

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 обследования пациентов при полном отсутствии зубов. Классификация беззубых челюстей. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа беззубых челюстей

Выполнил ординатор
кафедры стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»
Ахмедов Эльнур Кудрат оглы
рецензент к.м.н., доцент Лысенко Ольга Владимировна

Красноярск 2022

Цель

Ознакомиться с особенностями обследования пациентов при полной потере зубов, классификацией беззубых челюстей, оценкой состояния слизистой оболочки ложа.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ИС ПОЛНОЙ УТРАТОЙ ЗУБОВ

СУБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ		ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ					
Опрос		Физические методы		Специальные методы			
Анамнез жизни	Анамнез заболевания	Осмотр	Пальпация	Аускультация	Рентгенологические	Лабораторные	Антропометрические

Осмотр пациента

Объективное исследование:

Провести внешний осмотр больного и определить осанку, походку, конституцию телосложения, форму лица, положение подбородка, величины угла нижней челюсти, снижение высоты прикуса, выраженность носогубных и подбородочных складок, западение щек и губ, наличие изъязвления кожи и слизистой оболочки углов рта, характер и степень открывания рта. Внешний осмотр начинается с момента входа пациента в кабинет и продолжается на всем протяжении первичного приема, когда врач, опрашивая пациента и собирая жалобы и анамнез, одновременно регистрирует признаки адентии во время разговора и различные функциональные отклонения (девиации, нарушение функции жевания, речи).

Осмотр и диагностика в полости рта

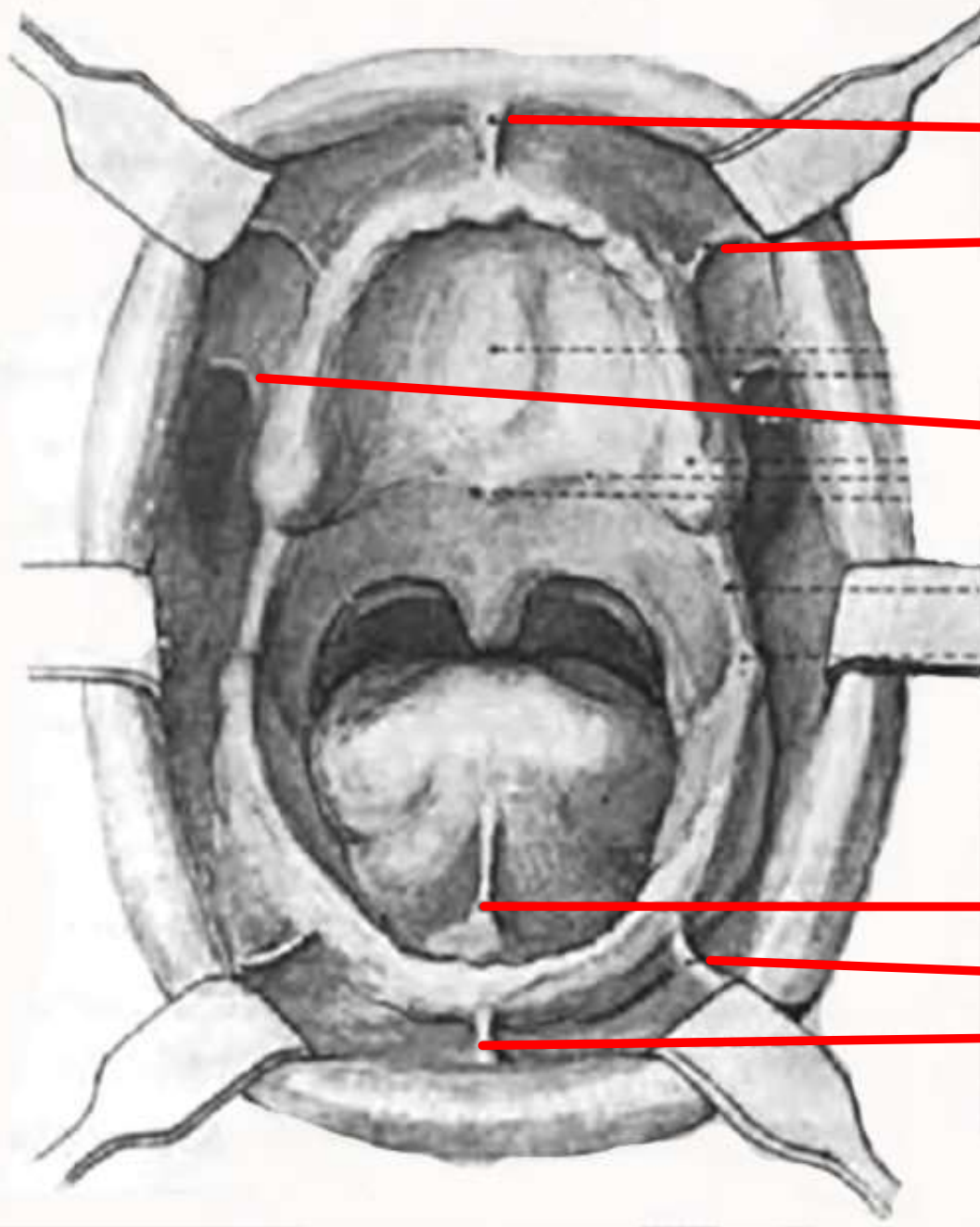
Проводят обзорный осмотр слизистой оболочки полости рта и устанавливают наличие патологических изменений различной этиологии, требующих предварительного лечения или применения специальных методов протезирования.



Обследование беззубой верхней челюсти:

а) установление высоты прикрепления уздечки верхней губы, щечных тяжей, переходной складки, наличие рубцовых тяжей, уровень расположения скулоальвеолярного гребня, выраженность щечного кармана, податливость оболочки по переходной складке, степень атрофии и форму гребня альвеолярного отростка, наличие экзостозов и костных выступов и решение вопроса о необходимости оперативного вмешательства с целью создания условий для рационального протезирования;





уздечка верхней губы;

щечная уздечка;

щечная уздечка;

уздечка языка;

щечная уздечка;

уздечка нижней губы

Зоны податливости по Люнду

б) определение типа слизистой оболочки, покрывающей альвеолярные отростки (по Люнду, Суппле, Калининой) и решение вопроса о необходимости предварительного иссечения рубцовых тяжей, болтающегося гребня или протезирования с применением соответствующей методики снятия оттисков;

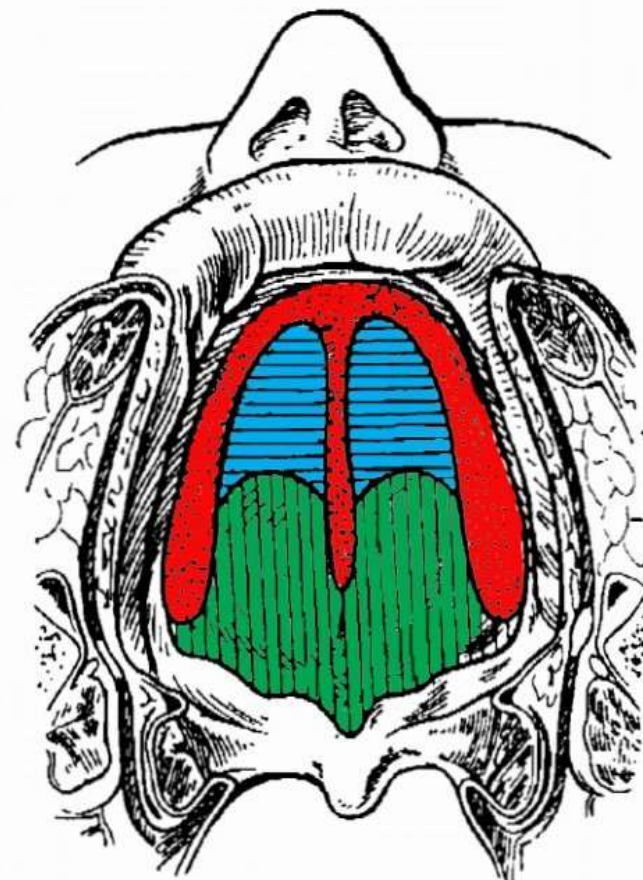
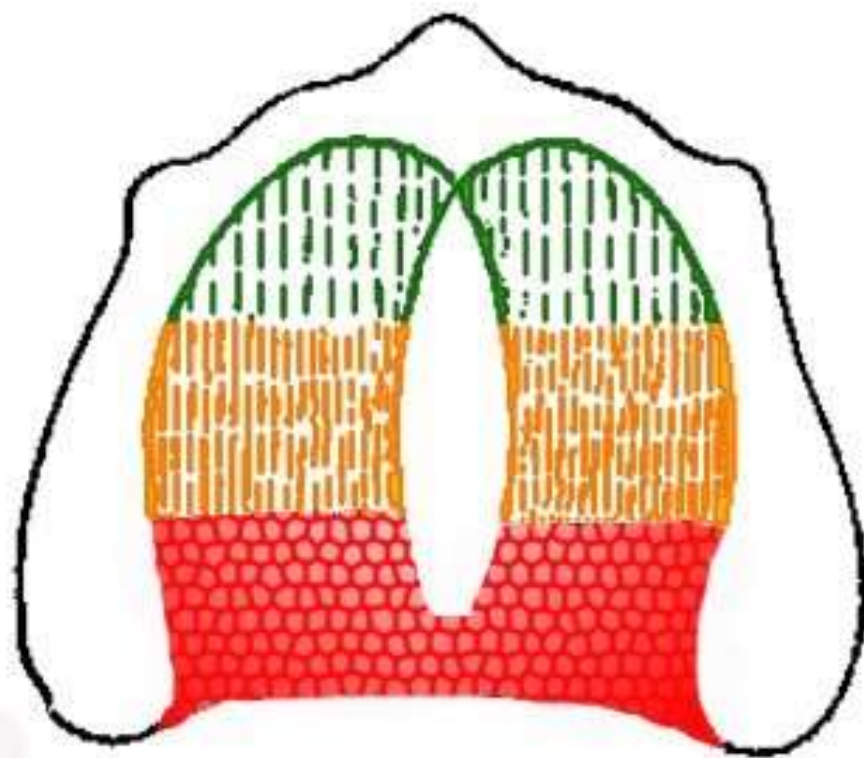


Схема буферных зон по Е.И. Гаврилову

в) определение крутизны ската мягкого неба, выраженности торуса, буферных зон, положение рубцового сосочка и выбор методики снятия оттиска и формирование заднего клапана.



Обследование беззубой нижней челюсти:

- а) установление прикрепления уздечки нижней губы, щечных тяжей, болтающегося гребня, выраженность наружной косой линии, кармана Клина, податливости слизистой оболочки по переходной складке, выраженности нижнечелюстных бугров, степени атрофии и формы альвеолярного гребня, формы его ската с вестибулярной и оральной поверхностей, наличие экзостозов и костных выступов, выраженности челюстно-подъязычной линии, подъязычной линии, подъязычного торуса и его величины и решение вопроса о необходимости оперативного вмешательства с целью создания условий для рационального протезирования;
- б) определение типа слизистой оболочки, покрывающей альвеолярный отросток (см. верхнюю челюсть);
- в) установление величины подъязычного пространства при нейтральном положении языка, выраженности уздечки языка и высоты ее прикрепления, тонуса мышц подбородочной области и челюстно-подъязычной мышцы, величины язычного кармана при функции, определение тонуса и величины языка.

Аускультация сустава

Проводится с помощью фонендоскопа или специальных аппаратов (электро- и фонокардиорграфов). Необходимо проводить сравнительную аускультацию обоих суставов. В норме суставы издают одинаковые нежные звуки перемещающейся суставной головки вместе с диском по заднему скату суставного бугорка. При патологии сустава определяются крепитация, хруст и щелканье.

Аускультативные признаки.

- ▶ щелчки (при нарушениях координированных движений между суставной головкой и суставным диском при внутренних нарушениях),
- ▶ хруст (связан с деформацией суставных поверхностей, уменьшением количества суставной жидкости),
- ▶ шум трения (связан с уменьшением количества суставной жидкости).

Пальпация сустава и жевательных мышц.

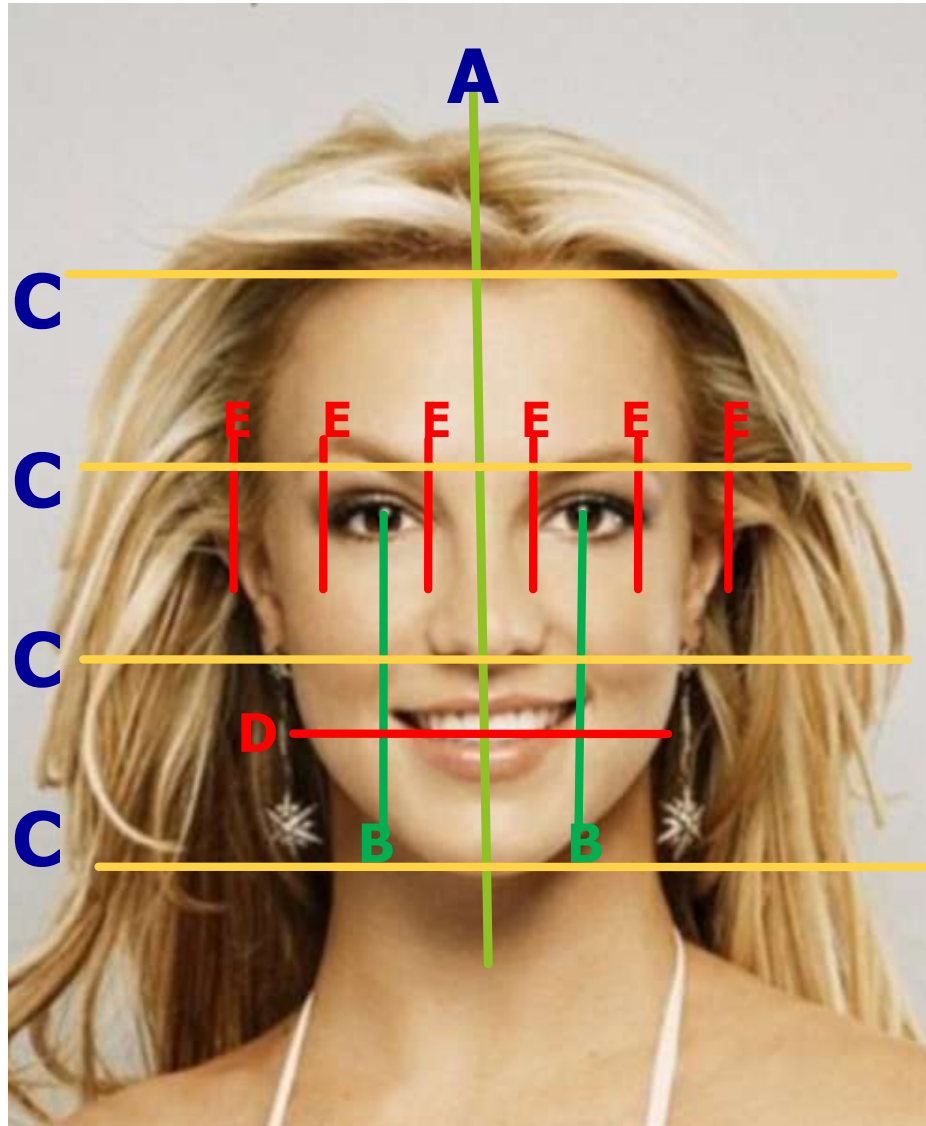
Пальпация сустава проводится спереди козелка уха или в области наружного слухового прохода при сомкнутых челюстях, в момент открывания рта и при широко открытом рте. При пальпации жевательных мышц определяется их эластичность, напряжение и болевые точки.

Антропометрические исследования

Эти исследования позволяют определить высоту нижнего отдела лица, являются обязательными и всегда проводятся на этапе протезирования.



Измерения антропометрических ориентиров

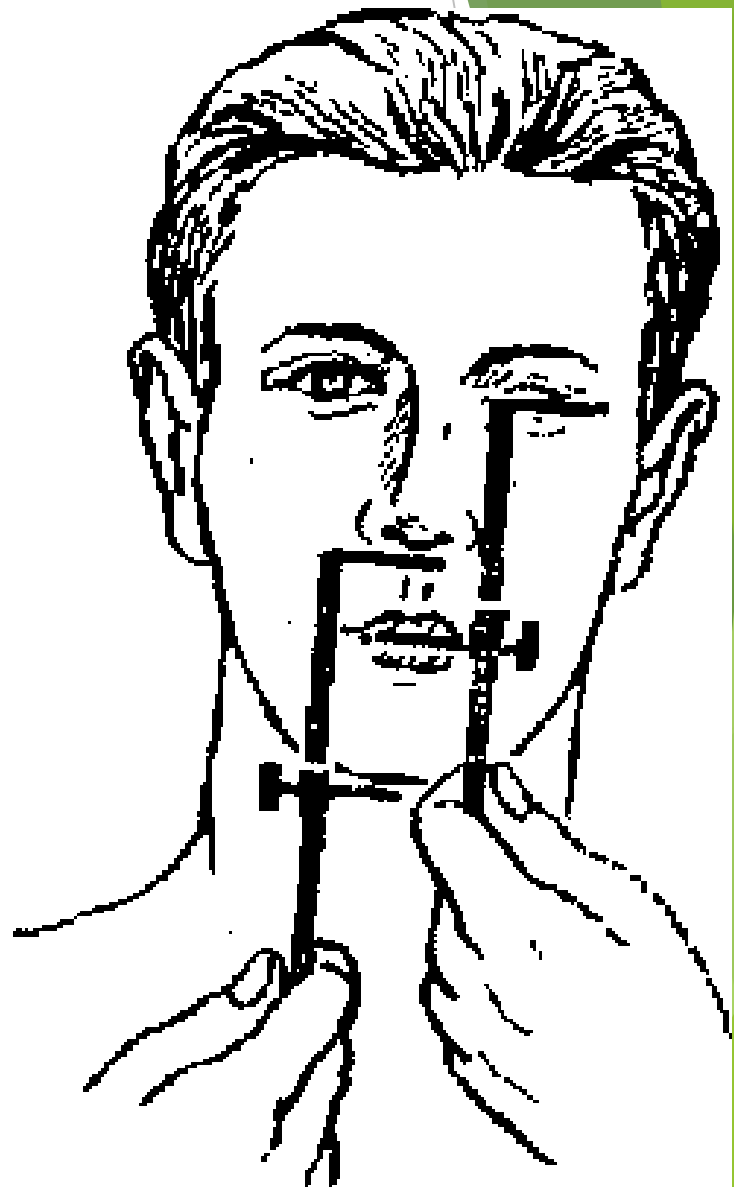


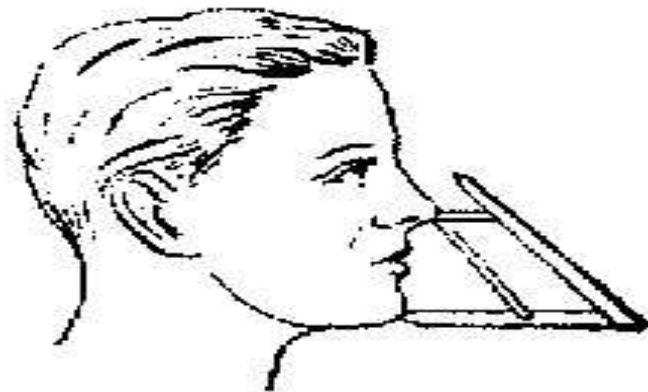
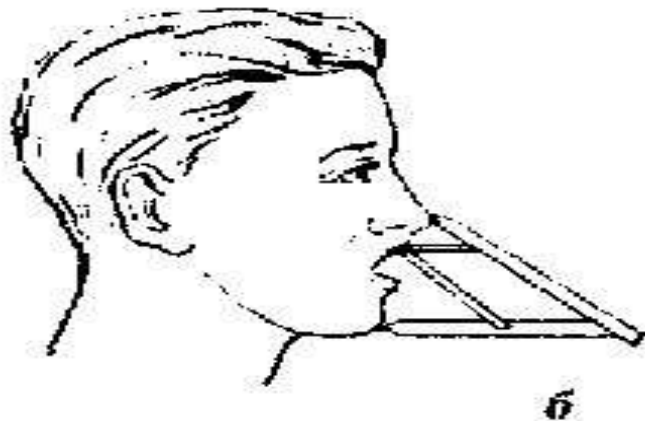
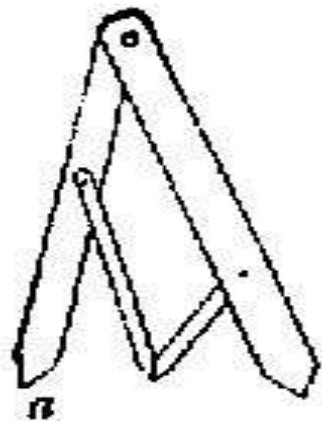
Антропометрический метод основан на принципе пропорциональности строения человеческого тела и, в частности, отдельных частей лица. При изучении лица пациента рекомендуется забрать все волосы назад, чтобы видеть полностью овал лица .

Антропометрических методов несколько. Наиболее распространены следующие:

- а) Канторовича - деление лица на три равные части:
 - 1) от границы волосистой части лба до середины линии надбровных дуг - верхняя, или церебральная, треть лица;
 - 2) от середины линии надбровных дуг до края крыла носа - средняя, или респираторная, треть лица;
 - 3) от края крыла носа до нижней части подбородка - нижняя треть лица. С возрастом увеличивается верхняя треть лица (отодвигается граница волосистой части лба), уменьшается нижняя треть лица (вследствие потери зубов); неизменной остается только средняя часть лица, измерив которую, легко получить высоту прикуса.

б) Водсворта-Уайта -
видоизменение метода
Канторовича - деление лица
на две равные части: от
середины зрачка до линии
смыкания губ и от основания
крыла носа до нижней части
подбородка;





в) Юпитца — деление лица в крайнем и среднем отношениях циркулем «золотого сечения». Цейсиг (1854) указывал, что человеческое тело проявляет в своих отдельных частях пропорции «золотого сечения» - деление в крайнем и среднем отношении. Делить лицо или его часть в крайнем и среднем отношении — значит делить на две неравные части, из которых большая относится к целому так, как меньшая относится к большей. Для практического применения принципа «золотого сечения» Герингером (1893) был изобретен циркуль, автоматически указывающий точку «золотого деления» и потому названный им «золотым циркулем». Он состоит из двух частей: большого (наружного) и малого (внутреннего) циркулей, расположенных друг к другу в обратном направлении. Точка вращения ножек малого циркуля лежит на линии, соединяющей острия ножек наружного циркуля, и при всех положениях делит эту линию в крайнем и среднем отношениях.

Пользуясь данной методикой при определении высоты нижней трети лица у беззубых больных, окклюзионные валики корректируют до тех пор, пока точка вращения малого циркуля не ляжет на вершину кончика носа, при сохранении наружной ножки циркуля на точке *Gnation*.

Рентгенографическое исследование

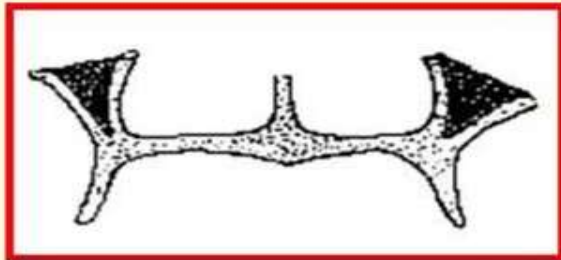
- ▶ Обзорные рентгенографические снимки головы
- ▶ Ортопантомограмма
- ▶ Телерентгенография
- ▶ Послойная томография височно-нижнечелюстного сустава.

Классификации беззубых челюстей

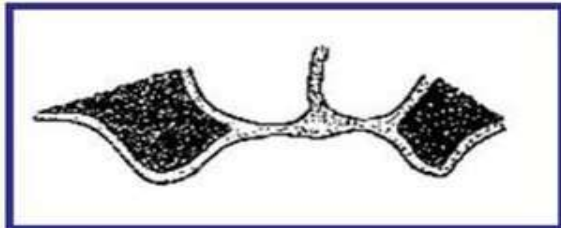


Г. Шредер предложил различать 3 типа атрофии альвеолярных отростков беззубых верхних челюстей

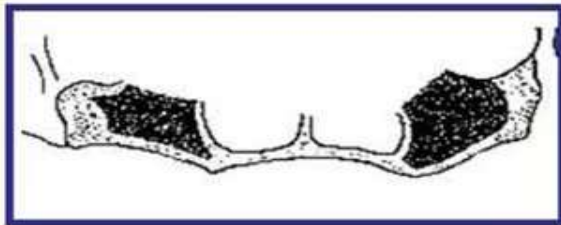
Классификация Шрёдера



1 тип - хорошо выраженные альвеолярный отросток и бугры верхней челюсти, глубокое нёбо. Переходная складка и места прикрепления мышц расположены относительно высоко.



2 тип - средняя степень атрофии альвеолярного отростка и бугров. Средняя глубина нёба и преддверия полости рта.



3 тип - значительная атрофия костной ткани, альвеолярный отросток и бугры отсутствуют, нёбо плоское, низкое прикрепление уздечки и переходной складки.

А. И. Дойников предложил единую классификацию беззубых челюстей для верхней и нижней челюсти с акцентом на неравномерность атрофии

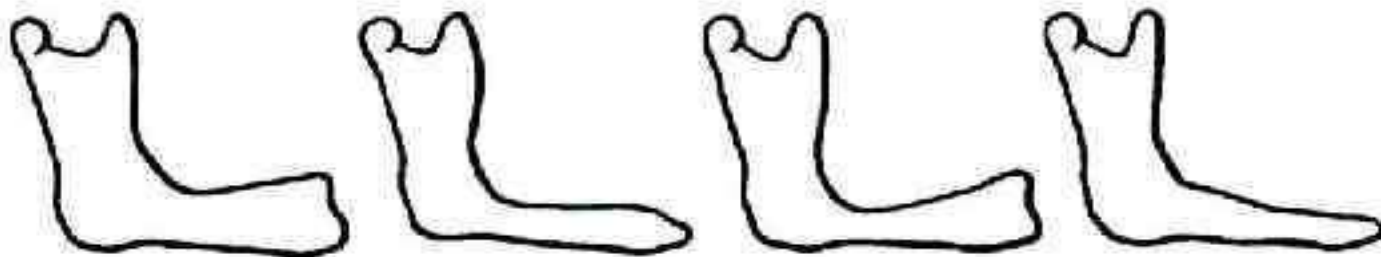
КЛАССИФИКАЦИЯ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО А. И. ДОЙНИКОВУ

1 ТИП	Альвеолярные отростки незначительно и равномерно атрофированы. Высокое расположение переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных тяжей. Выраженный свод неба верхней челюсти.
2 ТИП	Средняя степень атрофии альвеолярных отростков. Низкое расположение переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных тяжей. Выраженный свод неба верхней челюсти.
3 ТИП	Резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков. Переходной складки и точки прикрепления уздечек и щечных тяжей располагаются на уровне вершины. Выраженный свод неба верхней челюсти альвеолярных отростков. Небо верхней челюсти плоское.
4 ТИП	Средняя атрофии альвеолярных отростков в боковых отделах и незначительная атрофия их в переднем отделе.
5 ТИП	Средняя атрофии альвеолярных отростков в переднем отделе и незначительная атрофия их в боковых отделах.

Л. Келлер предложил 4 типа атрофии беззубой нижней челюсти

КЛАССИФИКАЦИЯ КЕЛЛЕРА:

- *Первый тип* — челюсть с резко выраженной альвеолярной частью, переходная складка расположена далеко от ее гребня.
- *Второй тип* — резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня.
- *Третий тип* — альвеолярная часть хорошо выражена во фронтальном отделе и резко атрофирована в области жевательных зубов.
- *Четвертый тип* — альвеолярная часть резко атрофирована во фронтальном отделе и хорошо выражена в области жевательных зубов



В. Ю. Курляндский(1953) предложил классификацию с учётом не только степени убыли костной ткани альвеолярной части НЧ, но также от изменения топографии и места прикрепления сухожилий мышц

В.Ю. Курляндский 5 типов:

- I тип: альвеолярный гребень выступает над уровнем мест прикрепления мышц с вестибулярной и язычной сторон.
- II тип: альвеолярный гребень и тело челюсти атрофированы до уровня мест прикрепления мышц с вестибулярной и язычной сторон.
- III тип: атрофия тела челюсти ниже мест прикрепления мышц.
- IV тип: выраженная атрофия в области жевательных зубов.
- V тип: выраженная атрофия в области передних зубов.

Понятие о подвижности и податливости слизистой оболочки протезного ложа. Классификация Суппле. Классификация Люнда

Подвижность слизистой оболочки- способность смещаться, собираться в складку при сокращении окружающей мускулатуры в участках, где имеется рыхлый подслизистый слой соединительной ткани

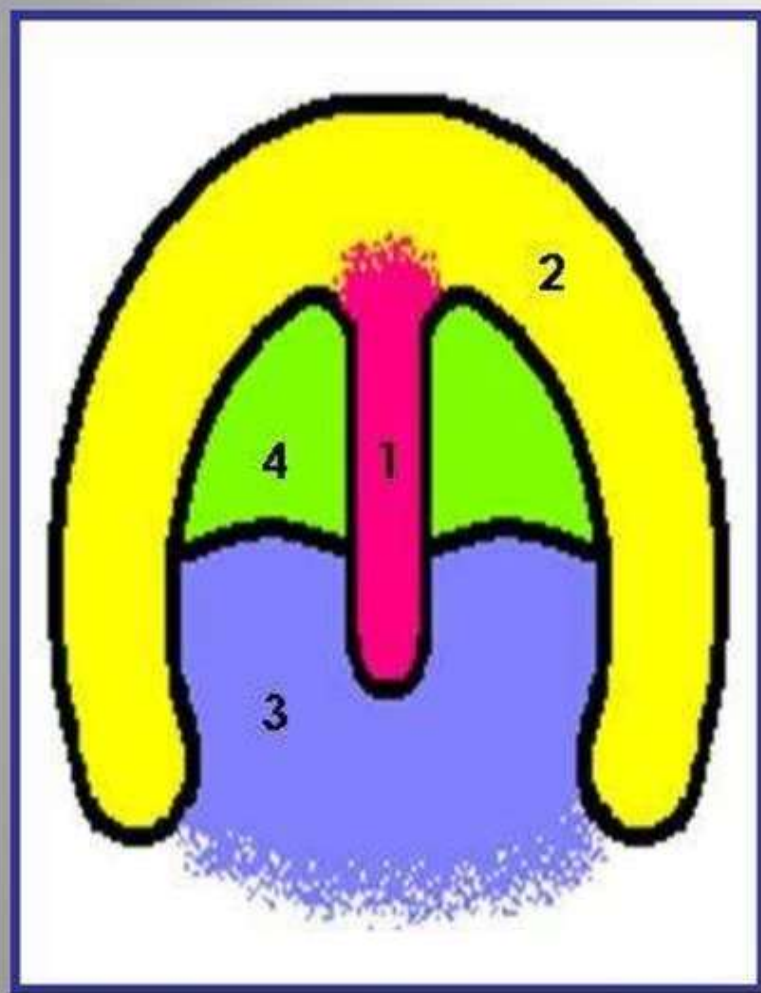
Подвижность зависит от связи СОПР с мускулатурой. В тех местах, где над мышцей развит подслизистый слой, имеется жировая ткань и располагаются железы СОПР малоподвижна.

Наименьшая подвижность отмечается в местах перехода СОПР с челюсти на губы, щёки, дно полости рта и мягкое нёбо, т.е. в области переходной складки.

КЛАССИФИКАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПО СУППЛЕ

1 КЛАСС	Идеальный рот. Хорошо выраженные альвеолярные отростки, покрытые слегка податливой слизистой оболочкой, бледно-розового цвета, без патологических процессов.
2 КЛАСС	Твердый рот. Атрофированная, плотная, сухая слизистая оболочка, места прикрепления складок несколько ближе к гребню альвеолярного отростка, чем при 1 классе.
3 КЛАСС	Мягкий рот. Гипертрофированная, рыхлая слизистая оболочка, альвеолярные отростки низкие.
4 КЛАСС	Болтающийся гребень. Имеются подвижные тяжи слизистой оболочки, расположенные продольно и легко смещающиеся при незначительном давлении оттискной массы, тяжи могут ущемляться.

Податливость слизистой оболочки по Люнду



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

2 – область альвеолярного отростка (периферическая фиброзная зона). Характеризуется тонкой малоподвижной слизистой, слабовыраженным подслизистым слоем.

3 – область нёбных складок (жировая зона). Характеризуется наличием подслизистого слоя с множеством жировых клеток (средняя податливость).

4 – задняя треть твердого неба (железистая зона). Характеризуется наличием подслизистого слоя с множеством желёз (максимальная податливость)

Вывод

Обследование пациентов при полном отсутствии зубов имеет множественные методы:

Физические:

- ▶ Осмотр
- ▶ Аускультация
- ▶ Пальпация

Специальные методы:

- ▶ Антропометрические
- ▶ Лабораторные
- ▶ Рентгенологические

Так же и слизистая оболочка полости рта имеет обширные классификации по различным авторам: Шрёдер, Люнд, Суппле, В.Ю курляндский, Келлер, А.И. Дойников

Список литературы:

- ▶ 1. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология: Пропедевтика и основы частного курса: Учебник для мед.вузов.- СПб.: СпецЛит. 2006 –
- ▶ 2. Ортопедическая стоматология : Рук. для врачей, студ. вузов и мед. училищ / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков, А. Аль-Хаким - . М.: МЕДпресс-информ. 2012.
- ▶ 3. Воронов А.П., Лебеденко И.Ю., Воронов И.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов, М.: МЕДпресс-информ. 2010
- ▶ 5. Руководство по ортопедической стоматологии. / Под ред. Н. Копейкина М.: «Триада – Х». 2010
- ▶ 6. Зубопротезная техника: Учебник / Под редакцией Расулова М.М. , Ибрагимов Т.И. , Лебеденко И.Л. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство» 2005
- ▶ 7. Лебеденко И.Ю. , Каливрадзиян Э.С. Ибрагимов Т.И. руководство по ортопедической стоматологии «Протезирование при полном отсутствии зубов» МИА Москва 2009

Спасибо за внимание