе анамнеза расспрашивают:

- Время и причины потери зубов;
- Пользовался ли пациент ранее съемными протезами;
- Анамнез.
- Целенаправленно выявляют жалобы на боль и дискомфорт в области височно-нижнечелюстных суставов

ВНЕШНИЙ ВИД

При осмотре обращают внимание на:

- осанку, тип телосложения;
- состояние кожных покровов;
- мере уменьшения высоты нижнего отдела лица;
- выраженную и / или приобретенную асимметрию лица;
- выраженность носогубных и подбородочных складок;
- характер смыкания губ, наличие трещин и мацераций в области угла рта;
- мера открывания рта, боль при движениях нижней челюсти;
- плавность и направление движения нижней челюсти;
- соотношения челюстей (ортогнатическом, прогеничне, прогнатический).

Внешний вид больного с полной вторичной адентией



Осмотр полости рта

При осмотре преддверия полости рта обращают внимание на

- глубину преддверия, на выраженность уздечек, щечных складок, на наличие патологических изменений слизистой оболочки.

При осмотре полости рта -

- - На цвет, увлажненность, целостность слизистых оболочек полости рта с целью исключения сопутствующей патологии, в том числе инфекционных заболеваний;
- - На степень атрофии альвеолярных отростков, формы альвеолярных дуг;
- - На размеры, цвет, увлажненность слизистой оболочки языка, на состояние сосочков языка (гипертрофические, атрофированы).

Пальпация

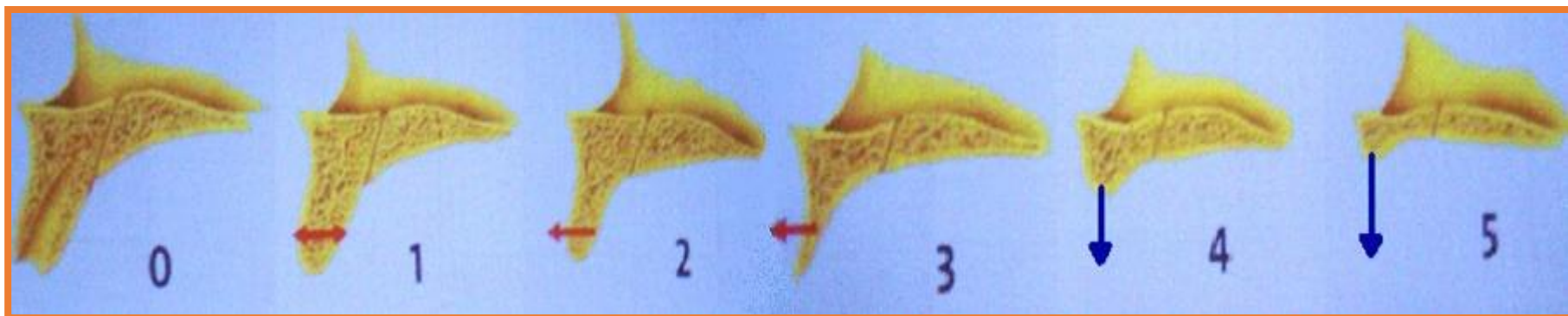
- Проводят пальпацию регионарных лимфатических узлов.
- Проводят пальпацию жевательных мышц, ВНЧС.
- Выявляют наличие экзостозов, скрытых под слизистой оболочкой корней зубов. При подозрении на их наличие - рентгенологическое обследование.
- Обращают внимание на наличие опухолевидных образований. При подозрении на их присутствие - цитологическое исследование.
- Проводят пальпацию для определения торуса, «петушиного» гребня и степени податливости слизистой оболочки.

Визуальное исследование, пальпация и аускультация височно-нижнечелюстного сустава

- При осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов в области суставов. Выясняют, нет ли хруста (щелчок) и боли в области ВНЧС при движениях нижней челюсти. При открывании рта обращают внимание на синхронность и симметричность движений суставных головок.
- При аускультации ВНЧС обращают внимание на звук трения и крепитации, на щелчок в области суставов.
- При подозрении на патологии ВНЧС проводят рентгенологическое исследование - томографию суставов при закрытом и открытом рте.

Определение морфологических особенностей твердых и мягких тканей протезного ложа, степени атрофии костной ткани альвеолярных отростков и тела челюсти, податливости и подвижности слизистой оболочки при полной адентии.

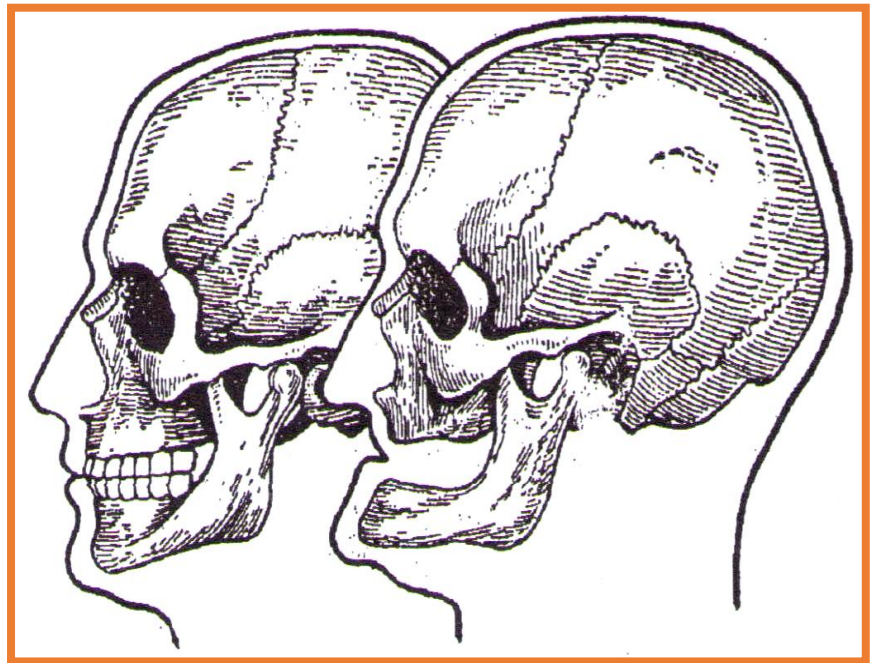
После удаления зубов со временем альвеолярные отростки атрофируются. Если причиной удаления зубов был пародонтит, тогда атрофические процессы протекают быстро.



Атрофия альвеолярного отростка - процесс необратимый и протезирование не останавливает его, потому, что для кости адекватным раздражителем является тяга прикрепления к ней связь (сухожилия, периодонт), а не сила сжатия, идет от базиса протеза.

Атрофия альвеолярного гребня на верхней челюсти выражена больше с альвеолярной стороны, в результате чего альвеолярная дуга уменьшается. На нижней челюсти атрофия более смещена к язычной стороне и нижнечелюстная дуга становится еще шире.

Это способствует формированию старческой прогения, которая проявляется резкой
несоответствием размеров
альвеолярных дуг
верхней и нижней челюстей.

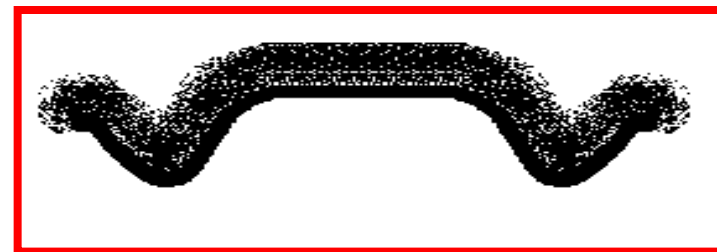


Формы неба

Форма твердого неба определяется длиной, шириной и высотой.

Высота по М.И. Агапову, колеблется от 0,5 до 2,5 см.

Фиксация протеза значительно ухудшается при глубокой и плоской форме неба



Виды ската альвеолярного отростка верхней челюсти

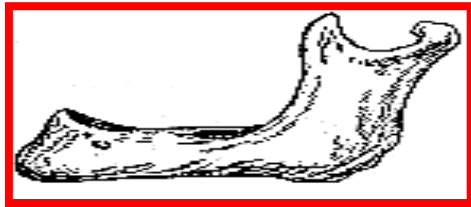
Наиболее приемлемым для достижения и сохранения запирающего клапана на протезе во время жевания является альвеолярный отросток с отвесным вестибулярным скатом.



Классификация Курляндского, 1955г. (для беззубых верхних челюстей)

- 1 тип - высокий, выраженный альвеолярный гребень и выраженные бугры верхней челюсти, равномерно покрыты плотной слизистой оболочкой. Глубокое небо, невыраженный или отсутствует торус, наличие большого слизисто - железистой подушки над апоневрозом мышц мягкого неба.
- 2 тип - средняя степень атрофии альвеолярного гребня, мало выражены бугры, средней глубины неба, выраженный торус, средней податливости слизистая оболочка и слизисто - железистая подушка под апоневрозом мышц мягкого неба.
- 3 тип - резкая атрофия альвеолярного гребня, резко уменьшен размер тела верхней челюсти, невыраженные бугры, укороченный передне - задний размер твердого неба, широкий торус, узкая полоса нейтральной зоны по линии «А».

Классификация Келлера. (Для беззубых нижних челюстей)



1 типа - незначительная , равномерная атрофия альвеолярного гребня. Места прикрепления мышц и складок расположены на основе альвеолярной части. Данный тип наиболее удобный для протезирования .



2 тип - выраженная , равномерная атрофия альвеолярного гребня. Места прикрепления мышц расположены почти на уровне гребня.



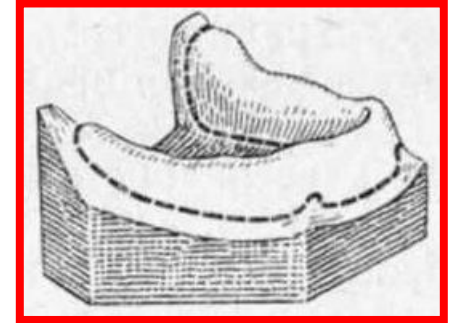
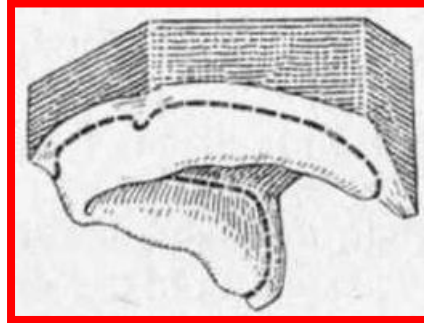
3 тип - выраженная атрофия альвеолярного гребня в боковых отделах , при относительно высоко сохраненном альвеолярном гребне в переднем отделе .



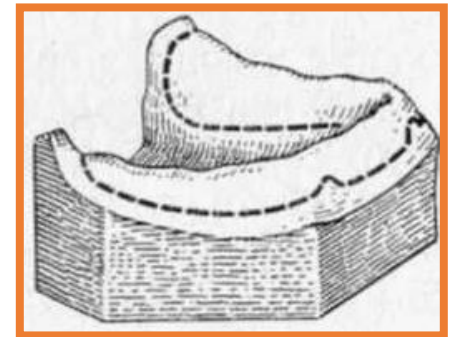
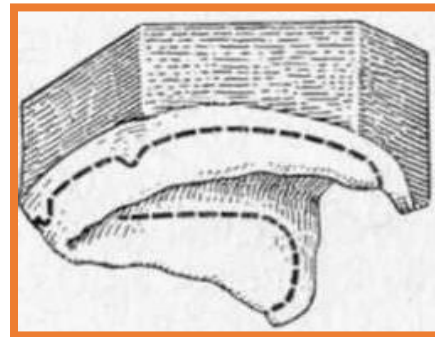
4 тип - выраженная атрофия в переднем отделе альвеолярного гребня при незначительной атрофии в боковых отделах .

Классификация Оксмана. (Для беззубых верхней и нижней челюстей)

1 тип - высокий, незначительно атрофированный альвеолярный гребень, выраженные бугры, глубокое небо. Места прикрепления мышц находятся на основе альвеолярного гребня.

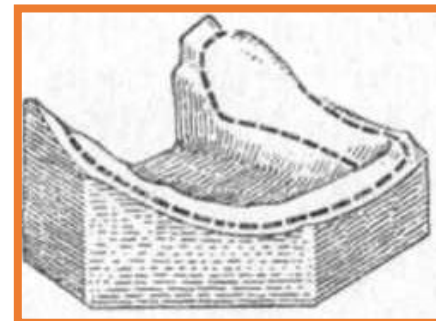
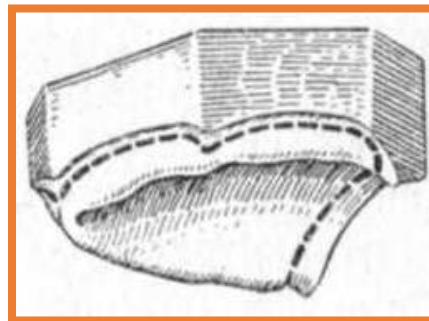


2 тип - средняя равномерная атрофия альвеолярного гребня и бугров, небо средней глубины, мышцы прикреплены на уровне середины альвеолярного гребня.

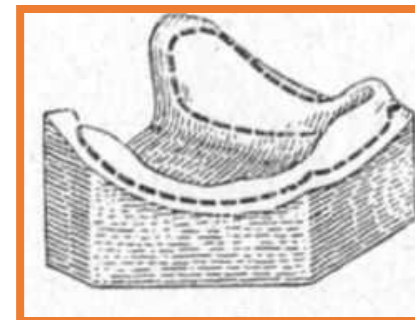
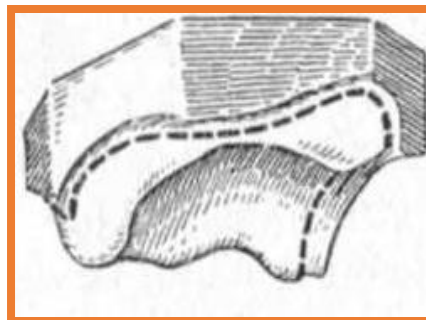


Классификация Оксмана. (Для беззубых верхней и нижней челюстей)

3 тип - резкая
равномерная атрофия
альвеолярного гребня и
бугров, плоское небо,
подвижная слизистая
оболочка,
прикрепления мышц на
уровне вершины
альвеолярного гребня.



4 тип - неравномерная
атрофия альвеолярного
гребня.

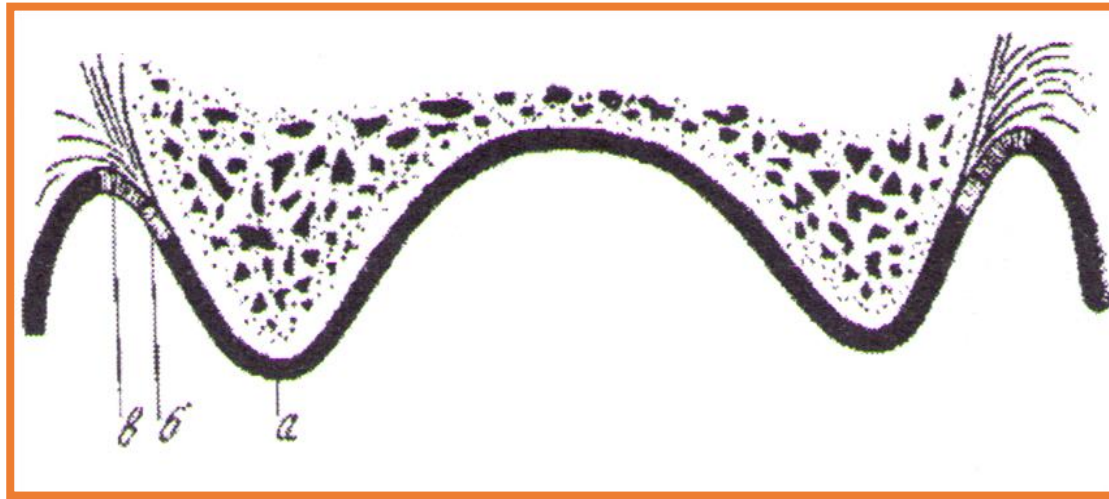


Классификация беззубых челюстей по А.И. Дойников

- I степень - на обеих челюстях имеются хорошо выраженные альвеолярные гребни, покрытые несколько податливой слизистой оболочкой. Небо покрыто равномерным слоем слизистой оболочки, умеренно податливой в его задней трети. Складки слизистой оболочки достаточно удалены от вершины альвеолярного гребня.
- II степень - средняя степень атрофии альвеолярного гребня, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, небо средней глубины, выраженный торус.
- III степень - полное отсутствие альвеолярного гребня и альвеолярной части челюстей, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного бугра, плоское небо, широкий торус.
- IV степень - выраженный альвеолярный гребень в переднем отделе при значительной атрофии в боковых отделах.
- V степень - выраженный альвеолярный гребень в боковых отделах при значительной атрофии в переднем отделе.

Слизистая оболочка полости рта делится на различные типы по степени подвижности и податливости.

- Подвижность слизистой оболочки зависит от ее связи с мышцами. В тех местах, где над мышцами развит подслизистый слой, является жировая ткань и размещены железы - слизистая оболочка является малоподвижной, но хорошо податливая при надавливании.



- Слизистая оболочка, размещается на мышцах и осуществляет экскурсии при их сокращении, называется активно-подвижной (слизистая оболочка мягкого неба, щек, губ, дна полости рта, зева, глотки) (в)
- Если слизистая оболочка непосредственно соединена с надкостницей, тогда она неподвижна (а)
- Промежуточную часть занимает пассивно-подвижная слизистая оболочка (нейтральная зона), которая проходит полосой по вестибулярной поверхности верхней и нижней челюстей, по язычной поверхности нижней челюсти и по линии «А» на верхней челюсти (б)

Классификация слизистой оболочки протезного ложа по Супле

1 КЛАСС

Идеальный рот . Хорошо выражены альвеолярные отростки , покрытые умеренно податливой слизистой оболочкой бледно - розового цвета , без патологических процессов .

2 КЛАСС

Твердый рот . Атрофированное , плотная , сухая слизистая , места прикрепления складок находятся несколько ближе к гребню альвеолярного отростка , по сравнению с 1 классом.

С КЛАСС

Мягкий рот . Гипертрофированная , рыхлая слизистая оболочка , альвеолярные отростки опущены.

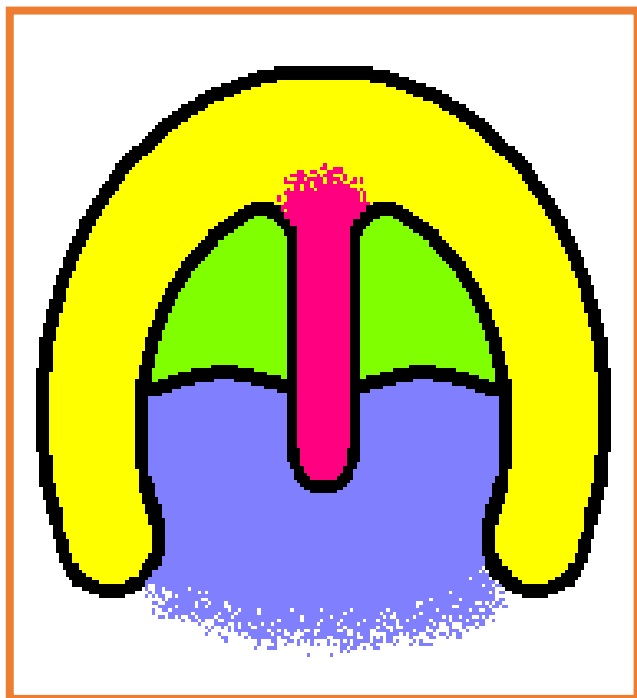
4 КЛАСС

" Петушиный " гребень . Подвижные тяжи слизистой оболочки , размещенные продольно и легко смещаются при незначительной нагрузке оттискной массы , могут эластично деформироваться .

Зоны податливости слизистой оболочки верхней челюсти по Люнда

По данным Шпренга, степень податливости слизистой оболочки протезного ложа колеблется в пределах от 0,3 до 4 мм.

Исходя из различий различной степени податливости, Люнд разделяет СОПР 4 зоны:



1 - участок сагиттального шва на твердом небе (медиальная фиброзная зона). Характеризуется тонкой слизистой оболочкой без подслизистого слоя (минимальная податливость) .

2 - участок альвеолярного отростка (периферическая фиброзная зона). Характеризуется малоподвижной слизистой, слабо выраженной подслизистым слоем.

3 - участок небных складок (жировая зона). Характеризуется наличием подслизистого слоя с большим количеством жировых клеток (средняя податливость) .

4 - задняя треть твердого неба (железистая зона). Характеризуется наличием подслизистого слоя с большим количеством желез (максимальная податливость) .

В зависимости от анатомо-физиологических особенностей протезного ложа можно получить отображение слизистой оболочки в разных функциональных состояниях.

- **Разгрузочные оттиски рекомендуют получать при тонкой, атрофическом и чрезмерно податливой слизистой оболочке.**
- **Компрессионные оттиски показаны при рыхлой, хорошо податливой слизистой оболочке.**
- **Однако лучшего результата можно достичь, только применяя дифференциальные оттиски, полученные с разной степенью компрессии слизистой оболочки с учетом податливости в различных участках протезного ложа.**

Литература

- 1. Варес, Э. Я. Восстановление полной утраты зубов / Э. Я. Варес. Донецк, 1993. С. 164–167.
- 2. Гаврилов, Е. И. Ортопедическая стоматология / Е. И. Гаврилов, А. С. Щербаков. М. : Медицина, 1984. С. 340–351.
- 3. Проблемы ортопедической стоматологии на современном этапе развития и пути совершенствования зубного протезирования при полной потере зубов / Э. С. Каливрадзиян [и др.] // Современная ортопедическая стоматология. 2005. № 3. С. 2–25.
- 4. Калинина, Н. В. Протезирование при полной потере зубов / Н. В. Калинина. М. : Медицина, 1979. С. 96–114.
- 5. Копейкин, В. Н. Руководство по ортопедической стоматологии / В. Н. Копейкин. М. : Медицина, 1993. С. 122–128.
- 6. Луганский, В. А. Способы улучшения фиксации полных съёмных протезов путем оптимизации получения функциональных оттисков / В. А. Луганский, С. Е. Жолудев // Панорама ортопедической стоматологии. 2004. № 2. С. 34–39.
- 7. Марков, Б. П. Методы фиксации протезов на беззубых челюстях / Б. П. Марков // Современная ортопедическая стоматология. 2005. № 3. С. 40–48.

Спасибо за внимание!