

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

**Полные съемные протезы. Классификация протезов,
правила, этапы подготовки полости рта к данному виду
протезирования.**

Протезирование челюдно-челюстно-лицевых
дефектов ротовой полости и лица протезами
вспомогательного действия с ОПОН по
специальности - стоматология ортопедическая,
создаются специальные. Темы протезов
достаточно много ротовой. Ротовая полость
и ее функции создаются тем.
Значение рб.

Вушка, обморок
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкий ИПО

В. Галонский В.Г.
01.10.2020 г.

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»
Трубинский Александр Александрович
рецензент д.м.н., Галонский Владислав Геннадьевич

Красноярск, 2020

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

**Полные съемные протезы. Классификация протезов,
правила, этапы подготовки полости рта к данному виду
протезирования.**

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»
Трубинский Александр Александрович
рецензент д.м.н., Галонский Владислав Геннадьевич

Эпидемиология полной вторичной адентии

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 эффективность ортопедического лечения, т.е. восстановление всех функций зубочелюстной системы.

Аденция – **полное отсутствие зубов** – сегодня не является приговором.

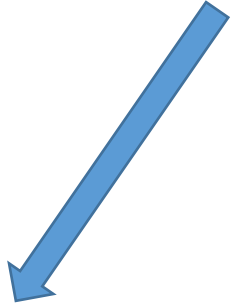
Ортопедической стоматологией разработано несколько видов конструкций, призванных скрыть недостаток и восстановить способность жевать и говорить без нарушения дикции.



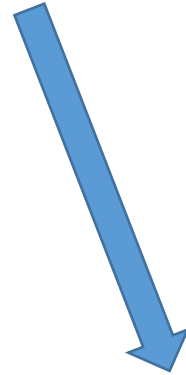
Современные зубные протезы съемные при полном отсутствии зубов кардинально отличаются от неудобных моделей, использовавшихся 30 лет назад.



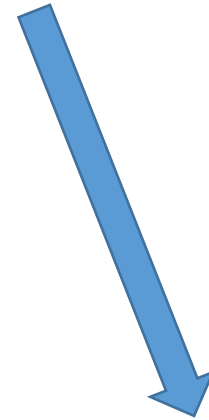
Полные съемные протезы и их виды



Конструкции
из нейлона



Акриловый протез



Протезы Акри-Фри



Полные съемные протезы и их виды

Конструкции, применяемые при адентии, считаются самыми сложными с точки зрения изготовления, поскольку они должны полностью взять на себя функции отсутствующих зубов и при этом быть комфортными, не натирать, не изменять дикцию. При выборе модели врач учитывает следующие факторы:

- Причины отсутствия зубов. Так, если они были утрачены вследствие генерализованного пародонтита, в деснах может развиваться воспалительный процесс, способный осложнить протезирование или его отсрочить.
- Заболевания челюстей в анамнезе и текущие, а также системные хронические болезни. Ухудшать условия для протезирования могут болезни крови, эндокринные, онкологические и другие.
- Продолжительность адентии, определяющая степень атрофии костной ткани.
- Состояние слизистых оболочек, височно-нижнечелюстного сустава, глубина неба, наличие рубцов.

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



- восстановления функциональных 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. Осмотр
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 осмотр

При осмотре обращают внимание на:

- осанку, тип телосложения;
- состояние кожных покровов;
- 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;
- степень 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



Перед подготовкой полости рта к полному съемному протезированию необходимо произвести 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.

Классификация атрофии альвеолярных гребней беззубых верхних челюстей по Шредеру

Первый тип



Второй тип



Третий тип



Первый тип характеризуется хорошо сохранившимся альвеолярным гребнем, хорошо выраженными буграми и высоким нёбным сводом.



Переходная складка, места прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены относительно высоко.

Первый тип беззубой верхней челюсти наиболее благоприятен для полного съёмного зубного протезирования, поскольку имеются хорошо выраженные пункты анатомической ретенции.



Второй тип характеризуется средней степенью атрофии альвеолярного гребня.



Альвеолярный гребень и бугры верхней челюсти ещё сохранены, нёбный свод чётко выражен.

Переходная складка расположена несколько ближе к вершине альвеолярного гребня, чем при первом типе.



При резком сокращении мимических мышц может быть нарушаться фиксация протеза

Третий тип характеризуется значительной атрофией верхнечелюстных костей.

Альвеолярные гребни и бугры отсутствуют, нёбо плоское.

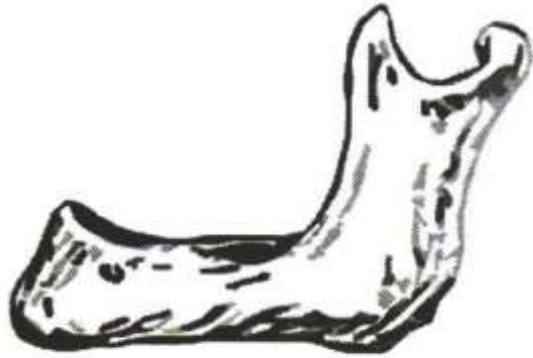
Переходная складка расположена в одной горизонтальной плоскости с твёрдым нёбом.

Протезировании беззубой верхней челюсти третьего типа имеет большие трудности, поскольку при отсутствии альвеолярного гребня и бугров верхней челюсти протез приобретает свободу для передних и боковых движений при разжёвывании пищи, а низкое прикрепление уздечек и переходной складки способствует сбрасыванию полного съёмного верхнечелюстного зубного протеза.



Классификация атрофии альвеолярных гребней беззубых нижних челюстей по Келлеру

Первый тип



Второй тип



Третий тип



Четвёртый тип

- Первый тип характеризуется незначительно и равномерно атрофированным альвеолярным гребнем.
- Ровно округлённый альвеолярный гребень является удобным основанием для протеза и ограничивает свободу движений при его смещении вперёд и в сторону.
- Места прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярной части.
- Первый тип беззубой нижней челюсти встречается, если зубы удаляют одновременно и атрофия альвеолярного гребня происходит медленно.
- Он наиболее удобен для протезирования, хотя наблюдается сравнительно редко

Первый тип



- Второй тип характеризуется выраженной, но равномерной атрофией альвеолярного гребня.
- При этом альвеолярный гребень возвышается над дном полости рта, представляя собой в переднем отделе узкое, иногда даже острое, как нож, образование, малопригодное для основания протеза.
- Места прикрепления мышц расположены почти на уровне альвеолярного гребня.
- Второй тип беззубой нижней челюсти представляет большие трудности для протезирования и получения устойчивого функционального результата, поскольку отсутствуют условия для анатомической ретенции, а высокое расположение точек прикрепления мышц при их сокращении приводит к смещению съёмного протеза.
- Пользование протезом часто болезненно из-за острого края челюстно-подъязычной линии, и протезирование в ряде случаев бывает успешным лишь после её сглаживания хирургическим путём

Второй тип



- Третий тип характеризуется выраженной атрофией альвеолярного гребня в боковых отделах при относительно сохранившемся альвеолярном гребне во фронтальном отделе.
- Данный тип беззубой нижней челюсти формируется при раннем удалении жевательной группы зубов.
- Третий тип относительно благоприятен для протезирования, поскольку в боковых отделах между косой и челюстноподъязычной линиями имеются плоские, почти вогнутые поверхности, свободные от точек прикрепления мышц, а наличие сохранившейся альвеолярной части во фронтальном отделе челюсти предохраняет протез от смещения в переднезаднем направлении.



Третий тип

- Четвёртый тип характеризуется выраженной атрофией альвеолярного гребня во фронтальном отделе при относительной его сохранности в боковых отделах.
- Данный тип беззубой нижней челюсти формируется при раннем удалении фронтальной группы зубов.
- У съёмного протеза отсутствует опора во фронтальном отделе и при жевательной нагрузке он соскальзывает вперёд.

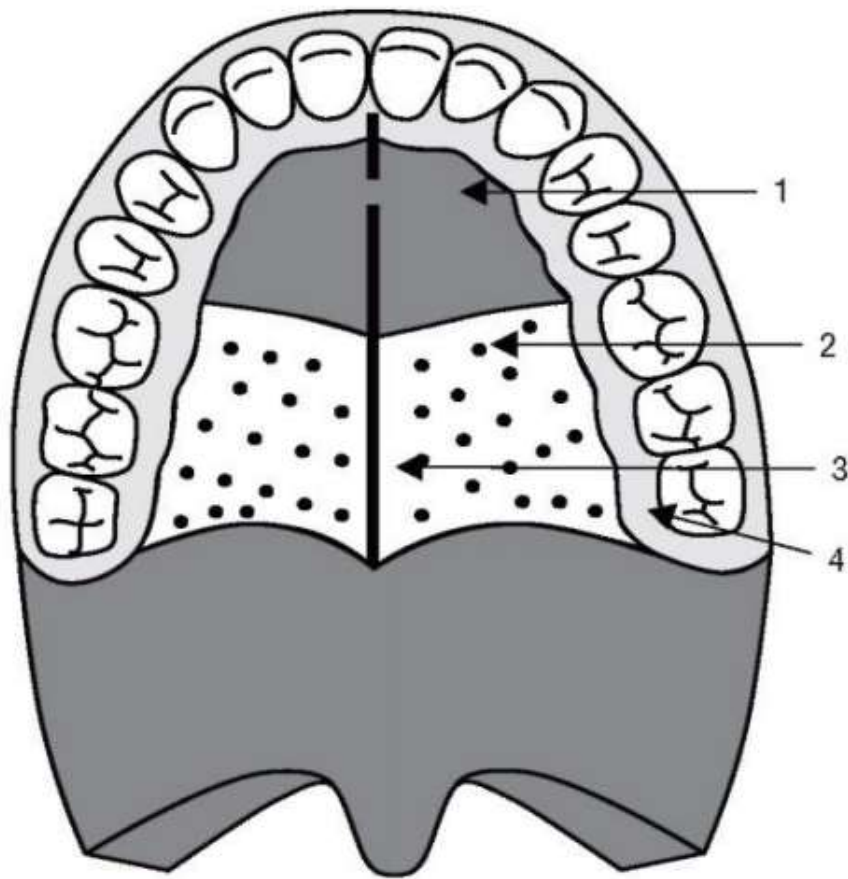


Четвёртый тип

При клиническом обследовании больных с полной адентией важное диагностическое значение имеет оценка состояния слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа, позволяющая прогнозировать эффективность конечного результата зубного протезирования



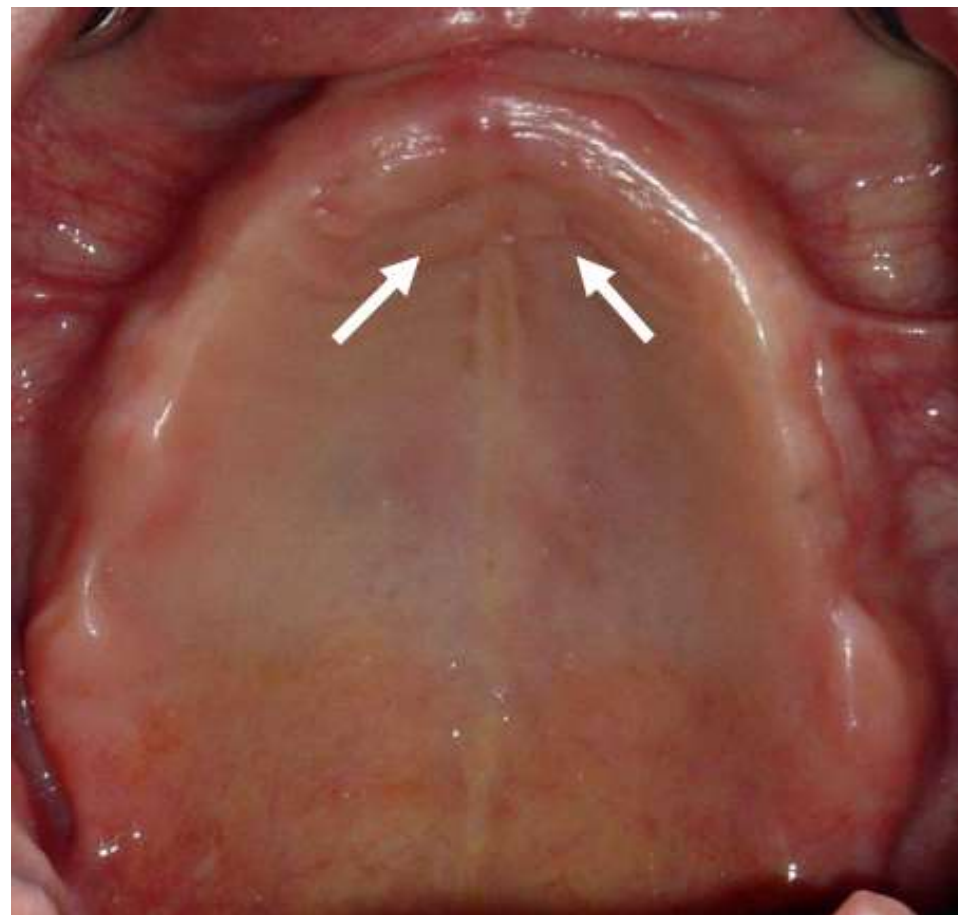
Схема зон слизистой оболочки твёрдого нёба: (по Быкову В. Л., 1998)

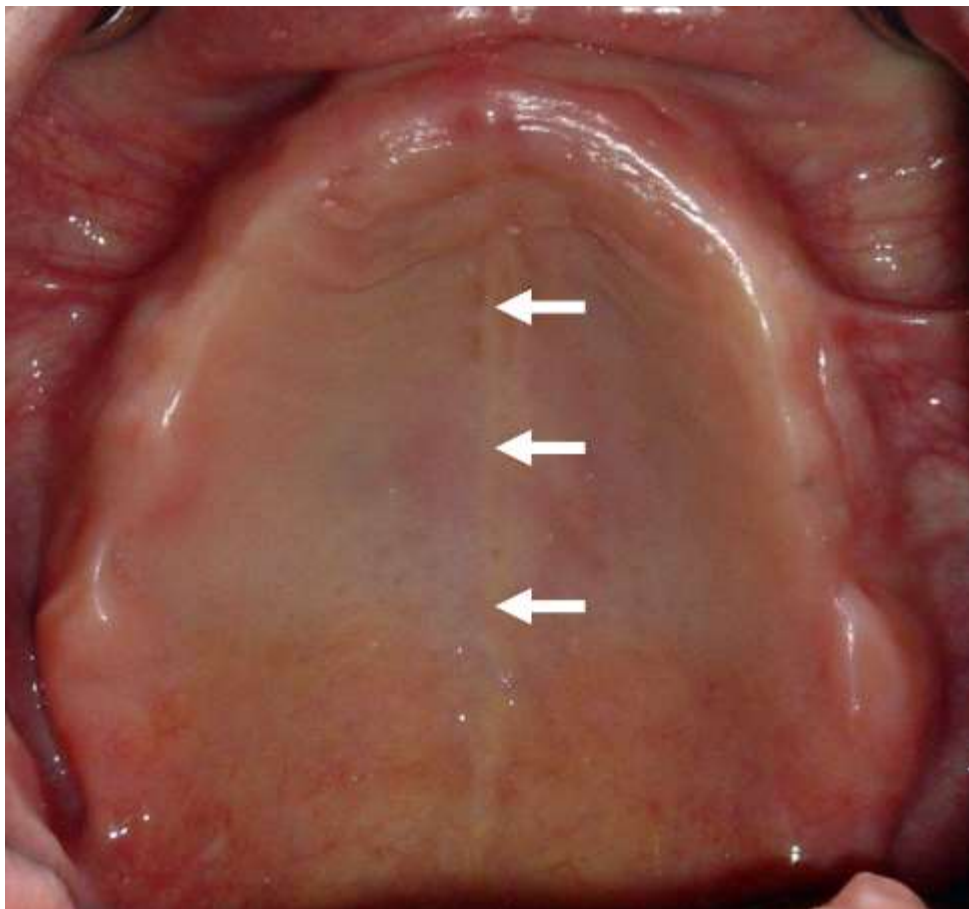


1. Жировая зона
2. Железистая зона
3. Зона нёбного шва
4. Краевая зона

В передней трети твёрдого нёба
слизистая оболочка в основном
состоит из многослойного плоского
эпителия, собственного и
подслизистого слоёв.

Толщина её на этом участке в среднем
составляет 2,24 мм.





Слизистая оболочка, расположенная в области нёбного шва, состоит из многослойного плоского эпителия и собственного слоя.

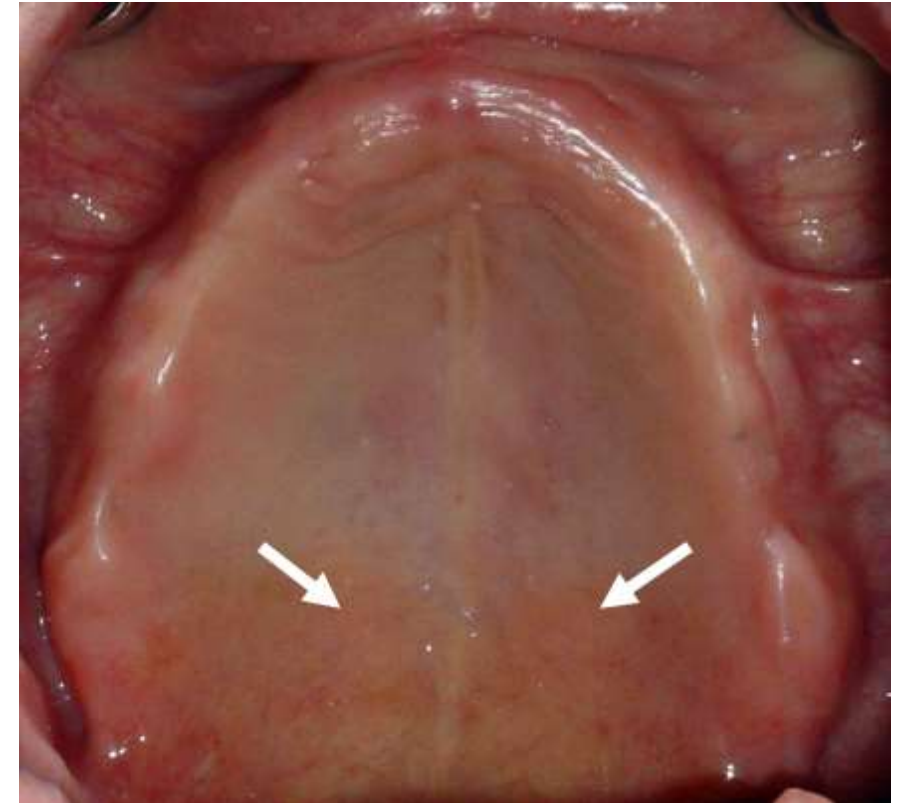
Она плотно сращена с надкостницей, неподвижная, тонкая, легко травмируется.

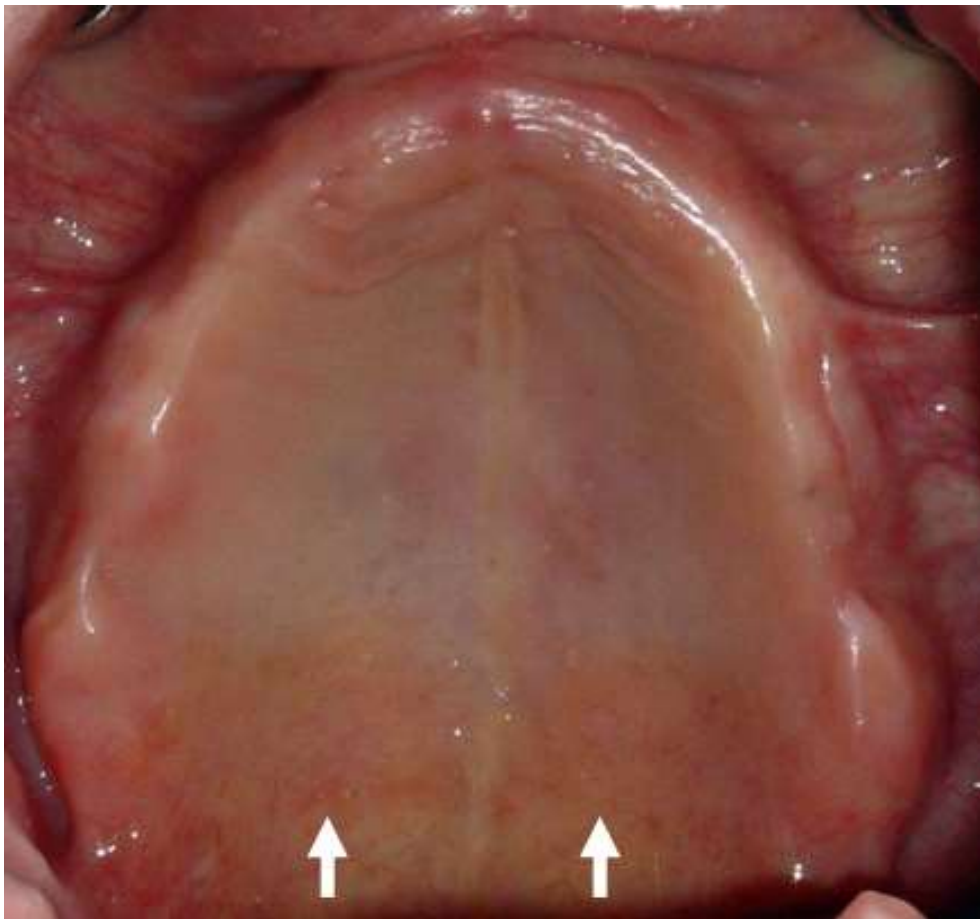
Толщина её в среднем составляет 1,1 мм.

Слизистая оболочка, расположенная между нёбным возвышением и линией «А», ограниченная с латеральной стороны боковыми участками альвеолярного гребня, имеет большое количество кровеносных сосудов.

Толщина её в различных участках неодинакова:

- Наиболее толстый слой слизистой оболочки находится вблизи перехода твёрдого нёба в мягкое и в проекции 2-ых и 3-их моляров
- Самый тонкий её слой расположен в области премоляров
- В среднем толщина слизистой оболочки в этой области составляет 3,34 мм
- Отмечается незначительная подвижность слизистой оболочки в этой области





Слизистая оболочка, расположенная в области перехода твёрдого нёба в мягкое, состоит из собственного и подслизистого слоёв и многослойного плоского эпителия, который не имеет рогового слоя.

Её толщина в этой области составляет в среднем 4,53 мм.

В подслизистом слое расположено большое количество слизистых желез

Слизистая оболочка на месте перехода с верхней губы и щёк на альвеолярный гребень состоит из многослойного плоского эпителия (без рогового слоя), собственного и подслизистого слоёв.

Поскольку она располагается не на костной основе, а на мимических мышцах, то является функционально-подвижной.



Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти в основном имеет такое же гистологическое строение, как и на верхней челюсти, однако её толщина несколько меньше и составляет 1,44 мм, причём, как и на верхней челюсти, она меньше в переднем отделе и увеличивается в области боковых зубов





В области
подбородочно-
подъязычного торуса
слизистая оболочка
самая тонкая, в среднем
1,05 мм, и состоит из
многослойного плоского
эпителия и собственного
слоя, непосредственно
сращённого с
надкостницей.

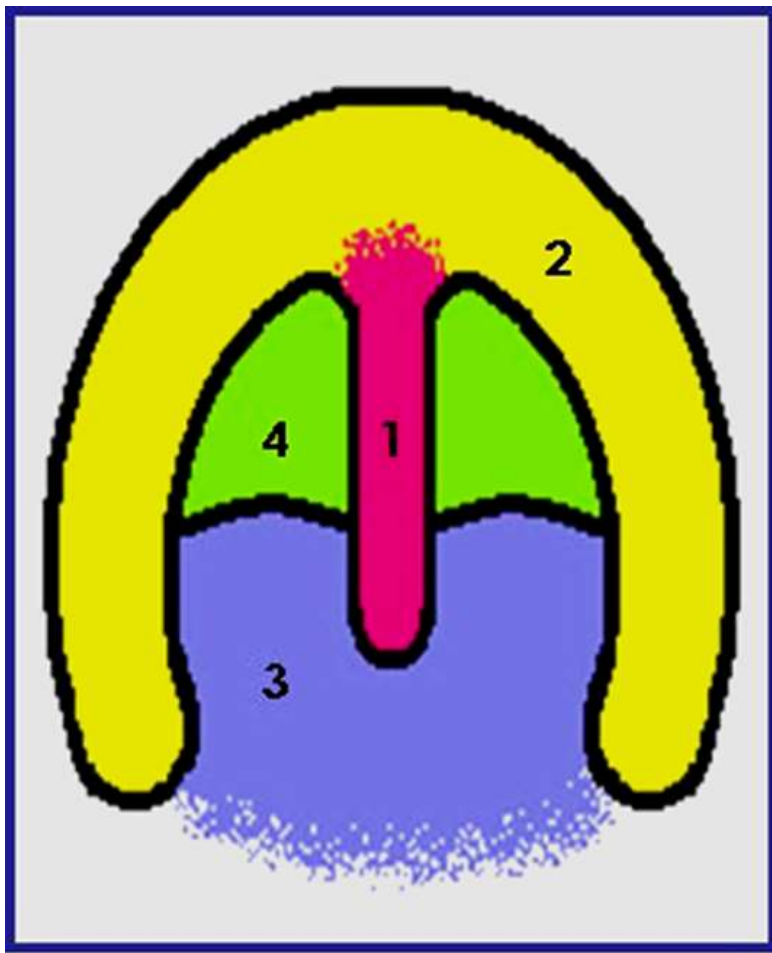
- *В позадимоллярной области слизистая оболочка состоит из 3-ёх слоёв*
- В подслизистом слое встречается большое количество жировых клеток
- Чаще всего слизистая оболочка плотная и неподвижная, толщина её колеблется в пределах 1,84 мм



В позадиальвеолярной области слизистая оболочка содержит рыхлый подслизистый слой, богатый жировыми и слизистыми клетками. Его толщина около 1,2 мм.



Зоны податливости слизистой оболочки верхней челюсти по Люнду



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)

Классификация податливости слизистой оболочки по Supple

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.

3 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 .

Подготовка полости рта при изготовлении полных съемных протезов

Общая подготовка полости рта, это:

- ☐ санация полости рта;
- ☐ специальная подготовка протезного ложа.



Санация сводится к устранению патологических процессов воспалительного характера слизистой оболочки, челюстей и костей, прилегающих к этой области, а также удаление зубов и корней зубов, не подлежащих лечению.

Принято считать, что одиночные зубы на в/ч препятствуют созданию непрерывного кругового клапана. Поэтому их следует удалять.

Однако это положение, в последнее время, пересмотрено по многим причинам. На в/ч удаляются одиночно стоящие зубы II-III степени подвижности, чтобы создать круговой клапан и функциональную присасываемость протеза. Устойчивые зубы на в/ч остаются, когда на противоположной стороне имеется хорошо выраженный альвеолярный отросток, обеспечивающий вместе с оставшимся зубом стабилизацию протеза.

На н/ч следует щадить одиночно стоящие зубы и оставлять даже зубы II-III степени подвижности, предварительно укоротив их или в случае необходимости депульпировав.

Можно их эффективно использовать, применив телескопическую систему крепления.





- ✓ Не следует удалять последний клык или премоляр, если на противоположной стороне челюсти хорошо выражен альвеолярный бугор, так как в подобных случаях диагональное расположение ретенционных пунктов обеспечивает надежную фиксацию даже при плоском небе.
- ✓ Многие стоматологи рекомендуют использовать здоровые корни зубов в качестве опоры для съемных протезов. В этом случае жевательное давление протеза передается не только на слизистую, но и на корень, увеличивая жевательную поверхность. Кроме того, сохранение корней замедляет атрофию альвеолярного отростка.

Специальная подготовка протезного ложа

Чаще всего сюда входит хирургическая подготовка:

- ❖ альвеолотомия, то есть скусывание острых краев лунки зуба;
- ❖ удаление экзостозов, торуса;
- ❖ удаление рубцовых, измененных тканей;
- ❖ иссечение уздечки или тяжей.

Хирургическая специальная подготовка больных

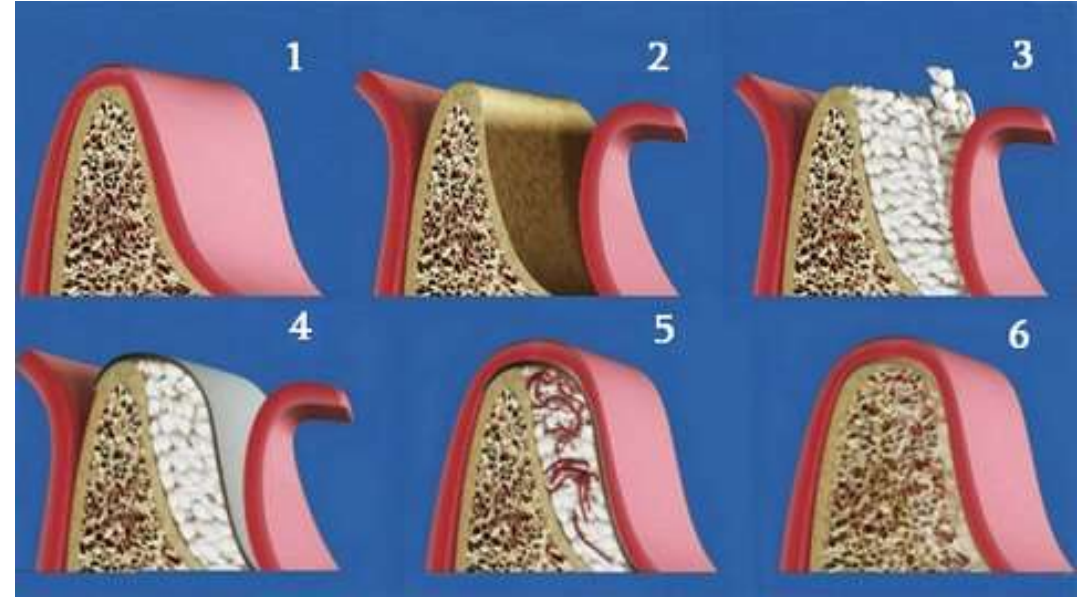
- ▶ При протезировании съёмными протезами их базисы опираются на альвеолярный гребень, вследствие чего форма его должна позволять лёгкое наложение протезов и равномерное распределение жевательного давления по всей поверхности протезного ложа. С этой точки зрения наиболее удобной является отвесная форма альвеолярного ската и трапециевидная или полуовальная форма альвеолярного гребня (Оксман). Удобная форма альвео-лярного гребня создаётся путём удаления костных выступов (экзостозов) на его скате, превращения чрезмерно выраженной нависающей формы альвео-лярного ската в менее выраженную, приближающуюся к отвесной форме. Оперативным же путём превращают треугольно-коническую или шиповид-ную форму альвеолярного гребня в трапециевидную или полуовальную его формы.

Пластика альвеолярного гребня

Операция проводится при резко выраженной атрофии альвеолярного гребня, когда отсутствуют условия для обеспечения хорошей фиксации и устойчивости полных протезов.

В зависимости от вида материала различают аутотрансплантацию (пересадка собственного костного материала) и аллотрансплантацию (пересадка синтетического или животного материала).

В качестве аутотрансплантационного материала обычно используют подбородочную или нижнечелюстную кость; редко – в тяжелых случаях – подвздошную кость или ребро.



Устранение тяжей и рубцов слизистой оболочки протезного ложа

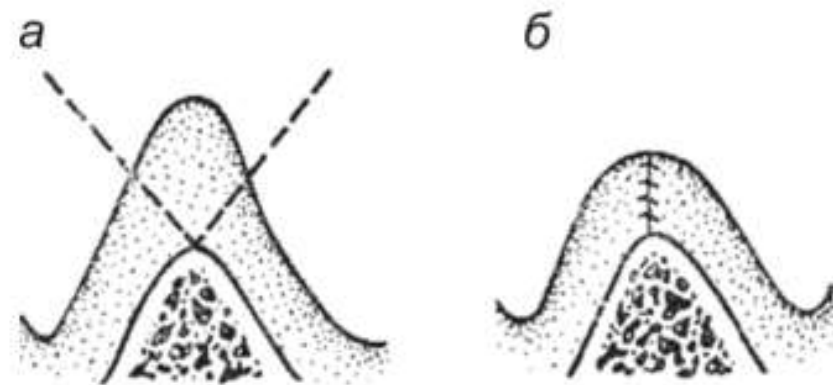
- ❑ На слизистой оболочке полости рта различают два вида тяжей. К первому виду относятся уздечки языка, губ и щёчно-альвеолярные тяжи слизистой оболочки, имеющие типичное расположение. В случае прикрепления их к вершине альвеолярного гребня они препятствуют созданию хорошего замыкающего клапана при конструировании полных протезов, что ухудшает фиксацию протеза. Если складки перекрыть краем протеза, то покрывающая их слизистая оболочка травмируется, больной испытывает боль при пользовании протезом.
- ❑ Ко второму виду тяжей на слизистой оболочке относятся рубцы, образующиеся после операций, травм, воспалительных заболеваний, ожогов и т.д. В подслизистом слое их происходит интенсивное разрастание фиброзной соединительной ткани. Форма рубцовых тяжей и расположение определяется характером и местом повреждения слизистой оболочки. Как правило, эти рубцы плотные и малоподвижные, что является препятствием для хорошей фиксации протезов.

Углубление преддверия рта и дна полости рта

Эти операции проводятся при резкой атрофии челюстей, когда неоднократное протезирование не даёт положительных результатов. Целью операций является увеличение поверхности костной основы протезного ложа за счёт перемещение мест прикрепления мышц к челюстям, отслойки слизисто-надкостничного лоскута с обнажением кости. Заживление происходит вторичным натяжением. Нередко для формирования мягких тканей в области раневой поверхности используют временные протезы.

Иссечение подвижной слизистой оболочки альвеолярного гребня

У больных, потерявших зубы по причине тяжёлых форм заболевания пародонта, вследствие прогрессирующей атрофии костной ткани и разрастания фиброзной соединительной ткани, альвеолярный гребень приобретает форму петушиного гребня с различной степенью подвижности и выраженности. Если «петушиный гребень» резко выражен, препятствует хорошей фиксации протеза, его удаляют путём клиновидного иссечения избыточной ткани.



Операция иссечения избыточной слизистой оболочки альвеолярного отростка:

а - направление разрезов;
б - вид после наложения швов

Заключение

- Протезирование при полном отсутствии зубов и особенно на нижней челюсти — одна из наиболее сложных проблем ортопедической стоматологии. В настоящее время достигнуты значительные успехи в протезировании при полном отсутствии зубов.
- Одно из условий успешного протезирования при полном отсутствии зубов — знание особенностей клинической анатомии полости рта при этом.
- Большое значение имеют знание и учет особенностей и изменений, возникающих при потере всех зубов: степень атрофии и особенности строения челюстных костей и альвеолярных отростков, степень податливости слизистой оболочки протезного ложа, состояние и место прикрепления мышц.

Список литературы

1. Аболмасов, Н. Г. Ортопедическая стоматология: учебник для студентов/ Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, В. А. Бычков. – Москва : «МЕДпресс – информ», 2007. – 486 с.
2. Авдеев, Е. Н. Протезирование полными съемными пластиночными протезами при высоких степенях атрофии альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей / Е. Н. Авдеев, Е. В. Смирнов, Н. И. Лесных [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. -2014. - Т. 195, № 24. - С. 265-268.
3. Жолудев, С. Е. Решение проблемы адаптации к съемным конструкциям зубных протезов при полной утрате зубов / С. Е. Жолудев, С. А. Гетте // Проблемы стоматологии. - 2016. - Т. 12, № 3. - С. 46-51.
4. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 060105 (040400) - "Стоматология" / А. П. Воронов, И. Ю. Лебедеенко, И. А. Воронов. - Москва : МЕДпресс-информ, 2006. - 320 с.
5. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов / Под ред. И. Ю. Лебедеенко, Т. И. Ибрагимова. – Москва : ООО «Мед. информ. агенство» , 2005. – 400 с.
6. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов / под ред. И.Ю. Лебедеенко, Э.С. Каливрадзияна, Т.И. Ибрагимова. – 2011. – 448 с.: ил.
7. Салеева, Г. Т. Общие подходы к диагностике и лечению полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии): учебно-методическое пособие / Г. Т. Салеева. — Казань: КГМУ 2011.
8. Совершенствование вестибулопластики с целью ортопедической реабилитации пациентов с мелким преддверием полости рта и полной резорбцией альвеолярной части нижней челюсти / Г. И. Прохвятилов, В. Ф. Черныш, Г. С. Ченик [и др.] // Пародонтология. — 2007. — № 3. — С. 39-43.
9. Способ подготовки беззубого протезного ложа при сомнительном прогнозе ортопедического лечения [Электронный ресурс] / М. И. Садыков, А. В. Шумский, А. М. Нестеров, Г. М. Нестеров // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 6. — Режим доступа: www.science-education.ru/article/view?id=23369 (дата обращения: 26.09.2020).
10. Трунин, Д. А. Ортопедическое лечение пациентов с истонченной, малоподатливой слизистой оболочкой протезного ложа при полном отсутствии зубов / Д. А. Трунин, М. И. Садыков, А. В. Шумский, А. М. Нестеров // Институт стоматологии. - 2016. -Т. 4, № 73. - С. 90-91.

Спасибо за внимание

