

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального
образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России)
Кафедра-клиника ортопедической стоматологии

Реферат: Тема: «Определение центрального соотношения челюстей у
пациентов при беззубых челюстях»

Выполнил клинический ординатор 2 года:

Зорин Александр Николаевич

Специальность: Стоматология ортопедическая

Руководитель ординатуры к.м.н. :

Костенко Оксана Юрьевна

Красноярск 2018

Введение

При обследовании больного требуется большая наблюдательность, так как при этом решаются такие важные вопросы, как план дальнейшего протетического лечения и выбор конструкции протеза или ортопедического аппарата. В некоторых случаях рассматриваются показания к ортодонтическому лечению или сочетанию двух методов лечения — ортодонтического и протетического для полного восстановления формы и функции органов зубочелюстной системы. В настоящее время, помимо физических методов исследования, применяются инструментальные и аппаратные методы: перкуссия, аппаратное измерение степени подвижности зубов, термометрия, электрометрия, рентгенография и др.

Перкуссия

Метод перкуссии используется чаще всего для диагноза острых и хронических периодонтитов. Ручкой зонда, пинцета или другим подобным инструментом слегка постукивают по исследуемому зубу. Болезненность перкуссии в горизонтальном направлении является признаком поражения маргинального пародонта, часто травматического характера (нависающая пломба, край искусственной коронки, острые края разрушенных зубов, неправильное положение кламмера съемного протеза и др.). Если перкуссия болезненна в вертикальном направлении, то в зависимости от интенсивности болевых ощущений можно предположить наличие хронического или обострившегося воспалительного очага в апикальной области.

Heuser и Pohl рекомендуют пользоваться для диагностических целей методом звуковой перкуссии и по качественной характеристике звука судят о состоянии пульпы и периодонта. Так, по мнению авторов, большие пломбы (цемент, амальгама) дают приглушение звука. В случае омертвления пульпы и отсутствия в корневых каналах пломбировочного материала прослушивается более низкий перкуторный звук. При нормальном периодонте перкуторный звук высокий, при омертвлении пульпы и резорбции верхушки корня — приглушенный и вялый. При гнойном воспалении гайморовой полости и переломе верхней челюсти перкуторный звук в области премоляров и моляров на больной стороне заметно отличается от здоровой, что может служить диагностическим признаком.

Известна также **перкуторная проба «дрожания корня»** в апикальной области. По наблюдениям Heuser, при резорбции альвеолы в апикальной области во время перкуссии ощущается легкое дрожание. При этом

накладывают средний или указательный палец левой руки на апикальную область исследуемого зуба, а правой рукой производят перкуссию. Притуплённый звук возникает при нарушении кровообращения в периодонте. Отечные ткани как бы поглощают звуки. При хронических патологических изменениях в апикальной зоне, как правило, отмечается притупление звука при угловой перкуссии. Притупление звука и возникновение болей определяются в случаях периапикального и маргинального воспаления и гибели компактной костной ткани стенок альвеол. Подтвердить наличие воспаления в периодонте, помимо перкуссии, при которой выявляют притупление звука, позволяет клинический тест давления. Этот тест проводят путем давления на зубы пальцем в течение 20 с: на зубы верхней челюсти — в небном направлении, нижней челюсти — в вестибулярном. Сила давления должна быть постоянной, значительной, но не должна вызывать боль. Тест считается положительным, если к окончанию давления и после его прекращения обследуемый ощущает чувство онемения, боль, а при окклюзионных контактах — перемещение зуба. Данные ощущения можно объяснить движением интра- и экстравазальной жидкости в периодонте и костной ткани, усилением нарушения зонального кровообращения на фоне воспалительных процессов.

Зондирование

Зондирование применяют при определении состояния пародонта по косвенному показателю — состоянию периодонтальной щели. Известно, что пародонт зуба — это комплекс тканей, характеризующихся генетическим и функциональным единством: зуб, периодонт с его связочным аппаратом, костная ткань и надкостница, десна. У шейки зуба в десне имеется система волокон циркулярной связки, образующих мембрану, которая не только прикрепляет десну к зубу, но и защищает периодонт от различных повреждений. На границе десна — зуб (зубодесневое соединение) расположена зубодесневая борозда. Нарушение связи эпителиального прикрепления с кутикулой слоя эмали является начальным моментом образования пародонтального кармана. При патогенных воздействиях местного и общего характера, сочетанном эндогенном и экзогенном воздействии могут развиваться различные заболевания.



Рис. 60. Пародонтометр Scheuermann.



Рис. 61. Пародонтометр Haueg.

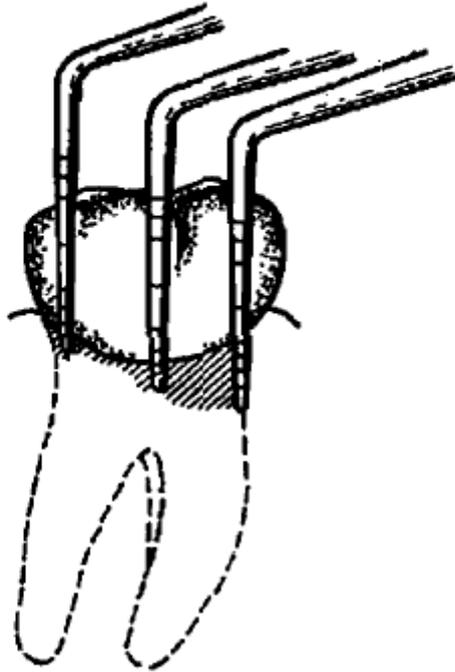


Рис. 62. Измерение глубины кармана градуированным зондом.

Распространенными симптомами этих заболеваний являются воспаление, образование пародонтальных карманов, ретракция десневого края. Наличие и глубину пародонтального кармана определяют с помощью стоматологического зонда (образцы представлены на рис. 60-65), конец которого обязательно должен быть затуплен, а на самой поверхности нанесены насечки на расстоянии 0,5-1 мм друг от друга. Зонд без усилий вводят в зубодесневую бороздку поочередно с четырех сторон — вестибулярной, оральной и двух апроксимальных. В том случае, если зонд в зубодесневую бороздку погружается на доли миллиметра, то это считают нормой и говорят об отсутствии пародонтального (некоторые стоматологи называют его зубодесневым) кармана. Если не имеется пародонтометра, то измерение можно произвести затупленным зондом, тупым концом иглы Мюллера, пластмассовым, гуттаперчевым или бумажным штифтом. Конец инструмента или штифта осторожно вводят в десневой карман до тех пор, пока на пути не встретится сопротивление или же больной не почувствует боли, затем захватывают пинцетом на уровне десневого края торчащую из кармана часть и с помощью миллиметровой линейки измеряют отрезок, который вошел в десневой карман. Штифт можно также отрезать на уровне

десневого края после введения его до дна десневого кармана, благодаря чему сразу же будет получен размер этого кармана. Известны также серебряные штифты с делениями, что облегчает измерение.

Разработаны методики определения глубины пародонтального кармана путем введения в карманы с четырех сторон четырех различных по конфигурации рентгеноконтрастных штифтов или введения в карманы из шприца рентгеноконтрастных жидких веществ с последующим получением рентгеновского снимка.



Рис. 63. Расположение инструмента вдоль оси зуба:
а — правильно; б — неправильно.

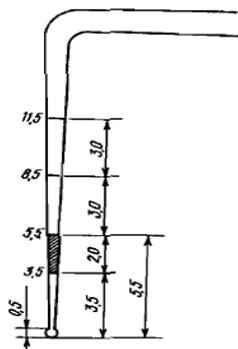


Рис. 64. Пародонтальный зонд для определения индекса СРITN.

Индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРITN — clinical parodontal index treatment needing) предназначен для определения распространенности и интенсивности заболеваний пародонта при эпидемиологических исследованиях, а также для обоснования расстановки врачебных кадров. Для обследования экспертами ВОЗ предложен специальный пародонтальный зонд (рис. 64), имеющий темную часть на уровне 3,5-5,5 мм и массу 25 г. Зондирование проводят без давления, погружая зонд до ощущения препятствия со стороны дна кармана и передвигая его по периметру зуба. Если темная часть зонда погружается под десну, значит глубина кармана более 6 мм, и секстант получает оценку 4 балла. Если маркировка несколько видна из-под десны — карман глубиной 4-5 мм, и это соответствует 3 баллам. При полностью видимой маркированной части и наличии над- и поддесневого зубного камня оценка будет 2 балла. Оценка 1 балл обозначает кровоточивость при глубине кармана до 3 мм, которая определяется через 30-40 с. При отсутствии указанных признаков ставится 0 баллов (рис. 65).

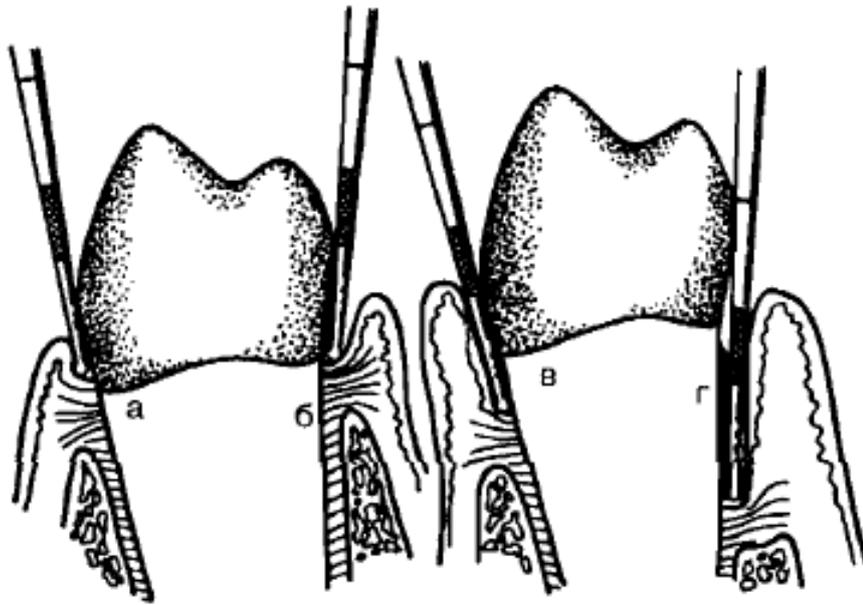


Рис. 65. Определение индекса CPITN:

а — пародонтальный зонд осторожно введен в десневую щель. Возможна кровоточивость; б — зонд в неглубоком десневом кармане с поддесневым камнем. Оценка 2 балла; в — карман более 3,5 мм. Оценка 3 балла; г — темная часть зонда погружена под десну. Оценка 4 балла. (CPITN — clinical parodontical index treatment needing.)

К сожалению, эти высокоинформативные методы еще не вошли в поликлиническую практику. Данные о глубине пародонтального кармана обязательно фиксируют в истории болезни, так как ни один врач не способен запомнить состояние в день обследования, а следовательно, не записав эти величины, он лишается возможности следить за динамикой процесса. Зондирование обязательно проводят в сочетании с определением уровня расположения десневого края по отношению к анатомической шейке. В развившейся стадии ряда заболеваний происходит ретракция (уменьшение объема) десны за счет сокращения, укорочения, исчезновения некоторых элементов ее структуры. Вследствие этого десна находится на некотором уровне корня зуба, что и позволяет говорить о клинической шейке. В этих случаях для определения уровня гибели стенок альвеол и волокон пародонта необходимо к глубине погружения зонда в пародонтальный карман присоединить величину обнажения корня (расстояние от анатомической до клинической шейки зуба). При зондировании следует отметить, не возникает ли после выведения зонда кровоточивость или гноетечение. С помощью зондирования можно определить наличие поддесневого камня.

Аппаратурные способы определения степени подвижности зубов

Для определения степени подвижности зубов, выраженной в миллиметрах, предложены специальные приборы. Просто устроен прибор Свракова и Атанасовой. К корпусу микрометра для измерения толщины металлических пластинок припаяны два упорных крыла, посредством которых прибор фиксируется на соседних зубах, а к движущемуся стержню микрометра припаяна тонкая круглая пластинка для упора на исследуемом зубе. Поворотом винта микрометра приводят его в соприкосновение с зубом и оказывают на него давление до легкого болевого ощущения. Данным прибором определяется подвижность зубов в горизонтальном направлении в пределах до одной десятой миллиметра. **Авторы различают три степени подвижности зуба:** I степень — до 1 мм, II степень — до 2 мм, III степень — до 3 мм и более.

Патологическая подвижность является симптомом ряда заболеваний: острого периодонтита, пародонтита, острой и хронической травмы. Подвижность является следствием воспалительных процессов, сопровождающихся отеком тканей периодонта, и усиливается при резорбции костной ткани и гибели части периодонтальных волокон. Ведущую роль играют воспаление и отек. Данные о подвижности зуба (степени и направлении) заносят в одонтопародонто-грамму. С научной целью применяют специальные приборы, позволяющие определять подвижность с точностью до сотых долей миллиметра (пародонтометры). В настоящее время существуют современные аппараты типа периотеста. Объективное представление о функции пародонта можно получить с помощью аппарата «Пери-отест». Схема получения информации представлена на рис. 66.

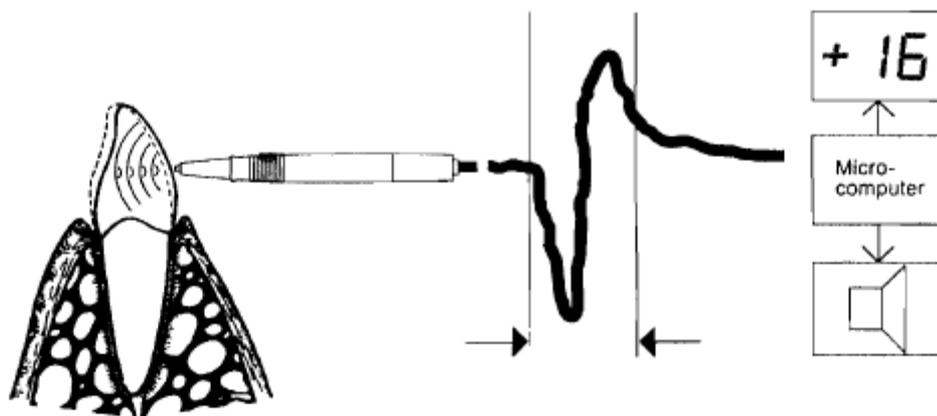


Рис. 66. Схема работы аппарата «Периотест».



Рис. 67. Форма зубных рядов. Верхний зубной ряд имеет форму полуэллипса, нижний — параболы.



Рис. 68. Форма зубных рядов верхней (а) и нижней (б) челюстей.

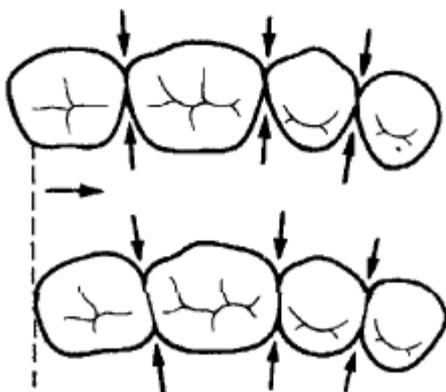


Рис. 69. Изменение с возрастом контактных пунктов:
а — точечные контакты; б — плоскостные контакты. Штриховой линией показано укорочение протяженности зубного ряда.

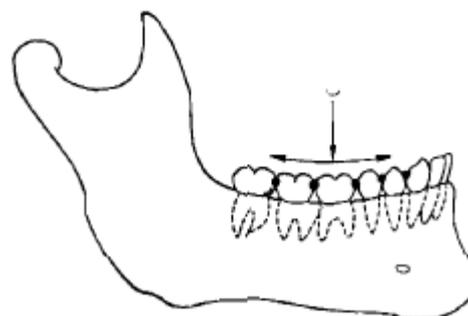


Рис. 70. Давление, падающее на зуб, по межзубным контактам частично распределяется по зубной дуге (схема).

Патологические отклонения в тканях пародонта (подвижность зуба) регистрируются с большой точностью в количественном выражении, и особенно важно, что изменения эти еще не могут быть отражены на рентгенограмме. Полученные данные о подвижности зубов выражаются в коэффициентах, а именно:

от -8 до $+9$ — клинически здоровый зуб;

I степень патологической подвижности = $10—19$;

II степень патологической подвижности = $20—29$;

III степень патологической подвижности = $30—50$. Зубные дуги верхней и нижней челюстей имеют своеобразное строение и определяют вид прикуса — характер смыкания зубных рядов. В большинстве случаев при одном из вариантов физиологической нормы — ортогнатическом виде прикуса — зубной ряд постоянных зубов верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижней — параболы (рис. 67, 68).

В правильно сформированной зубочелюстной системе зубные ряды представляют собой единое целое как в морфологическом, так и в функциональном отношении. Единство зубного ряда обеспечивается целым рядом факторов. К ним относятся межзубные контакты, альвеолярные отростки и пародонт.

Значительную роль в устойчивости зубных рядов играет характер расположения зубов, направление их коронок и корней. **Межзубные контактные пункты** (рис. 69) у передних зубов расположены вблизи режущего края, а у боковых — жевательной поверхности. Под ними располагается треугольное пространство, обращенное своим основанием к альвеолярному отростку. Последнее заполнено межзубным десневым сосочком, который таким образом оказывается защищенным от повреждения пищей. Межзубные контакты, обеспечивая морфологическое единство зубных рядов, придают им при жевании характер органа. Давление, падающее на какой-либо зуб, распространяется не только по его корням на альвеолярный отросток, но по межзубным контактам на соседние зубы (рис. 70).

С возрастом контактные пункты стираются и вместо них образуются контактные площадки. Стирание контактных пунктов является косвенным доказательством физиологической подвижности зубов, совершаемой в трех взаимно перпендикулярных направлениях (вертикальном, трансверзальном и сагиттальном). Стирание контактных пунктов не вызывает нарушения непрерывности зубной дуги. Объясняется это мезиальным сдвигом зубов, вследствие чего имеет место укорочение зубного ряда, достигающее, по некоторым данным, 1 см. Единство зубного ряда обеспечивается также пародонтом и альвеолярным отростком. Важную роль в связи между отдельными зубами играет межзубная связка маргинального пародонта. Она идет от цемента одного зуба к другому над вершиной межзубной перегородки в виде мощного пучка соединительнотканых волокон (рис. 80). Благодаря этой связке передвижения одного зуба мезиально или дистально

вызывает передвижение других, рядом стоящих зубов. Это теоретическое положение было подтверждено экспериментами (Д.А.Калвелис).

Нижние зубы, кроме того, получают дополнительную устойчивость в связи с щечной выпуклостью зубной дуги, наклоном и формой коронок зубов. При исследовании коронок нижних зубов можно заметить, что их язычные поверхности уже щечных, и поэтому контактные поверхности коронок не параллельны, а сближаются (конвергируют) по направлению к языку. Эта особенность формы зубов не связана с выпуклостью зубных рядов, поскольку верхние зубы имеют параллельные контактные поверхности. У первого верхнего моляра эти поверхности иногда даже конвергируют в обратном, т.е. в щечном, направлении. Зубы нижней челюсти наклонены коронками внутрь, а корнями — кнаружи. Щечная выпуклость зубной дуги, форма и положение зубов нижней челюсти создают таким образом для нижнего зубного ряда устойчивость, подобную крепости свода арки, построенной из кирпичей трапецевидной формы.

Коронки нижних моляров, кроме того, наклонены вперед, а корни — назад. Это обстоятельство мешает сдвигу зубного ряда назад. Наклон зубов верхней челюсти менее благоприятен для их устойчивости. Зубы верхней челюсти наклонены коронками кнаружи, а корнями внутрь. Горизонтально действующие силы, возникающие при жевании, способны лишь усилить наклон зуба, который по мере его отклонения кнаружи все более лишается поддержки соседних. Эта особенность расположения зубов, делающая верхний зубной ряд менее устойчивым по сравнению с нижним, компенсируется большим количеством корней у верхних жевательных зубов. Верхний зубной ряд по своей форме напоминает полуэллипс, нижний — параболу; форма зубных дуг, расположение в них зубов и характер их наклона являются индивидуальными особенностями. Поэтому наряду с типичной и наиболее распространенной формой зубных дуг наблюдаются отклонения в ту или иную сторону. Это сказывается и на характере смыкания зубных рядов (прикусе), который индивидуально различен.

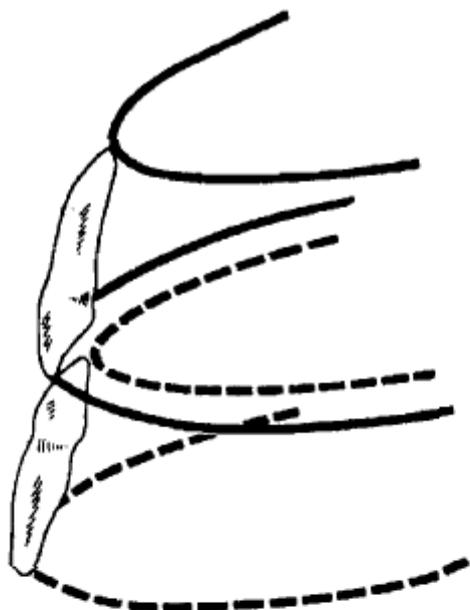


Рис. 71. Зубные и базальные (апикальные) дуги верхней и нижней челюсти (по Кемени).

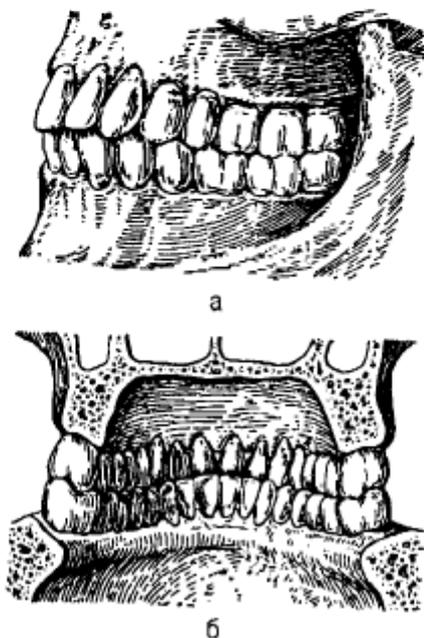


Рис. 72. Ортогнатический прикус: а – вид в профиль; б – вид сзади.

В ортопедической стоматологии принято различать, кроме зубной, альвеолярную и базальную дуги (рис. 71). Под альвеолярной дугой подразумевают линию, проведенную по гребню альвеолярного отростка. Базальная дуга проходит по верхушкам корней и часто называется апикальным базисом. Поскольку на верхней челюсти коронки наклонены кнаружи, а корни внутрь, ее зубная дуга шире альвеолярной, а последняя — шире базальной. Базальная дуга, таким образом, является местом, где сосредоточивается жевательное давление и где берут свое начало контрфорсы. На нижней челюсти, наоборот, вследствие наклона коронок зубов внутрь, а корней — кнаружи зубная дуга уже альвеолярной, а

последняя - уже базальной. По этой причине с потерей зубов нижняя челюсть при ее приближении к верхней выступает вперед, создавая видимость прогения (старческая прогения). Ортогнатический прикус, наиболее распространенный среди европейцев (у 79,6%), характеризуется отвесным положением фронтальных зубов или легким отклонением их кпереди и резцовым перекрытием; верхние резцы несколько перекрывают нижние — приблизительно на 1/3 высоты их коронок (рис. 72). Менее распространен прямой прикус. Для него характерно прямое смыкание режущих поверхностей фронтальных зубов.

Пальпация

Метод пальпации помогает уточнить диагноз. Пальпация лимфатических узлов (в подбородочной, надчелюстной и подчелюстной областях, на шее), а также околоушных и других слюнных желез дает возможность судить об их плотности, болезненности, подвижности и дифференцировать воспалительные процессы от бластоматозных и другой патологии. Пальпация мышц позволяет оценить их тонус и болезненные точки (зоны). Пальпируя жевательные мышцы, можно обнаружить их болезненность и уплотнение, установить зоны отраженных болей. При пальпации медиальной крыловидной мышцы указательный палец направляют по слизистой оболочке вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти дистально и вверх за верхнечелюстной бугор (рис. 73). Здесь прикрепляется нижняя часть мышцы и имеется тонкий слой жировой клетчатки.

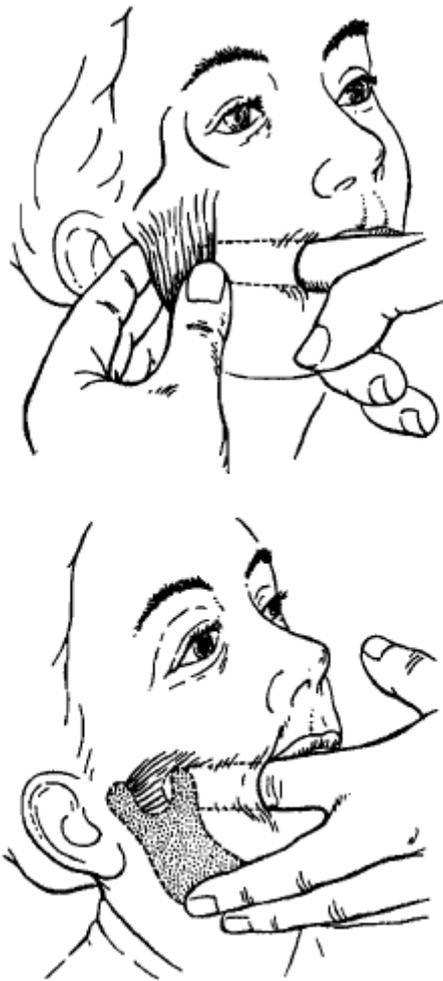


Рис. 73. Схема пальпаторного исследования жевательной и латеральной крыловидных мышц.

При пальпации собственно жевательной мышцы больного просят сжать зубы и определяют передний край мышцы. Большой палец ставят на этот край, а остальные — на задний край мышцы. Таким образом определяют ширину мышцы. Указательным пальцем другой руки пальпируют мышцу с наружной стороны или со стороны полости рта. Находят болезненные участки, сравнивают их с такими же участками на противоположной стороне.

Височную мышцу пальпируют экстраорально (область виска) и интраорально (место прикрепления к венечному отростку). С этой целью указательный палец помещают в ретромолярную ямку и продвигают его вверх и мезиально. При изменениях в зубочелюстной системе, приводящих к дистальному смещению нижней челюсти и дисфункции сустава, может быть болезненной пальпация затылочных и шейных мышц, а также мышц дна полости рта. Грудино-ключично-сосцевидную мышцу (передняя головка) пальпируют на протяжении от сосцевидного отростка до внутреннего края ключицы при повороте головы в сторону, противоположную расположению исследуемой мышцы. При подозрении на шейный остеохондроз пальпируют шейный отдел позвоночника. При этом правую руку кладут на теменную

область и наклоняют голову больного вперед большим и указательным пальцами, а левой рукой скользящими движениями пальпируют позвоночник.

Термометрия и электрометрия

Принято считать, что температура в пределах от 5 до 55° не вызывает болевых ощущений в зубе с живой пульпой. И.Г.Лукомский рекомендовал прикладывать к исследуемому зубу разогретую гуттаперчу, нагревать ее струей воды из шприца или охлаждать хлорэтилом. Однако температурная проба неточная. Ею можно пользоваться лишь при сравнении реакции исследуемого и соответствующего здорового зуба.

Более точные данные можно получить с помощью **электродиагностики**. Для этого пользуются прибором от универсальной стоматологической установки (качественная реакция) или специальным прибором для определения электровозбудимости зуба в микроамперах (по Л1 .Р.Рубину). Установлено, что зуб с живой пульпой реагирует на электроток в пределах от 2 до 6 мкА. Реакция пульпы на электроток свыше 6 мкА указывает на ее заболевание, свыше 50 мкА — на ее некроз. Рекомендуются сравнительная проверка электровозбудимости исследуемого и соседнего зубов или интактного зуба противоположной стороны. Пульпа не реагирует на электроток после инъекционной анестезии или втирания анестезирующих веществ (фтористый натрий, хлористый стронций, мономер, метилметакрилат и др.). Проводником тока может служить влажный гангренозный распад пульпы зуба. Если при исследовании

опорных зубов для несъемного протезирования электродиагностика показала понижение порога возбудимости пульпы, то для уточнения диагноза (хронический периодонтит) применяют рентгенографию.

Таким образом, с целью получения достоверной информации необходимо определить:

- 1) количество и положение зубов в зубной дуге верхней и нижней челюстей;
- 2) соотношение зубов и зубных рядов при относительном физиологическом покое нижней челюсти, нахождении ее в положении центральной окклюзии;
- 3) окклюзионную высоту, высоту физиологического покоя, размер межокклюзионного пространства, величину минимального и максимального разобщения зубных рядов при речевой функции;
- 4) топографию дефекта в зубных рядах;
- 5) наличие, степень и форму стирания оставшихся зубов;
- 6) подвижность оставшихся зубов, степень, амплитуду и направление наибольшего смещения зубов при пальпаторном исследовании;
- 7) состояние зубов и количество контактов на рабочей стороне во время плавных движений из положения центральной окклюзии;
- 8) соотношение зубов на балансирующей стороне — наличие и количество контактов, величину разобщения;
- 9) соотношение передних зубов и степень их перекрытия, характер контактов при выдвигании нижней челюсти вперед.

Оценка состояния слизистой оболочки полости рта

Здоровая слизистая оболочка имеет бледно-розовую окраску в области десен и розовую на других участках. При наличии патологических процессов окраска слизистой оболочки изменяется, нарушается ее конфигурация, на ней появляются различные элементы поражения. Гиперемизированные участки свидетельствуют о воспалении, которое, как правило, сопровождается отеком тканей. Выраженная гиперемия характерна для острого воспаления, синюшный оттенок — для хронического. При выявлении тех или иных изменений окраски и структуры слизистой оболочки необходимо путем опроса установить время появления этих изменений и отмечавшиеся при этом ощущения, определить тактику дальнейшего обследования, проявив онкологическую настороженность, поскольку, например, очаги повышенного ороговения могут перейти в очаги новообразования.

Исследование слизистой оболочки должно основываться на правильной оценке местных и общих этиологических и патогенетических факторов, так как они могут действовать не только самостоятельно, но и в сочетании. Например, причинами возникновения таких симптомов, как гиперемия, кровоточивость, отек и жжение слизистой оболочки протезного ложа, могут послужить:

- 1) механическая травма;
- 2) нарушение теплообмена в слизистой оболочке из-за плохой теплопроводности пластмассы;
- 3) токсико-химическое воздействие ингредиентов пластмассы;
- 4) аллергическая реакция на пластмассу;
- 5) изменение слизистой оболочки при некоторых системных заболеваниях (авитаминозы, эндокринные расстройства, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта);
- 6) микозы.

На слизистой оболочке могут определяться эрозии — поверхностный дефект слизистой, афты — изъязвление небольших участков эпителия, эрозии округлой формы, жел-то-серого цвета с ярко-красным воспалительным ободком, язвы — дефект слизистой оболочки и подлежащей ткани с неровными, подрывными краями и дном, покрытым серым налетом, гиперкератоз — избыточное ороговение с уменьшением процесса слущивания. В этих случаях при обследовании больных следует применить все поликлинические и лабораторные методы для выявления причин поражения (простудные заболевания, контакт с инфекционным больным, заболевание желудочно-кишечного тракта и др.), не исключая одну из весьма вероятных причин — травму этого участка острым краем зуба, наклоненным или смещенным зубом, некачественным протезом; электрохимическое повреждение тканей вследствие применения протезов из разных сплавов металлов с неодинаковым электролитическим потенциалом (нержавеющая сталь и золото). При этом следует помнить, что травмирующие участки могут находиться в отдалении от травмированной области языка и щеки вследствие их смещения в момент разговора или приема пищи. При обследовании необходимо попросить больного открывать и закрывать рот, перемещать язык, что позволит уточнить локализацию поврежденного участка и причину поражения.

Травматические повреждения — язвы необходимо дифференцировать от раковых и туберкулезных изъязвлений, сифилитических язв. Длительное воздействие травмирующих факторов

может привести к гипертрофии слизистой оболочки, в результате чего развиваются фибромы — доброкачественные опухоли из волокнистой соединительной ткани, папилломы — доброкачественные опухоли, развивающиеся из плоского эпителия и выступающие над его поверхностью.

Установление характера поражения слизистой оболочки полости рта и причин, вызвавших или поддерживающих это поражение, важно для выбора метода лечения и материала, из которого необходимо изготовить зубные протезы и аппараты. В настоящее время доказано, что при хронических заболеваниях слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, лейкоплакия, лейкокератоз) ортопедические мероприятия занимают основное место в комплексной терапии.

Увеличение размеров десневых сосочков, кровоточивость десен, синюшный оттенок или выраженная гиперемия свидетельствуют о наличии поддесневого камня, раздражении десны краем искусственной коронки или пломбой, съемным протезом, об отсутствии межзубных контактов и травмировании вследствие этого слизистой оболочки пищевыми комками. Данные симптомы могут отмечаться при различных формах гингивита, пародонтите. Свищевые ходы, рубцовые изменения на десне альвеолярного отростка указывают на наличие воспалительного процесса в пародонте.

Необходимо также определить степень увлажненности слизистой оболочки. Ее сухость (ксеростомия) обусловлена гипосекрецией слюнных желез, также отмечается при диабете и кандидамикозе. При выявлении сухости слизистой оболочки полости рта необходимо провести пальпацию желез и определить количество и качество слюны, выделяемой при этом из протоков. В норме из протоков выделяется несколько капель прозрачного секрета.

Топографоанатомические особенности строения слизистой оболочки протезного ложа

Большое значение при обследовании больного, нуждающегося в ортопедическом лечении, имеет изучение топографоанатомических особенностей строения слизистой оболочки протезного ложа. Особое значение оно приобретает при выборе слепочных материалов, применении съемных конструкций зубных протезов, диспансерном наблюдении за лицами, пользующимися зубными протезами (оценка качества лечения).

В преддверии полости рта как на верхней, так и на нижней челюсти имеются уздечки верхней и нижней губ. Как правило, уздечки заканчиваются на слизистой оболочке альвеолярного отростка, не доходя до десневого края обычно на 5-8 мм. Другой их конец соединяется со слизистой оболочкой и апоневрозом круговой мышцы рта. Иногда уздечки достигают уровня

десневого края, прикрепляясь к сосочку между центральными резцами. Такое аномальное прикрепление, как правило, приводит к образованию промежутка между центральными резцами — диастемы, а со временем — и к ретракции десневого края у этих зубов. С вестибулярной стороны в области премоляров как на верхней, так и на нижней челюсти справа и слева имеются боковые щечно-десневые складки. Осматривают и определяют границы уздечек и складок, отведя губу, а затем щеку вперед и вверх при полуоткрытом рте. При потере зубов места прикрепления уздечек и складок на десне не изменяются, но из-за атрофии альвеолярного отростка они как бы приближаются к его центру. Осматривая преддверие полости рта, необходимо определить границы перехода неподвижной слизистой оболочки в подвижную, а в последней определить границу перехода пассивно-подвижной слизистой в активно-подвижную. Более подробно об этом написано при характеристике клинической анатомии беззубого рта.

Список литературы

1. Терапевтическая стоматология. Учебник / Под ред. - М.; Медицина, 1999. С.
2. Хирургическая стоматология. Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1996.- 688с.
3. Рубинов И.С. Физиологические основы стоматологии. /. Ленинград: Медицина, 1970. – с. 333.

Интернет ресурсы

1. <http://stom-portal.ru/ortopediya/metody-bsledovaniya/instrumentalnye-i-apparaturnye-metody.html>
2. <http://zodorov.ru/lekcija-2-na-temu-osobennosti-klinicheskogo-obsledovaniya-orto.html?page=2>
3. <http://ortostom.net/content/issledovanie-i-diagnostika-v-ortopedicheskoy-stomatologii>