

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

Полное отсутствие зубов. Анатомические и функциональные
изменения в зубочелюстной системе. Особенности изготовления
съёмных протезов в зависимости от состояния челюстей и
слизистой оболочки и слизистой оболочки протезного ложа.

*Работа выполнена в соответствии с ОПСП
по специальности - стоматология ортопедическая.
Класс - протезации раскрита полностью.
Замечаний нет. Литературные источники
соответствуют теме.
Оценка «отлично».
Продсвоял кафедру
Стоматологии ИПО
Ю.В. Чижов Н.С.
20.01.20.*

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»
Ходько Юлия Юрьевна
рецензент д.м.н., Чижов Юрий Васильевич

Цель:

1. Подробно рассмотреть раздел ортопедической стоматологии «Полное съемное протезирование».



Задачи:

- ▶ Разобрать понятие «Аденция».
- ▶ Причины потери зубов.
- ▶ Рассмотреть анатомические и физиологические изменения при полной потере зубов.
- ▶ Изучить методы протезирования при полной адентии.

Введение

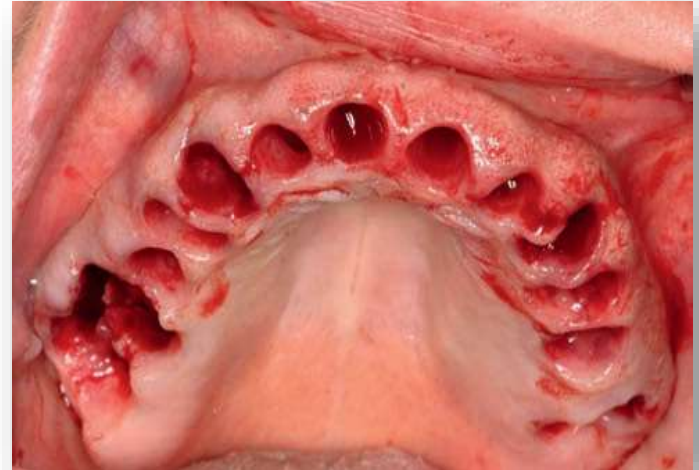
В настоящее время проблема первичной адентии затрагивает все население Земли, не зависимо от расовой, возрастной, половой категории. Данная аномалия зубочелюстной системы формируется ещё в период развития зубов на стадии закладки. В связи с этим очень важно знать все причины, которые могут вызвать первичную адентию[1].

Адентия — полное и частичное отсутствие зубов.



Этиология

- Кариес и его осложнения
- заболевания маргинального периодонта
- функциональная перегрузка зубов
- травма
- редко первичная адентия.



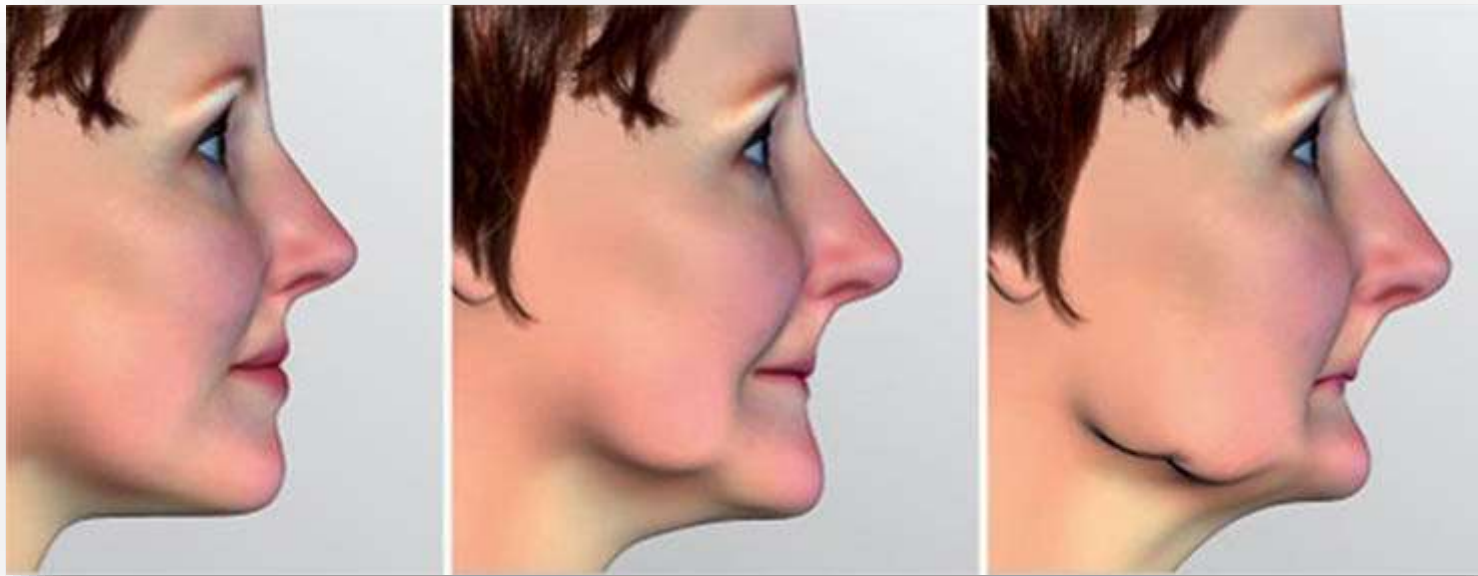
Анатомические изменения при полной адентии

- атрофия альвеолярных отростков
- изменение степени пневматизации верхнечелюстной пазухи
- изменения в височно-нижнечелюстном суставе
- изменения слизистой оболочки полости рта, работы слюнных желез и др[2].



Функциональные изменения при полной адентии

Тело и ветви челюстей более тонкие, а угол нижней челюсти – более тупой. У таких больных резко выражены носогубные складки, опущены кончик носа, углы рта и даже наружные края век. Нижняя треть лица значительно уменьшается в размерах. Наблюдается дряблость мышц, и лицо имеет старческое выражение[3].



Функциональные изменения при полной адентии

При адентии нарушается функция жевания и речи.

Изменения, развивающиеся в полости рта при отсутствии зубов, захватывают слизистую оболочку, покрывающую их и твердое небо. Они могут быть выражены в виде атрофии, образования складок, изменения положения переходной складки по отношению к гребню альвеолярного отростка.



Функциональные изменения при полной адентии

Функция жевания при полной потере зубов почти отсутствует. Правда, многие больные растирают пищу с помощью десен, языка, но это ни в какой степени не может восполнить утраченную функцию жевания. Уменьшение степени раздробления пищи затрудняет смачивание ее слюной. Следовательно, у беззубых людей нарушено ротовое пищеварение. Полная потеря зубов влечет за собой и нарушение речи – появляется шепелявость, невнятность.



Задачи протезирования

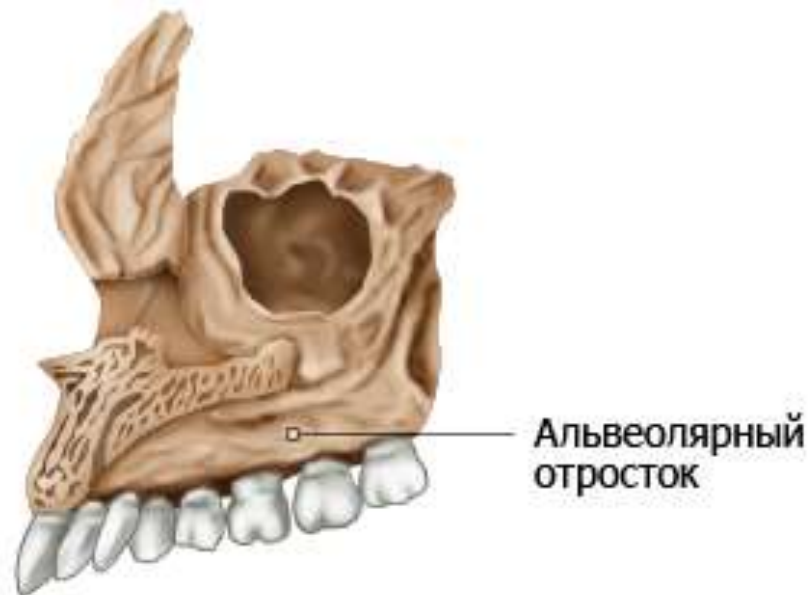
Приступая к протезированию больных с полным отсутствием зубов, врач ставит перед собой три основные задачи:

1. Надежно укрепить протезы на беззубых челюстях;
2. Восстановить нарушенные пропорции лица;
3. Создать искусственные зубные ряды, синхронно функционирующие с другими органами жевательного аппарата, участвующими в акте жевания, речеобразовании и дыхании[4].



Особенности изготовления протезов

Для фиксации протеза на беззубой челюсти большое значение имеет высота альвеолярного отростка, его форма, рельеф, крутизна вестибулярного ската, выраженность альвеолярных бугров верхней челюсти, глубина твердого неба, наличие торуса, выраженность челюстно-подъязычных линий, подъязычного торуса. Чем меньше атрофирован альвеолярный отросток, чем он шире, тем больше площадь протезного поля и тем лучше его опорные свойства.

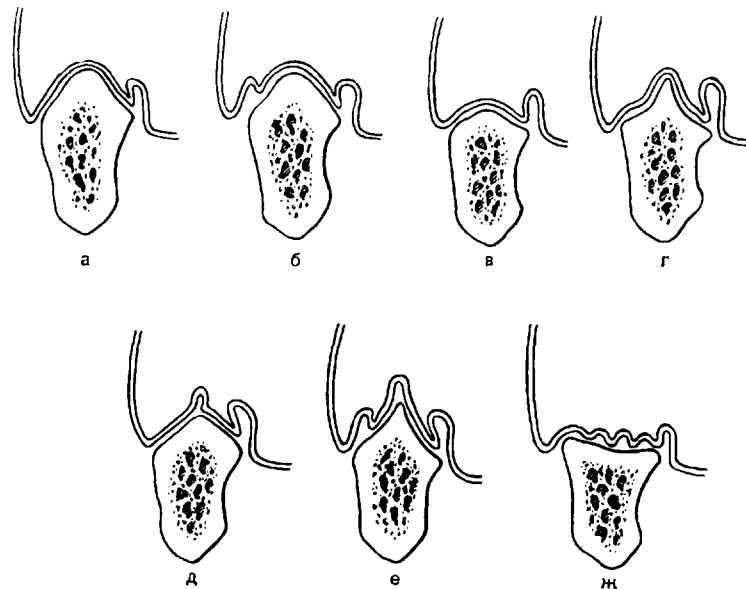


Особенности изготовления протезов

Альвеолярный отросток может быть: хорошо выраженным, средней выраженности, невыраженным и резко атрофированным.

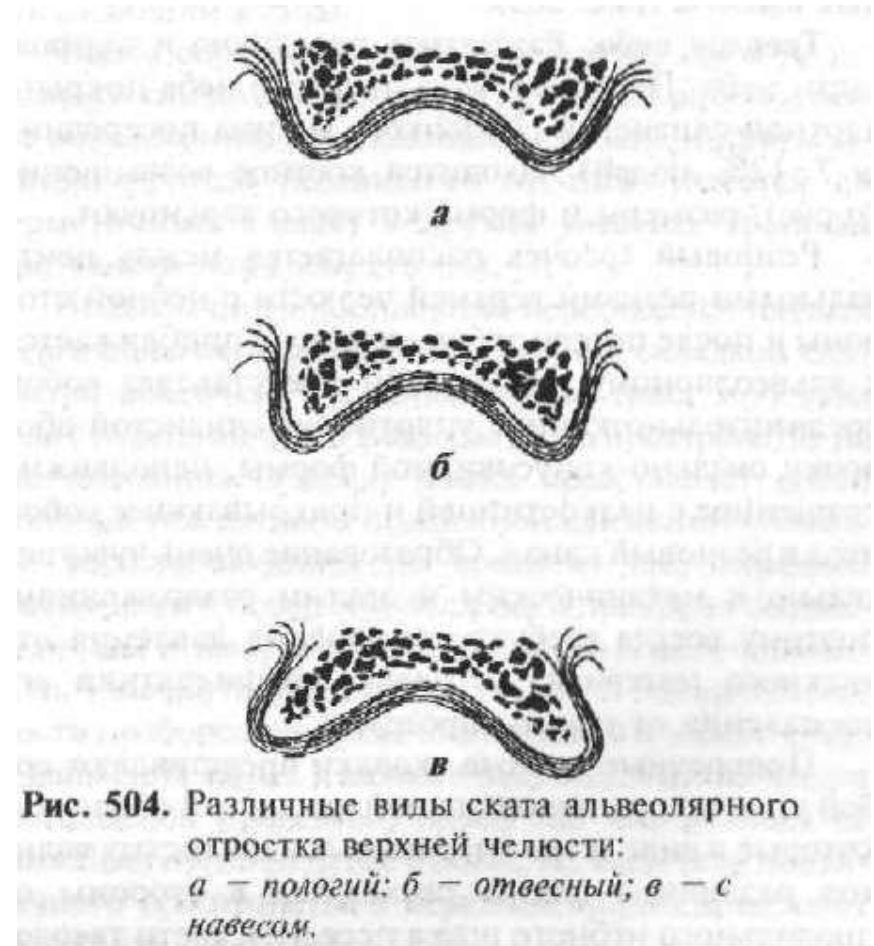
Выделяют следующие семь вариантов формы альвеолярного отростка (И.М. Оксман, 1967):

форма усеченного конуса, треугольно-остроконечная, прямоугольная, полуовальная, шиповидная и утолщенная. Среди них, по мнению автора, наиболее благоприятными для протезирования являются полуовальная и форма усеченного конуса.



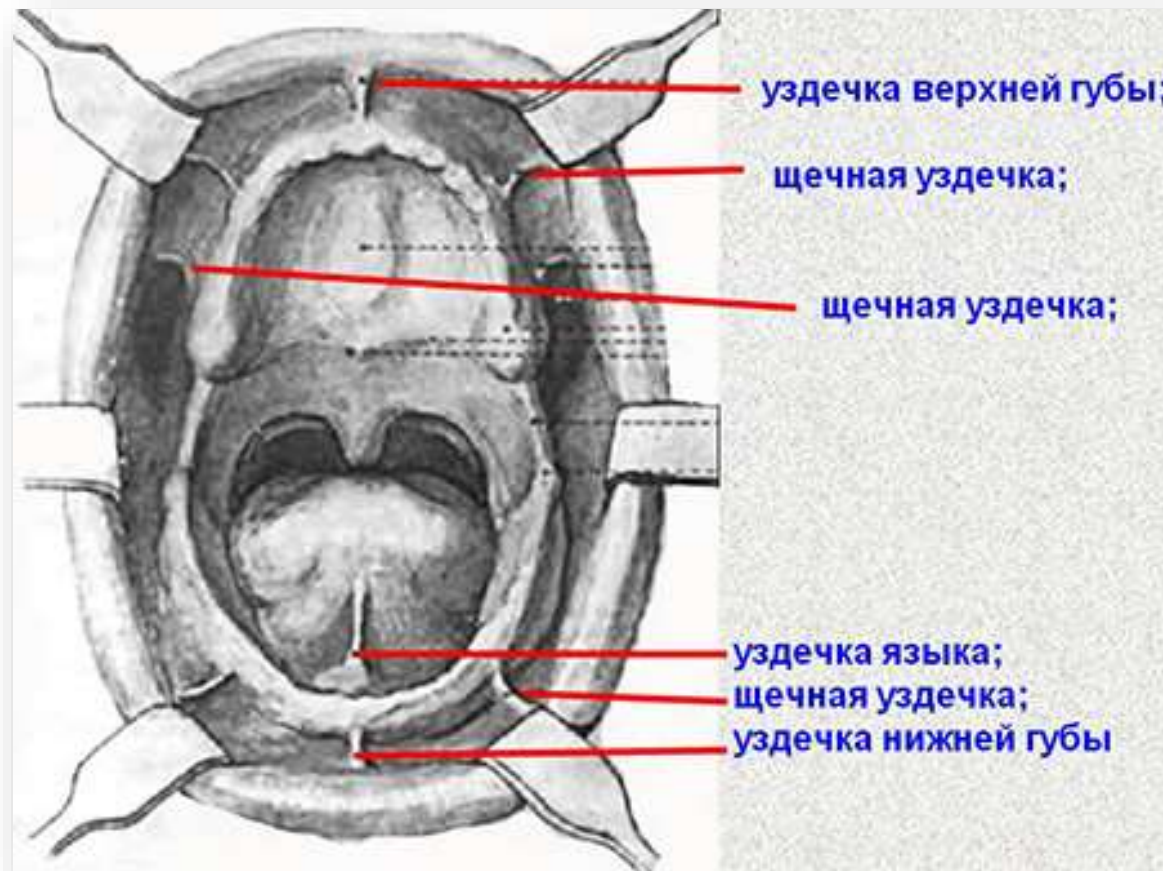
Особенности изготовления протезов

Форма вестибулярного ската альвеолярного отростка также может быть различной: отлогая, отвесная, и с навесами. С точки зрения полноценности функции протеза наиболее выгодной является отвесная форма, при отлогой ухудшается фиксация протеза, а форма с навесами затрудняет наложение протеза на челюсть. Определенную важность для протезирования представляет рельеф альвеолярного отростка. Наличие костных выступов (экзостозов) на вестибулярном скате затрудняет протезирование[5].



Особенности изготовления протезов

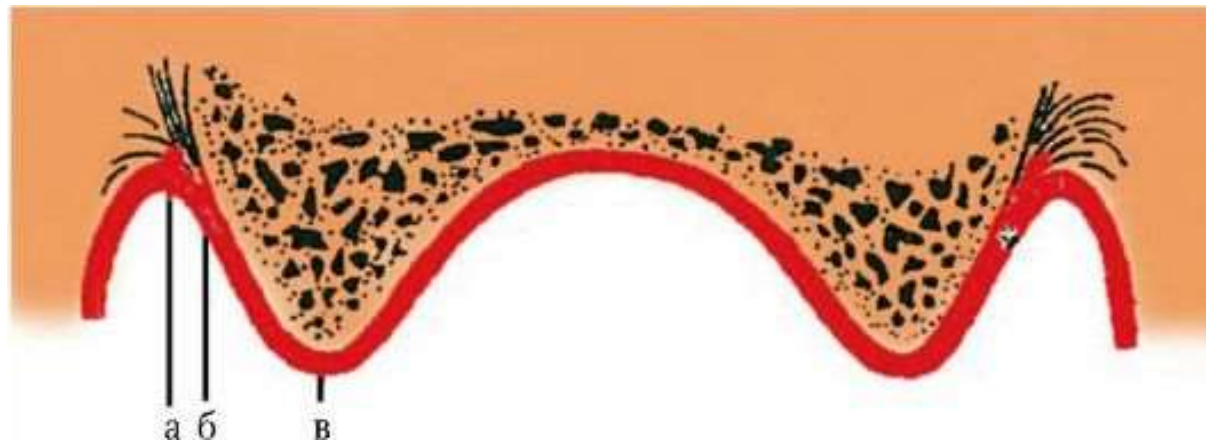
Кроме костных образований, влияющих на результат протезирования, в полости рта имеется целый ряд ориентиров, создаваемых образованиями из слизистой оболочки. На верхней и нижней челюстях в преддверии полости рта расположены уздечки верхней и нижней губы и щечные тяжи.



Особенности изготовления протезов

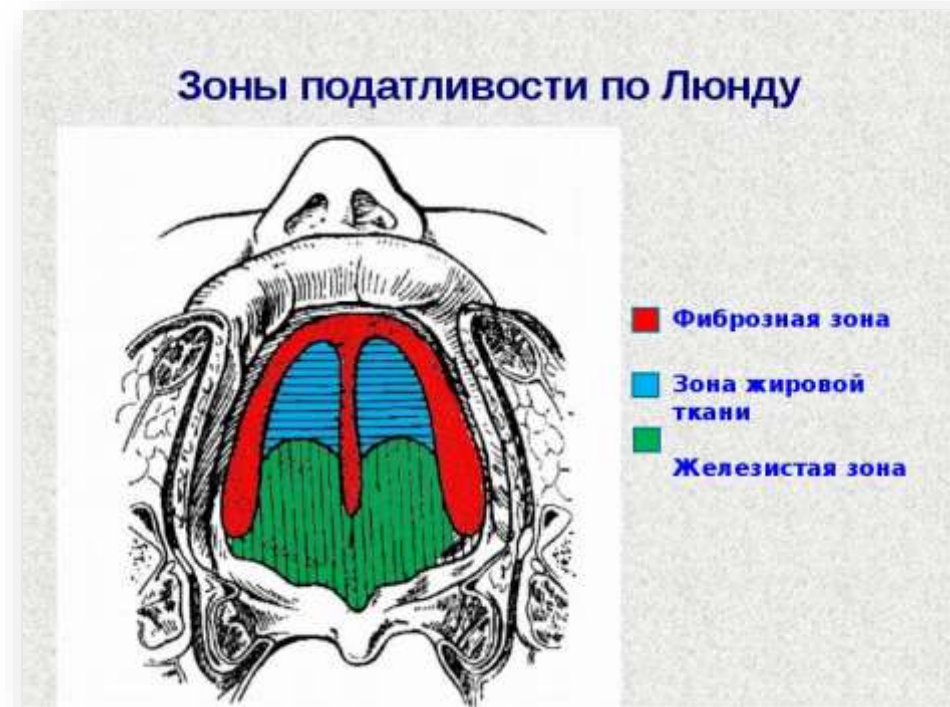
Слизистая оболочка полости рта делится на подвижную и неподвижную. **Подвижная слизистая оболочка** – это оболочка, способная смещаться как в вертикальном, так и в горизонтальном направлении. Она покрывает щеки и губы. **Неподвижная слизистая оболочка** - это оболочка, способная смещаться только в вертикальном направлении. Она покрывает альвеолярный отросток и твердое небо.

Переход подвижной слизистой оболочки в неподвижную называется переходной складкой. Часть переходной складки, не смещающаяся под действием жевательных и мимических мышц, покрыта пассивно подвижной слизистой оболочкой. Часть переходной складки, смещающаяся при сокращении подлежащих жевательных или мимических мышц, выстлана активно подвижной слизистой оболочкой[6].



Податливоть слизистой оболочки по Люнду

1. Область сагиттального небного шва (срединная фиброзная зона, практически не податлива);
2. альвеолярный отросток и прилегающая к нему зона (периферическая фиброзная зона - имеет слизистую, почти лишенную подслизистого слоя, т.е. минимально податливую);
3. передняя часть твердого неба (покрыта слизистой, имеющей подслизистый слой 1-2 мм (жировая зона), отличается средней податливостью);
4. задняя треть твердого неба, имеет подслизистый слой, богатый железистой тканью (железистая зона - слизистая этой зоны хорошо пружинит под давлением, обладает наибольшей степенью податливости)[7].



Слизистая оболочка по Суппли

- I класс. Идеальное протезное поле. Хорошо выраженные альвеолярные гребни покрыты слегка податливой слизистой оболочкой. Небо покрыто равномерным слоем слизистой оболочки, умеренно податливой в задней его трети. Места прикрепления естественных складок достаточно удалены от вершины альвеолярного гребня.
- II класс. Твердое протезное поле. Атрофированная слизистая оболочка покрывает альвеолярные отростки и небо тонким слоем. Места прикрепления естественных складок расположены несколько ближе к вершине альвеолярного гребня, чем при первом классе.
- III класс. Мягкое протезное поле, Альвеолярные гребни и задняя часть твердого неба покрыты рыхлой слизистой оболочкой. Выражен подслизистый слой, податливость протезного поля во всех участках высокая. Малоблагоприятные условия для протезирования.
- IV класс. «Болтающийся гребень». Характеризуется наличием подвижных тяжей слизистой оболочки, расположенных продольно и легко смещающихся при незначительном давлении слепочной массой. Тяжи могут ущемляться. При наложении протеза нет соответствия между базисом и слизистой оболочкой[8].



Заключение

Следует помнить, что съемные протезы передают вертикальную жевательную нагрузку на подлежащие ткани через слизистую оболочку, мало приспособленную к восприятию жевательного давления. Это необходимо учитывать при конструировании и изготовлении протезов, так как использование съемных протезов будет приводить к постоянному воздействию, сдавливанию протезом большого количества нервных окончаний, что субъективно будет выражаться болевыми ощущениями. Особенно сильно это проявляется при сдавливании места выхода сосудисто-нервных пучков, например, в области резцового сосочка, слепых отверстий[9].



Литература

1. Юрген Дапприх, Эрнст Ойдтманн / Протезирование при полной адентии : клинические и зуботехнические этапы изготовления съемных полных протезов по модифицированному методу Лауритцена – Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс. : Азбука, 2007. – 180 с.
 2. . Назаров Д. Анатомо-клинические особенности беззубой верхней челюсти и их значение в протезировании. Автореф. дис. канд. мед. наук. Тбилиси, 1985. - 14с.
 3. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. М. Медицина, 1990, 223 с.
 4. Евменова Н.Н., Сорокин С.Н. Роль щечно-альвеолярных пространств в улучшении фиксации протезов при полном отсутствии зубов на верхней челюсти. // Зубоврачебный вестник. – 1993. - № 2. – С. 27 - 28.
 5. Амираев У. А., Амираев Р. У. Протезирование беззубых челюстей. – Бишкек, 2012. – 239 с.
 6. Воронов А. П. / ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов // А. П. Воронов, И. Ю. Лебеденко, А, Д, Воронов. : Мед-пресс информ, 2016. – с 167.
 7. Копейкин В. Н. / Ошибки в ортопедической стоматологии. : Тиада-Х, 1988. – с 154.
 8. Лебединский В.Ю., Васильев В.Г. Системные основы пародонтологии. – В кн: «Морфология и биология пародонта» Васильев В.Г. Иркутск, 1997. с. 150-178.
 9. Реабилитация пациентов с тотальными дефектами нижней челюсти / М.В. Локтионова, А.В. Жидовинов, А.Г. Жахбаров, М.В. Салтовец и др. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. 2006. №4. С. 81 – 83.
-



Спасибо за внимание!

