

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

Ю.Н. УРУКОВ Р.А. САЛЕЕВ
В.Н. ВИКТОРОВ Н.С. ФЕДОРОВА

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Учебно-методическое пособие

Чебоксары
2018

УДК 616.314.089.23(075.8)
ББК Р668я73
У73

Рецензенты:

В.И. Шемонаев – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой ортопедической
стоматологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ;
А.В. Гуськов – канд. мед. наук, доцент, декан стоматологического
факультета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Уруков Ю.Н.

У73 Стоматологическая ортопедическая реабилитация пациентов с полным отсутствием зубов:
учеб.-метод. пособие / Ю.Н. Уруков, Р.А. Салеев, В.Н. Виктор, Н.С. Федорова. Чебоксары: Изд-
во Чуваш. ун-та, 2018. 108 с.

ISBN 978-5-7677-2717-9

Посвящено одному из основных разделов ортопедической стоматологии – протезированию пациентов с полным отсутствием зубов. Детально рассмотрены этиологические факторы, приводящие к указанной патологии; клинические проявления, приведены действующие в настоящее время классификации, подробно изложены и проиллюстрированы цветными фотографиями и схемами клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов. Заключительный раздел учебного пособия посвящен вопросам адаптации пациентов к полным съемным протезам и возможным реакциям тканей протезного ложа на применение полных съемных протезов, изготовленных из полимеров акрилового ряда.

Для студентов IV–V курсов стоматологического факультета, обучающихся по специальности «Стоматология ортопедическая», клинических ординаторов, врачей-стоматологов.

Ответственный редактор д-р мед. наук,
профессор Ю.Н. Уруков

Утверждено Учебно-методическим советом университета

ISBN

УДК 616.314.089.23(075.8)

ББК Р668я73

© Издательство Чувашского
университета, 2018

© Уруков Ю.Н., Салеев Р.А.,
Викторов В.Н., Федорова Н.С., 2018

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное учебно-методическое пособие предназначено для проведения практических занятий у студентов IV курса по разделу ортопедической стоматологии «Протезирование пациентов с полным отсутствием зубов». Учебно-методическое пособие разделено на практические занятия, согласно утвержденной рабочей программе, составленной в соответствии с ФГОС ВПО 2017 г.

Контроль знаний студентов складывается из проверки исходного уровня знаний по смежным дисциплинам или по разделам, преподаваемым на кафедре ранее, и проверки знаний по теме занятия. Вопросы, задаваемые на данном этапе, отражены в соответствующих разделах учебно-методического пособия.

Теоретическая часть практического занятия предполагает дискуссию между преподавателем и аудиторией. Преподаватель объясняет студентам теоретическое обоснование мануальных навыков, выполнение которых предполагается на данном практическом занятии.

Демонстрационная часть практического занятия предполагает показ преподавателем тематических больных, расставление правильных акцентов, ориентированных на тему практического занятия. Демонстрация лабораторных этапов зубным техником лаборантом имеет своей целью дополнение клинических знаний и умений лабораторными, знакомство с зуботехническим оборудованием и выработка навыков по его эксплуатации.

Самостоятельная работа студентов предполагает наработку мануальных навыков, необходимых в дальнейшей работе врача стоматолога-ортопеда.

Обобщение занятия строится на анализе ошибок, допущенных студентами в процессе освоения темы практического занятия. Разбираются непонятные теоретические аспекты, возникшие клинические и лабораторные ошибки и пути их устранения. В заключение занятия преподаватель озвучивает последующую тему, расставляет акценты, значимые для изучения нового материала, рекомендует литературу для самостоятельной подготовки студентов к новому практическому занятию.

Учебный материал, последовательно изложенный в данном пособии, поможет студентам освоить базовый уровень дисциплины и успешно сдать экзамен по ортопедической стоматологии.

ЗАНЯТИЕ 1
ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ. ЭТИОЛОГИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ.
ИЗМЕНЕНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ
С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Цель занятия:

1. Изучение студентами стоматологического факультета:
 - этиологических факторов, приводящих к полной потере зубов;
 - клинических проявлений полного отсутствия зубов, отражающихся, как на лице пациента, так и в полости рта;
 - анатомо-физиологических особенностей костной ткани беззубых челюстей;
 - анатомо-физиологических особенностей слизистой оболочки полости рта пациентов с полным отсутствием зубов.
2. Освоение методики обследования пациентов с полным отсутствием зубов.

Демонстрация ассистентом:

1. Осмотр лица, пальпация кожных покровов, области височно-нижнечелюстного сустава, челюстных костей, углов нижней челюсти, визуальный анализ открывания рта, движения нижней челюсти.
2. Осмотр мягких тканей полости рта, языка, слизистой оболочки, пальпация слизистой оболочки костной основы челюстей.
3. Определение болевой чувствительности различных зон слизистой оболочки протезного ложа (эстезиометрия).
4. Анализ звукопроизношения.
5. Снятие оттисков с беззубых челюстей для изготовления индивидуальных ложек.

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний:

1. Анатомическое строение верхней и нижней челюсти.
2. Особенности анатомического строения беззубых челюстей.
3. Схема обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии.
4. Клиническая картина эмоционального напряжения пациентов на приёме у врача стоматолога-ортопеда.
5. Принципы психологической подготовки пациентов перед стоматологическим лечением.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Цели ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов.
2. Местные факторы, приводящие к полному отсутствию зубов.
3. Общие факторы, приводящие к полному отсутствию зубов.
4. Изменения в лицевом скелете при полном отсутствии зубов.
5. Механизм развития старческой прогении.
6. Классификации беззубых челюстей по Келлеру, Шредеру.
7. Определение морфологических особенностей твёрдых и мягких тканей протезного ложа.
8. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа беззубых челюстей. Классификация типов слизистой оболочки протезного ложа по Суппли.
9. Определение зон податливости по Люнду.

Содержание занятия

Стоматологическая ортопедическая реабилитация пациентов с полной потерей зубов представляет собой сложную проблему создания зубных протезов, полноценных в функциональном и эстетическом отношении.

Значительная или полная потеря зубов чаще встречается в возрасте 60 лет и старше. В возрасте 40 лет и старше данная патология наблюдается лишь у 15% людей [10].

Наиболее частой причиной развития полной вторичной адентии является кариес зуба и его осложнения. Обоснованной причиной удаления зуба по поводу осложненного кариеса является полная деминерализация твердых тканей зуба, и разрушение его коронковой части, не подлежащее восстановлению штифтовыми ортопедическими конструкциями (рис. 1).



Рис. 1. Этиология. Местные факторы.
Осложнения кариозного поражения твердых тканей зубов [8]

Следующей причиной возможной потери зубов можно назвать хронический периодонтит, гранулирующая и гранулематозная формы которого характеризуются наличием очага разрушения периапикальных тканей 10 мм и более, при невозможности комплексного лечения и полноценного пломбирования корневого канала (рис. 2).



Рис. 2. Этиология. Местные факторы.
Осложнения кариозного поражения твердых тканей зубов [15]

Довольно часто местным фактором, предшествующим развитию полной вторичной адентии, являются заболевания пародонта: острые и хронические пародонтиты и хронический пародонтоз. При перечисленных заболеваниях, как правило, за короткий временной промежуток происходит удаление функциональных групп зубов третьей и четвертой степени подвижности (рис. 3).

Некариозные поражения зубов, такие как эрозивная и деструктивная формы флюороза, аплазия эмали, как проявление системной гипоплазии эмали и дентина, некроз твердых тканей зуба, химический (кислотный) некроз, компьютерный, радиационный, также могут служить местной причиной полной вторичной адентии (рис. 4).

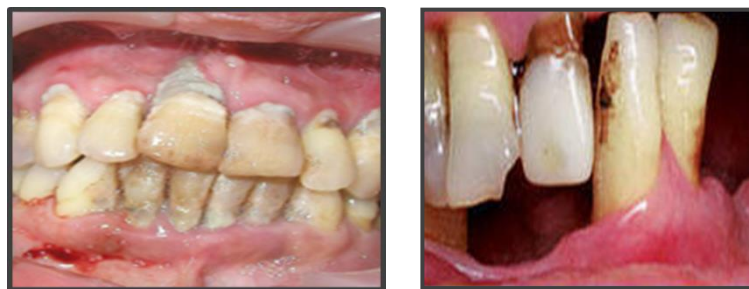


Рис. 3. Этиология. Местные факторы. Заболевания пародонта [13]



Рис. 4. Этиология. Местные факторы.
Некариозные поражения твердых тканей зубов [5; 6]

В меньшей степени местными этиологическими факторами полной вторичной адентии могут выступать механическая травма зубов и альвеолярных отростков одной или нескольких челюстных костей и оперативные вмешательства, сопровождающиеся удалением зубов и резекцией альвеолярных отростков челюстных костей.

Общими факторами, приводящими к полной вторичной адентии, следует назвать, в первую очередь, заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, болезнь Иценко-Кушинга и пр.), системные заболевания соединительной ткани, заболевания крови, лучевую болезнь, проявляющиеся пародонтальным синдромом, приводящим к быстрой утрате зубов (рис. 5).

Очень редко встречается первичная (врожденная) адентия, обусловленная пороками развития зубочелюстной системы.



Рис. 5. Этиология. Общие факторы. Пародонтальный синдром [14]

Клиническая картина беззубого рта зависит от причины, вызвавшей потерю зубов, времени, прошедшего с момента их удаления, возраста пациента и ряда других сугубо индивидуальных особенностей организма. Обследование пациента следует начинать с внешнего осмотра пациента. Лицо пациента с полным отсутствием зубов имеет так называемое «старческое выражение лица», что предполагает снижение высоты нижней трети лица, развитие дряблости мышц, появление вертикальных морщин вокруг запавших губ, опускание углов рта, кончика носа, наружных углов глаз, выраженность носогубных и подбородочной складок, выдвижение вперед нижней челюсти и

формирование одного из основных лицевых симптомов полной адентии «старческой прогении» (рис. 6).



Рис. 6. Перестройка органов челюстно-лицевой области в связи с полным отсутствием зубов. Внешний вид пациентов

При полной потере зубов, наряду с эстетическими трансформациями, можно наблюдать и функциональные изменения челюстно-лицевой области, которые проявляются в затруднении носового дыхания, нарушении звукопроизношения и речи, отсутствии полноценного пережевывания пищи и, как следствие, развитии заболеваний пищеварительной системы.

Одним из характерных лицевых симптомов полного отсутствия зубов является выступание подбородка вперед, так называемая «старческая прогения», которая характеризуется изменением соотношений челюстей в трансверзальном направлении (рис. 7).

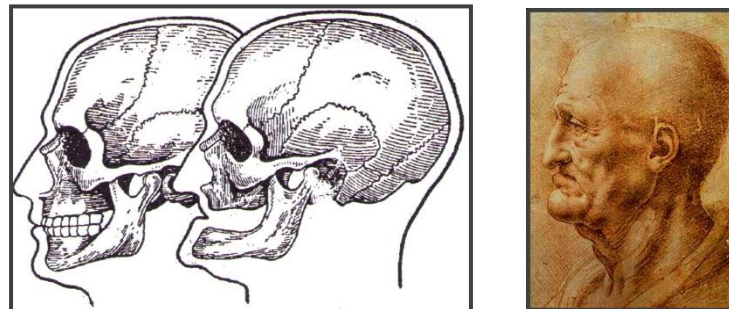


Рис. 7. Старческая прогения [1; 18]

Механизм образования можно представить следующим образом. В ортопедической стоматологии принято различать, помимо зубной дуги, альвеолярную и базальную. Под альвеолярной дугой подразумевают линию, проведенную по гребню альвеолярного отростка. Базальная дуга проходит по верхушкам корней. Поскольку на верхней челюсти коронки наклонены кнаружи, а корни внутрь, то зубная дуга верхней челюсти шире альвеолярной и базальной дуг. На нижней челюсти, наоборот, вследствие наклона коронок зубов внутрь, а корней кнаружи, зубная дуга нижней челюсти уже альвеолярной и базальной дуг. По этой причине в связи с потерей зубов широкая альвеолярная дуга нижней челюсти перекрывает более узкую альвеолярную дугу верхней челюсти, что сопровождается выступанием нижней челюсти вперед и созданием прогенического соотношения беззубых челюстей. Помимо этого на верхней челюсти атрофии больше подвергается вестибулярная поверхность альвеолярного отростка, а на нижней – язычная, т.е. верхняя альвеолярная дуга становится еще более узкой, в то время как нижнечелюстная расширяется (рис. 8).

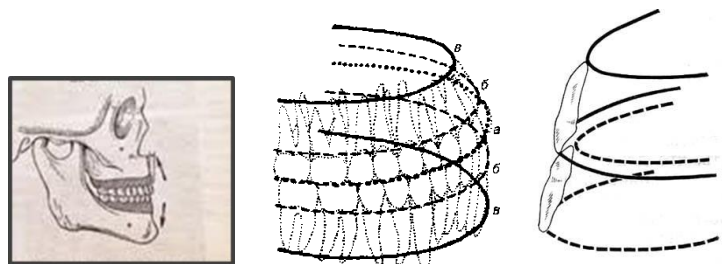


Рис. 8. Механизм развития старческой прогении [1]

Прогрессирующая атрофия костной ткани захватывает не только альвеолярные отростки челюстных костей, но и элементы височно-нижнечелюстного сустава. Суставная ямка становится отлогой, а головка нижней челюсти приобретает цилиндрическую форму. Происходит смещение суставных головок кзади и кверху, что неизбежно приводит к изменению формы суставного диска. Деформация всех элементов височно-нижнечелюстного сустава основывается на функциональной перегрузке и приводит к развитию деформирующего артроза (рис. 9).

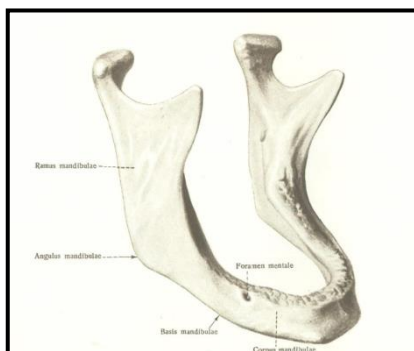


Рис. 9. Перестройка органов челюстно-лицевой области в связи с полным отсутствием зубов [17]

При полной потере зубов изменяется функция жевательных мышц. В результате уменьшения нагрузки мышцы уменьшаются в объеме, становятся дряблыми и атрофируются.

После удаления зубов альвеолярные отростки челюстных костей обычно выражены хорошо, однако со временем они атрофируются.

Для оценки состояния костной ткани беззубых челюстей применяются различные классификации, в основу которых положены величина, характер атрофии костной ткани и изменения слизистой оболочки, связанные с этим процессом.

Шредер (Н. Schreder, 1927) различает три типа верхних беззубых челюстей. Первый тип характеризуется хорошо сохранившимся альвеолярным отростком, хорошо выраженными альвеолярными буграми и высоким небным сводом. Переходная складка и жевательных мышц расположены успешно протезирования для весьма благоприятный (рис. 10).

При втором типе атрофии альвеолярного отростка наблюдается средняя степень атрофии: альвеолярные бугры сохранены и умеренно развиты; свод неба выражен ясно, но несколько уплощен, поперечные складки твердого неба расположены несколько ближе к отростку; характерно не высокое прикреплении уздечек и протезирования для этого типа удовлетворительный (рис. 11).



Рис. 10. Классификация беззубых челюстей по Шредеру. 1-й тип [2]

Первый тип характеризуется хорошо сохранившимся альвеолярным отростком, хорошо выраженными альвеолярными буграми и высоким небным сводом. Переходная складка и жевательных мышц расположены успешно протезирования для весьма благоприятный (рис. 10). При втором типе атрофии альвеолярного отростка наблюдается средняя степень атрофии: альвеолярные бугры сохранены и умеренно развиты; свод неба выражен ясно, но несколько уплощен, поперечные складки твердого неба расположены несколько ближе к отростку; характерно не высокое прикреплении уздечек и протезирования для этого типа удовлетворительный (рис. 11).



Рис. 11. Классификация беззубых челюстей по Шредеру. 2-й тип [2]

Третий тип верхней челюсти характеризуется резко выраженной атрофией: альвеолярные отростки и бугры отсутствуют. Твердое небо плоское, рельеф небных складок полностью отсутствует. Переходная складка расположена в одной горизонтальной плоскости с твердым небом. Прогноз успешности протезирования для этого типа беззубых челюстей не благоприятный (рис. 12).



Рис. 12. Классификация беззубых челюстей по Шредеру. 3-й тип [2]

Келлер (Kehller, 1929) различает четыре типа беззубых нижних челюстей. При первом типе альвеолярные отростки незначительно и равномерно атрофированы. При этом ровно округленный альвеолярный гребень является хорошим основанием для протеза и ограничивает свободу движений при его смещении вперед и в стороны. Точки прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярного отростка (рис. 13).

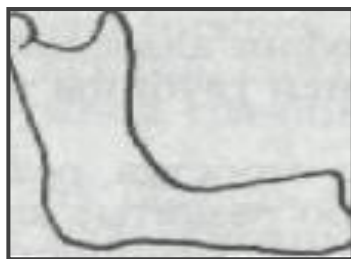


Рис. 13. Классификация беззубых челюстей по Келлеру. 1-й тип [9; 3]

При втором типе имеет место выраженная, но равномерная атрофия альвеолярного отростка. При этом альвеолярный гребень едва возвышается над дном полости рта, представляя в переднем отделе узкое образование. Места прикрепления мышц расположены почти на уровне гребня (рис. 14).

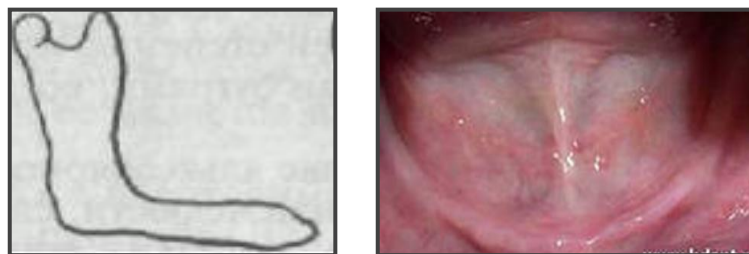


Рис. 14. Классификация беззубых челюстей по Келлеру. 2-й тип [9, 3]

Третий тип характеризуется выраженной атрофией альвеолярного отростка в боковых отделах при относительно сохранившемся в переднем отделе (рис. 15).

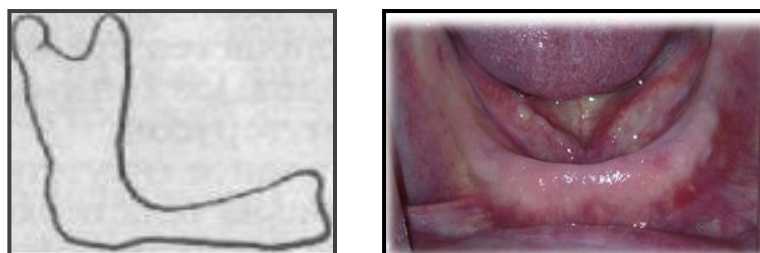


Рис. 15. Классификация беззубых челюстей по Келлеру. 3-й тип [9, 3]

При четвертом типе атрофия альвеолярного отростка наиболее выражена в переднем отделе при относительной сохранности в боковых отделах нижней челюсти (рис. 16).

Изменения, развивающиеся в полости рта после удаления зубов, захватывают не только альвеолярные отростки, но и слизистую оболочку полости рта.

Суппле (Supple) одним из первых опубликовал общую характеристику слизистой оболочки протезного ложа с клинических позиций. Он выделял четыре класса.

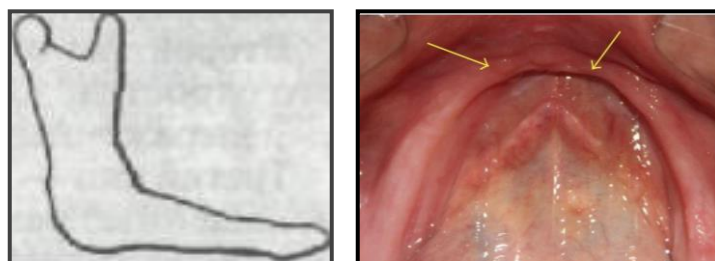


Рис. 16. Классификация беззубых челюстей по Келлеру. 4-й тип [9, 3]

1-й класс — нормальная слизистая оболочка: розовая, плотная, умеренно податливая и увлажненная — «идеальное протезное ложе» (рис. 17).



Рис. 17. Характеристика слизистой оболочки полости рта (классификация Суппле). 1-й класс [19]

2-й класс – атрофированная слизистая оболочка: бледно-розового цвета, тонкая, сухая, легко поддающаяся травмированию – «твердое протезное ложе» (рис. 18).



Рис. 18. Характеристика слизистой оболочки полости рта (классификация Суппле). 2-й класс [20]

3-й класс – гипертрофированная слизистая оболочка: гиперемированная, рыхлая, влажная, образует дополнительные складки и тяжи, с признаками катарального воспаления – «мягкий рот» (рис. 19).



Рис. 19. Характеристика слизистой оболочки полости рта (классификация Суппле). 3-й класс [21]

4-й класс – свободно-подвижная слизистая оболочка, полнокровная, напоминающая петушиный «болтающийся» гребень (рис. 20).



Рис. 20. Характеристика слизистой оболочки полости рта (классификация Суппле). 4-й класс [4]

Конечно, ни одна из имеющихся классификаций не претендует на исчерпывающую характеристику беззубых челюстей. Однако их использование удобно в качестве инструмента описания имеющихся клинических изменений.

Схема описания диагноза при полной вторичной адентии

Беззубая в/ч _____ типа по Шредеру, беззубая н/ч _____ типа по Келлеру. Слизистая оболочка _____ класса по Суппле. Функциональные и эстетические нарушения челюстно-лицевой области, являющиеся следствием осложненного кариозного процесса, (заболеваний твердых тканей зубов некариозного характера, заболеваний пародонта и т.д.).

Большинство исследователей связывает податливость слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков со структурными особенностями подслизистого слоя в зависимости от величины в нем жировой и железистой ткани.

Слизистая оболочка, покрывающая верхнюю челюсть, имеет разную степень податливости, пределы колебания которой от 0,2 до 4 мм, выведенные Штрэнгом экспериментальным методом, позволили Люнду выделить четыре зоны:

Область сагиттального небного шва. Срединная фиброзная зона, обладает минимальной степенью податливости, вследствие сращения с надкостницей (рис. 21).

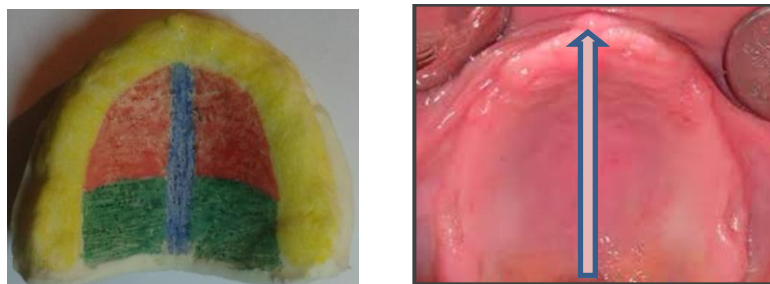


Рис. 21. Зоны податливости слизистой оболочки рта по Люнду.
Срединная фиброзная зона

Область альвеолярного отростка и прилегающая к нему зона. Периферическая фиброзная зона покрыта слизистой оболочкой с тонким подслизистым слоем и, в результате этого, обладает незначительной степенью подвижности (рис. 22).

Передний отдел твердого нёба. Зона поперечных складок или жировая зона, покрыта слизистой оболочкой, имеющей подслизистый слой толщиной 1-2 мм и отличается податливостью средней степени (рис. 23).

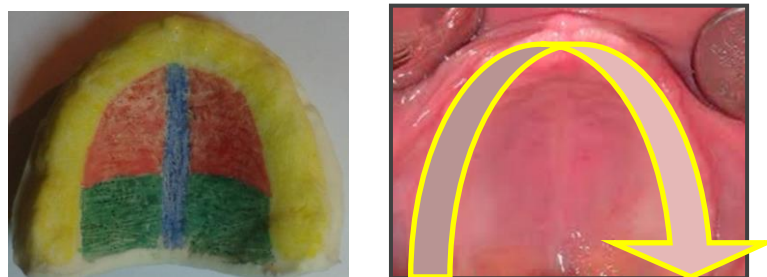


Рис. 22. Зоны податливости слизистой оболочки рта по Люнду.
Периферическая фиброзная зона



Рис. 23. Зоны податливости слизистой оболочки рта по Люнду.
Жировая зона

Задний отдел твердого нёба имеет подслизистый слой, богатый железистой тканью. Слизистая оболочка этой зоны обладает наибольшей степенью податливости (рис. 24).

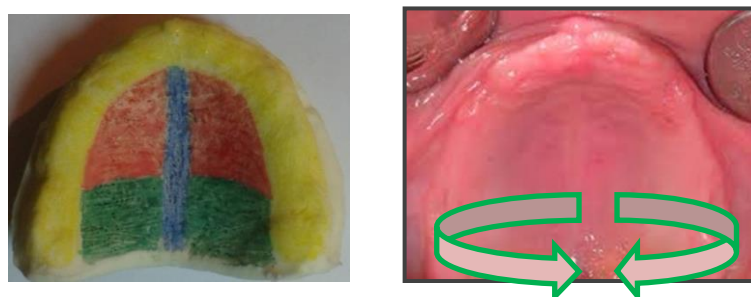


Рис. 24. Зоны податливости слизистой оболочки рта по Люнду.
Железистая зона

Минимум манипуляций. Обследование пациента с полной потерей зубов

1. Сбор стоматологического анамнеза. Во время обследования пациента врачу следует обратить внимание на мимику пациента, изменения конфигурации лица, связанные с утратой зубов, особенности дикции. Важно установить причину утраты зубов и давность их удаления, выяснить протезный статус пациентов: имеет ли пациент опыт использования ортопедическими конструкциями, и если да, то каковы его пожелания к новым протезам.

2. Осмотр лица:

- тип лица (треугольный, квадратный, круглый);
- верхняя челюсть (западение верхней губы, выраженность носогубных складок (умеренная, резкая));
- нижняя челюсть (западение нижней губы, выступание подбородка, выраженность подбородочной области);
- высота нижней трети лица (уменьшена, не уменьшена, увеличена).

3. Осмотр полости рта:

- слизистая оболочка (подвижна, неподвижна, податлива, неподатлива, уздечки верхней губы, уздечки нижней губы, языка, буферные зоны, переходная складка, линия «А», клапанная зона, классификация вида слизистой по Суппли, зоны податливости слизистой по Люнду;

- альвеолярные отростки челюстей (высота, рельеф, форма, вестибулярный скат, альвеолярные бугры, челюстно-подъязычная линия, подъязычный торус, типы атрофии);
- твердое нёбо (форма свода, глубина нёба);
- язык и подъязычные слюнные железы (величина языка (увеличен, не изменен), расположение подъязычных слюнных желез относительно альвеолярного отростка нижней челюсти);
- подъязычное пространство (выраженность топографии);
- соотношение беззубых челюстей (ортогнатическое, прогеническое, прогнатическое).

ЗАНЯТИЕ 2

МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

Цель занятия: ознакомить студентов стоматологического факультета с возможными методами фиксации и стабилизации полных съемных протезов. Изучить механизм укрепления протезов на беззубых челюстях.

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний:

1. Анатомические особенности строения верхней беззубой челюсти.
2. Анатомические особенности строения нижней беззубой челюсти.
3. Морфологические особенности строения слизистой оболочки полости рта.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия «Фиксация полного съемного протеза».
2. Определение понятия «Стабилизация полного съемного протеза».
3. Методы фиксации и стабилизации полных съемных протезов.
4. Характеристика механических методов фиксации.
5. Характеристика биомеханических методов фиксации.
6. Характеристика физических методов фиксации.
7. Характеристика биофизических методов фиксации.

Содержание занятия

Фиксация – это состояние неподвижности полных съемных протезов в покое. Стабилизация – это состояние неподвижности полных съемных протезов во время функций. Сила фиксации протеза зависит от анатомических условий, имеющих в полости рта у пациента, типа слизистой оболочки и метода получения оттиска.

Б.К. Боянов классифицировал способы фиксации полных съемных протезов как механические, биомеханические, физические и биофизические.

К современным механическим способам фиксации относят утяжеление полного съемного протеза на нижнюю челюсть путем введения в его базис металлов с большим удельным весом.

В основе биомеханических методов фиксации полных съемных протезов лежит использование естественных анатомических образований. Анатомическая ретенция предполагает использование десневых кламмеров и пелотов (рис. 25).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- хорошо выраженные альвеолярные отростки;
- хорошо выраженные альвеолярные бугры;
- высокое твердое небо;
- хорошо выраженные поперечные складки твердого неба.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- хорошо выраженные альвеолярные части;
- глубокое подъязычное пространство.

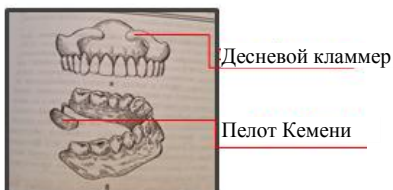


Рис. 25. Анатомическая ретенция [1]

К биомеханическим методам фиксации можно отнести пластику альвеолярного гребня и применение различных конструкций имплантатов, устанавливаемых для фиксации полных съемных протезов (рис. 26).

К физическим методам фиксации полных съемных протезов относится использование магнитов. В боковые отделы протезов помещают по два П-образных магнита, направленных друг к другу одноименными полюсами. Сила отталкивающего действия магнитов прижимает протезы к челюстям подобно действию пружин.



Рис. 26. Биомеханические методы фиксации полных съемных протезов

Разнополюсные магниты используют совместно с поднадкостничными имплантатами. Заряженные определенным полюсом магниты устанавливают в качестве поднадкостничного имплантата, противоположный полюс помещают в базис полного съемного протеза (рис. 27).

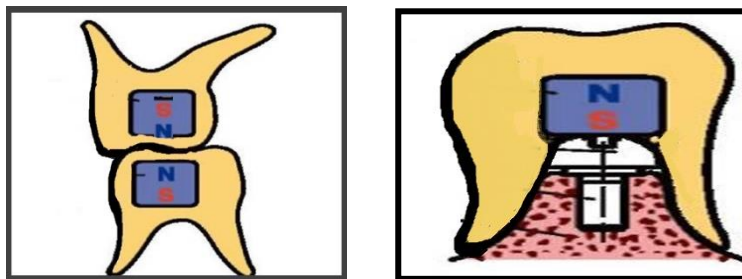


Рис. 27. Физические методы фиксации полных съемных протезов.
Применение магнитов [9]

В последнее время стали применять магниты из R-Co. Они не размагничиваются, обладают коррозионной стойкостью в слюне и биологически индифферентны. Последние исследования ученых показали, что магнитные поля безвредны для органов и тканей полости рта.

Также к физическим методам фиксации можно отнести такое явление, как адгезия (прилипаемость). Адгезия это сила межмолекулярного взаимодействия, вызывающая склеивание двух твердых тел, в нашем случае имеется в виду межмолекулярное взаимодействие между внутренней поверхностью базиса протеза и тканями протезного ложа. Для того чтобы механизм адгезии состоялся, необходимо соблюдение некоторых условий: совпадение микро- и макрорельефов внутренней поверхности базиса протеза и тканей протезного ложа, минимальное пространство между указанными поверхностями 0,007 мкм, наличие между твердыми телами адгезива (слюны), который обеспечивает физическое явление – смачиваемость, основанное на том, что силы межмолекулярного сцепления внутри адгезива (слюны) меньше, чем силы межмолекулярного взаимодействия между молекулами адгезива и молекулами твердого тела, в результате происходит смачивание внутренней поверхности базиса протеза тонким слоем адгезива (слюны), который распределяется в виде

вогнутого мениска и, стремясь распрямиться, прижимает протез к слизистой оболочке протезного ложа.

Биофизический метод фиксации полных съемных протезов основан на принципе создания разреженного пространства под всей поверхностью базиса протеза. Для того чтобы этот механизм состоялся, необходимо создать клапанную зону – это зона плотного контакта слизистой оболочки переходной складки, задней поверхности твердого неба (линия А) на верхней челюсти и дна полости рта на нижней челюсти и наружного края базиса полного съемного протеза.

Во время наложения полного съемного протеза в полости рта происходит отдавливание слизистой оболочки протезного ложа и выдавливание воздуха из-под поверхности протеза, слизистая оболочка переходной складки за счет своей податливости охватывает наружный край базиса протеза и формирует краевой замыкающий клапан. При этом между внутренней поверхностью протеза и слизистой оболочкой протезного ложа образовывается разреженное пространство, и протез фиксируется за счет разницы в атмосферном давлении (рис. 28).

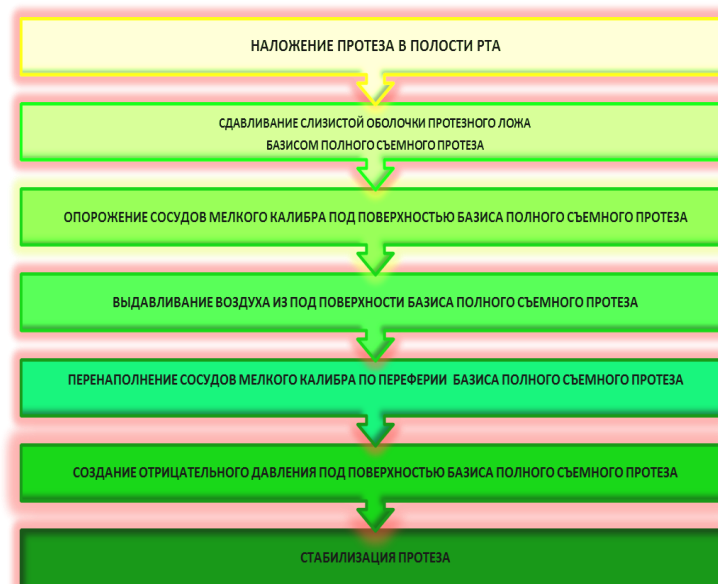


Рис. 28. Биофизический метод фиксации полных съемных протезов.
Создание краевого замыкающего клапана

Таким образом, можно сделать вывод, что фиксация и стабилизация полных съемных протезов может состояться только при успешном сочетании всех вышеперечисленных механизмов, основным из которых можно назвать создание разреженного пространства под всей поверхностью базиса полного съемного протеза (создание краевого замыкающего клапана). Вспомогательные механизмы: анатомическая ретенция, адгезия, смачиваемость и применение различных конструкций имплантатов, также существенно увеличивают вероятность успешной ортопедической реабилитации пациентов с полным отсутствием зубов.

ЗАНЯТИЕ 3
Методы изготовления
индивидуальных оттисковых ложек

Цель занятия: ознакомить студентов стоматологического факультета с методами изготовления индивидуальных оттисковых ложек.

Демонстрация ассистентом:

1. Методики получения анатомического оттиска.
2. Определения границ индивидуальных оттисковых ложек на верхней и нижней беззубой челюстях.
3. Клинических этапов изготовления индивидуальных оттисковых ложек из воска.

Демонстрация зубным техником-лаборантом:

1. Отливки гипсовой модели по полученному анатомическому оттиску.
2. Лабораторных этапов замешивания пластмассы холодного отверждения.
3. Лабораторных этапов созревания пластмассового теста.
4. Лабораторных этапов формирования индивидуальной ложки из пластмассы холодного отверждения.

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний:

1. Классификация оттисковых материалов.
2. Характеристика, показания, достоинства и недостатки применения альгинатных оттисковых материалов.
3. Характеристика полимерных быстротвердеющих материалов, применяемых для изготовления индивидуальных оттисковых ложек.
4. Характеристика базисных восков, применяемых для изготовления индивидуальных оттисковых ложек.

Контрольные вопросы по теме занятий:

1. Анатомические и функциональные образования верхней беззубой челюсти, значимые для формирования границ базиса полного съемного протеза.
2. Анатомические и функциональные образования нижней беззубой челюсти, значимые для формирования границ базиса полного съемного протеза.
3. Показания и противопоказания для изготовления индивидуальных оттисковых ложек из воска.

Содержание занятия

Освоение методов изготовления индивидуальных оттисковых ложек целесообразно начать с изучения особенностей получения анатомических оттисков (табл. 1).

Таблица 1

Методика получения анатомического оттиска.

Минимум манипуляций

Этап действия	Средство действия	Критерий самоконтроля
1. Адекватно подобрать стандартную анатомическую ложку	Стандартные анатомические ложки	Ложка должна легко вводиться в полость рта, перекрывая все анатомические образования
2. Приготовить слепочный материал для снятия оттиска	Силиконовая, альгинатная, термопластическая оттисковые массы	Достигается эластичная фаза оттискового материала
3. Заполнить		Ложка должна

анатомическую ложку оттискным материалом, ввести в полость рта, оформить края с помощью щек и губ		располагаться центрально при максимально закрытом рте
4. Выждать до полного отверждения		Масса должна стать упругой
5. Вывести ложку с оттиском из полости рта		Без остатков массы на слизистой
6. Оценить качество оттиска		На оттиске четко отображены все анатомические образования (рис. 29)



Рис. 29. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов. Снятие анатомических оттисков

После получения анатомических оттисков в зуботехнической лаборатории отливают гипсовые модели, на которых очерчиваются границы базисов полных съемных протезов. На верхней челюсти граница располагается следующим образом: на вестибулярной поверхности: не доходя до купола переходной складки на 2 мм, обходя все уздечки и тяжи слизистой оболочки; на небной поверхности: перекрывая линию перехода твердого неба в мягкое на 1 мм, клиническим ориентиром будут служить слепые ямки (рис. 30).



Рис. 30. Границы базиса полного съемного протеза на верхнюю челюсть

На нижней челюсти граница располагается с вестибулярной стороны: не доходя до купола переходной складки на 2 мм, обходя все уздечки и тяжи слизистой оболочки; в ретромюлярной области: перекрывает нижнечелюстной бугорок; с оральной стороны: перекрывает челюстно-подъязычную линию; с язычной стороны: перекрывает подъязычное пространство от первого резца до первого моляра нижней челюсти, обходя анатомические образования (рис. 31).



Рис. 31. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов. Границы базисов полных съемных протезов

В настоящее время в практике ортопедической стоматологии существует несколько способов изготовления индивидуальных оттисковых ложек:

- клинический метод изготовления индивидуальной оттисковой ложки из воска;
- лабораторный метод изготовления индивидуальной оттисковой ложки из самотвердеющей акриловой пластмассы на гипсовой модели;
- лабораторный метод изготовления индивидуальной оттисковой ложки компрессионного прессования;
- лабораторный метод изготовления индивидуальной оттисковой ложки литьевого прессования;
- лабораторный метод изготовления индивидуальных оттисковых ложек из стандартных светоотверждаемых полимеров;
- лабораторный метод изготовления индивидуальных оттисковых ложек методом вакуумного прессования.

Клинический метод изготовления индивидуальной оттисковой ложки предполагает ее формирование на клиническом приеме, без участия зубного техника (методика Г.Б. Брахмана).

Изготовление индивидуальной оттисковой ложки из воска на верхнюю беззубую челюсть

Пластинку базисного воска нагревают и складывают по длине в три слоя, срезают острые углы, нагревают, вводят в полость рта и тщательно формируют ложку, прижимая пластичный воск к поверхности протезного ложа. После предварительного формирования индивидуальной оттисковой ложки ее выводят из полости рта и срезают видимые излишки воска. Процедуру последовательного нагревания и формирования границ ложки проводят несколько раз до получения индивидуальной оттисковой ложки с поверхностями и границами, повторяющими контуры тканей протезного ложа.

Изготовление индивидуальной оттисковой ложки из воска на нижнюю беззубую челюсть

Пластинку базисного воска нагревают и складывают по ширине в три слоя, после чего придают восковой пластинке подковообразную форму и вводят ее в полость рта, укладывая по альвеолярному гребню. Оформление краев восковой оттисковой ложки проводят при полуоткрытом рте в таком же порядке, как и на верхней челюсти. Индивидуальную оттисковую ложку из воска для нижней беззубой челюсти необходимо укрепить проволокой, для чего проволоку нагревают, погружают в поверхностные слои воска и накрывают небольшим восковым валиком по всей длине уложенной проволоки.

Изготовление индивидуальных оттисковых ложек из самотвердеющей акриловой пластмассы

На гипсовых моделях беззубых челюстей с нанесенными на них границами базисов полных съемных протезов наносят слой изоляционного (разделительного) лака. Из пластмассового теста в тестообразной стадии формируют пластины, которые укладывают на гипсовые модели и моделируют индивидуальные оттисковые ложки. Перпендикулярно поверхности ложки

формируется ручка длиной от клыка до клыка. После полимеризации пластмассы (10–15 минут) ложку снимают с модели и обрабатывают фрезами и карборундовыми головками. Толщина края ложки должна быть не менее 1,5 мм, для дальнейшего формирования объемности функционального оттиска (рис. 32).



Рис. 32. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов. Изготовление индивидуальных оттисковых ложек из самотвердеющей акриловой пластмассы

Изготовление индивидуальных оттисковых ложек методом компрессионного прессования

Зубной техник нагревает пластинку базисного воска и плотно обжимает его по модели, срезая излишки по отмеренным границам. На ложке моделируется ручка перпендикулярно поверхности ложки. Восковая форма индивидуальной ложки вместе с моделью гипсуется обратным способом в кювету, где воск заменяется акриловой пластмассой горячего отверждения (рис. 33). После полимеризации пластмассы (30–45 минут) ложку снимают с модели и обрабатывают фрезами и карборундовыми головками.

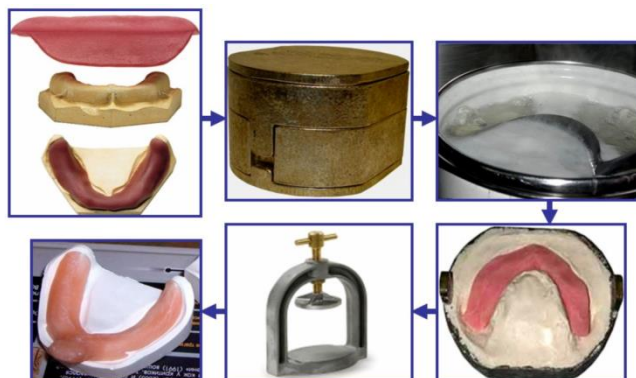


Рис. 33. Изготовление индивидуальных оттисковых ложек методом компрессионного прессования [11]

Изготовление индивидуальных литьевого прессования

Зубной техник нагревает пластинку базисного воска и плотно обжимает его по модели, срезая излишки по отмеренным границам. На ложке моделируется ручка перпендикулярно поверхности ложки. Гипсовая модель гипсуется в кювету. Пластмасса восковых литников. После снятия с модели и обрабатывают головками (рис. 34).

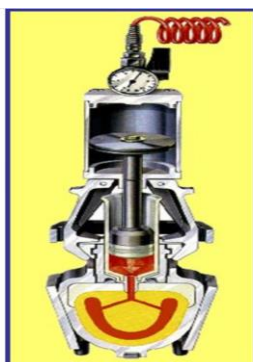


Рис. 34. Изготовление индивидуальных оттисковых ложек методом литьевого прессования [12]

оттисковых ложек методом

пластинку базисного воска и срезая излишки по отмеренным границам. На ложке моделируется ручка перпендикулярно поверхности ложки. Гипсовая модель гипсуется в кювету. Пластмасса восковых литников. После снятия с модели и обрабатывают головками (рис. 34).

Изготовление индивидуальных ложек методом вакуумного прессования

Термопластичный материал фиксируется в рамке нагревателя, рамка начинает опускаться, это включает вакуумный насос, который создает отрицательное давление под пластиной термопластичного материала, в результате чего модель оказывается плотно обжатой пластмассой. Остывшую индивидуальную оттискную ложку снимают с гипсовой модели и подрезают согласно границам базиса полного съемного протеза фрезами и карборундовыми головками (рис. 35).



Рис. 35. Изготовление индивидуальных оттискных ложек методом вакуумного прессования

Изготовление индивидуальных оттискных ложек из стандартных светоотверждаемых материалов

Зубной техник обжимает стандартную пластину светоотверждаемого материала по гипсовым моделям, подрезает излишки материала согласно очерченным границам базиса протеза и полимеризует изготовленную конструкцию в специальном блоке.

Изготовление индивидуальной ложки из пластмассы холодной химической полимеризации

Минимум манипуляций:

- очерчивание границ базиса протеза согласно анатомическим ориентирам;
- замешивание пластмассы холодной химической полимеризации;
- анализ последовательно протекающих фаз созревания пластмассы холодной химической полимеризации;
- моделирование индивидуальной ложки на гипсовой модели из пластмассового теста;
- механическая обработка готовой индивидуальной ложки;
- анализ ошибок, возникших при изготовлении индивидуальных ложек.

ЗАНЯТИЕ 4

ПРИПАСОВКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОТТИСКНЫХ ЛОЖЕК. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА

Цель занятия: ознакомить студентов стоматологического факультета с методами стабилизации индивидуальных ложек в полости рта пациентов с полным отсутствием зубов.

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний

1. Анатомические особенности беззубых челюстей, значимые для построения границ базисов полных съемных протезов для верхней и нижней челюсти.
2. Топография границы полного съемного протеза для верхней челюсти.
3. Топография границы полного съемного протеза для нижней челюсти.
4. Характеристика, показания, достоинства и недостатки применения силиконовых оттискных материалов. Особенности применения силиконовых материалов пролонгированного действия.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Последовательность припасовки индивидуальной оттискной ложки по Гербсту для верхней беззубой челюсти.
2. Последовательность припасовки индивидуальной оттискной ложки по Гербсту для нижней беззубой челюсти.

3. Показания и методика проведения уточнения границ базисов полных съемных протезов.

Содержание занятия

В ортопедической стоматологии наиболее часто применяется припасовка индивидуальных оттисковых ложек на беззубые челюсти по методике Гербста. Суть данной методики в том, чтобы добиться устойчивости индивидуальной оттисковой ложки в полости рта пациента, при различных физиологических движениях. Стабилизация индивидуальной оттисковой ложки достигается путем последовательного уточнения ее границ.

Все пробы Гербста проводятся при полуоткрытом рте и с уменьшенной амплитудой движения.

Припасовка индивидуальных ложек в полости рта пациентов с полным отсутствием зубов
Минимум манипуляций.

ПРИПАСОВКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ.

Припасовку верхней индивидуальной оттисковой ложки начинают с уточнения границ. Граница базиса протеза на верхней челюсти проходит с вестибулярной стороны, обходя уздечки и слизистые тяжи, а сзади, перекрывая верхнечелюстные бугры и слепые отверстия на 1–2 мм, проходит по линии «А». Ложка накладывается на челюсть, проверяется её фиксация, а затем пациента просят производить различные функциональные движения.

1. Проглатывание слюны.

В случае опрокидывания ложки обрабатывается задняя поверхность по линии «А» (рис. 36).

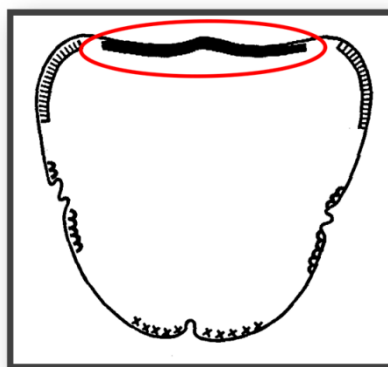


Рис. 36. Пробы Гербста для верхней челюсти.
Проглатывание слюны [9]

2. Широкое открывание рта.

Нарушение фиксации ложки вызвано удлинением границ в позадимоларной области снаружи (рис. 37).

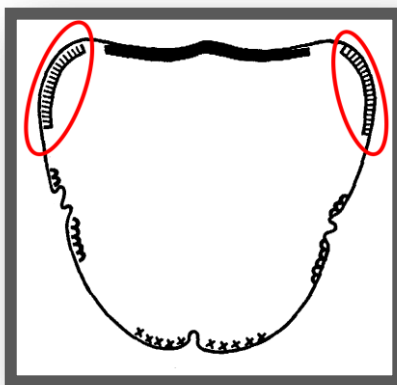


Рис. 37. Пробы Гербста для верхней челюсти.
Широкое открывание рта [9]

3. Втягивание щек.

Выявляет удлинение границ ложки с вестибулярной стороны в области премоляров (рис. 38).

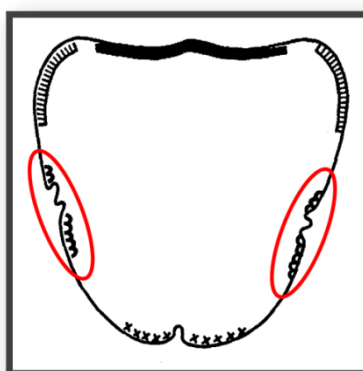


Рис. 38. Пробы Гербста для верхней челюсти.
Втягивание щек [9]

4. Вытягивание губ.

Выявляет удлинение границ ложки с вестибулярной стороны в области уздечки (рис. 39).

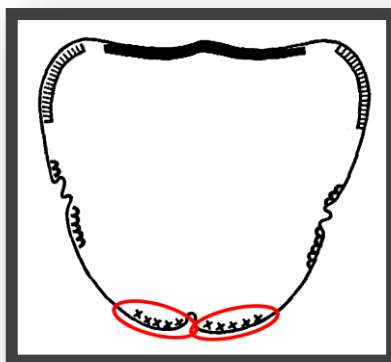


Рис. 33. Пробы Гербста для верхней челюсти.
Вытягивание губ трубочкой [9]

ПРИПАСОВКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

Ложка накладывается на нижнюю челюсть, затем проверяется ее фиксация, припасовываются ее края с учетом функциональных проб Гербста.

1. Проглатывание слюны.

Если ложка сбрасывается при глотании, необходимо укоротить ее край позади нижнечелюстного бугорка с внутренней стороны до челюстно-подъязычной линии (рис. 40).

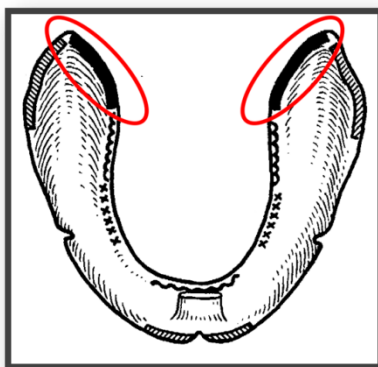


Рис. 40. Пробы Гербста для нижней челюсти. Проглатывание слюны [9]

2. Широкое открывание рта.

Если ложка поднимается сзади при открывании рта, нужно укоротить ее край с вестибулярной стороны от нижнечелюстного бугорка до места расположения первого моляра.

Если индивидуальная оттисковая ложка поднимается впереди, то ее укорачивают с вестибулярной стороны от клыка до клыка (рис. 41).

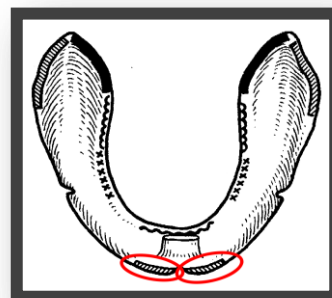
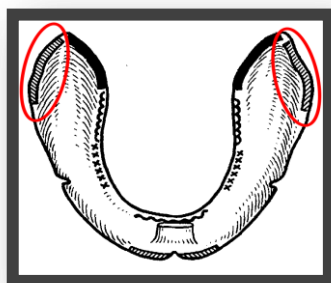


Рис. 41. Пробы Гербста для нижней челюсти. Широкое открывание рта [9]

3. Проведение кончиком языка по красной кайме нижней губы.

Если ложка поднимается, то край ее укорачивается вдоль челюстно-подъязычной линии (внутренней косой линии) (рис. 42).

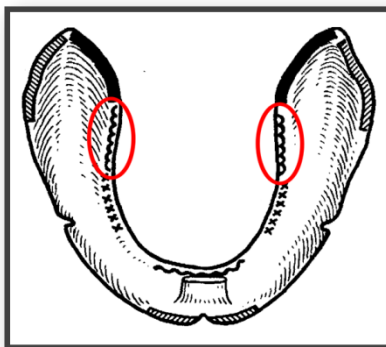


Рис. 42. Пробы Гербста для нижней челюсти.

Проведение кончиком языка по красной кайме нижней губы [9]

4. Дотрагивание кончиком языка до щеки при полузакрытом рте.
Ложку укорачивают с внутренней стороны в области премоляров (рис. 43).

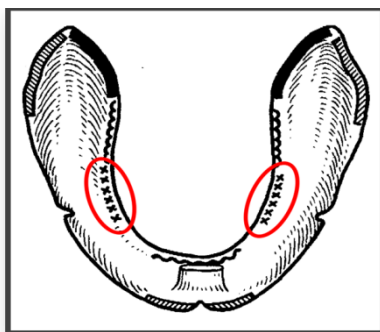


Рис. 43. Пробы Гербста для нижней челюсти.

Дотрагивание кончиком языка до щеки при полузакрытом рте [9]

5. Вытягивание языка по направлению к кончику носа.
Исправления выполняют в области уздечки языка, вдоль расположения передних зубов (рис. 44).

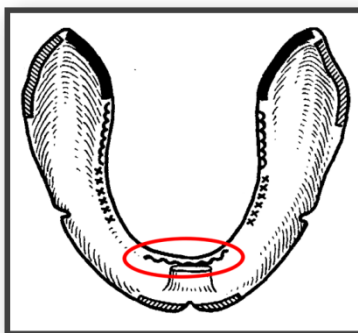


Рис. 44. Пробы Гербста для нижней челюсти. Вытягивание языка по направлению к кончику носа [9]

6. Вытягивание губ трубочкой.
Если ложка поднимается, нужно укоротить её наружный край между клыками (рис. 45).

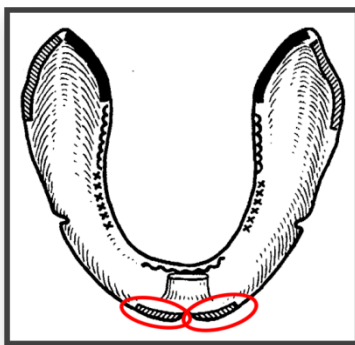


Рис. 45. Пробы Гербста для нижней челюсти. Вытягивание губ трубочкой [9]

7. Активные движения мимической мускулатурой.

Если ложка сбрасывается, то укорачивают ложку с вестибулярной стороны в области премоляров (рис. 46).

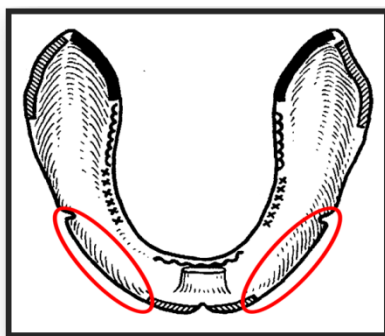


Рис. 46. Пробы Гербста для нижней челюсти.
Активные движения мимической мускулатурой [9]

Для уточнения границ индивидуальной оттисковой ложки применяют метод формирования бортов ложки. Для этой цели края индивидуальной оттисковой ложки, припасованной согласно методике Гербста, удлиняют термопластичной массой или силиконовым оттискным материалом пролонгированного действия. Вводят оттискную ложку в полость рта и последовательно проводят вышеперечисленные функциональные пробы. После полимеризации материала оттискную ложку аккуратно выводят из полости рта.

ЗАНЯТИЕ 5

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТТИСКИ, КЛАССИФИКАЦИЯ.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ.

ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА. МЕТОДИКА ПОЛУЧЕНИЯ РАЗГРУЖАЮЩИХ, КОМПРЕССИОННЫХ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ОТТИСКОВ

Цель занятия: обучить студентов стоматологического факультета методам получения функциональных оттисков.

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний:

1. Характеристика, показания для применения силиконовых оттискных материалов. Особенности их применения при протезировании пациентов с полным отсутствием зубов.
2. Характеристика, показания для применения термопластичных оттискных материалов. Особенности их применения при протезировании пациентов с полным отсутствием зубов.
3. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа беззубых челюстей. Классификация типов слизистой оболочки протезного ложа по Суппли.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия «Функциональный отпечаток».

2. Классификация оттисков по Е.И. Гаврилову.
3. Классификация функциональных оттисков.
4. Определение понятия «Компрессионный функциональный оттиск». Показания для его применения. Техника получения. Оттискные материалы для его получения.
5. Определение понятия «Декомпрессионный функциональный оттиск». Показания для его применения. Техника получения. Оттискные материалы для его получения.
6. Определение понятия «Дифференцированный функциональный оттиск». Показания для его применения. Техника получения. Оттискные материалы для его получения.

Содержание занятия

После тщательной припасовки индивидуальной оттисковой ложки приступают к получению функционального оттиска. Основным критерием выбора вида функционального оттиска являются особенности строения и функционального состояния слизистой оболочки протезного ложа, которое оценивается согласно классификации Суппле и предполагает планирование рационального распределения жевательной нагрузки под базисом полного съемного протеза (табл. 2).

Таблица 2

Методика получения анатомического оттиска.

Минимум манипуляций

Вид функциональных оттисков	Разгружающий	Компрессионный	Дифференцированный
Показания	Слизистая оболочка истонченная, без подслизистого слоя, сухая. Суппле 2, 4	Слизистая оболочка плотная, хорошо податливая, влажная. Суппле 1,3	1. Слизистая оболочка на отдельных участках истонченная, на других – плотная податливая. Суппле 1-4. 2. Наличие экзостозов, болезненные места выходов сосудов и нервов
Вид индивидуальной ложки	Перфорированная в участках истончения слизистой оболочки	Жесткая, без перфорации	Перфорированная в местах костных выступов и болезненной пальпации
Консистенция слепочной массы	Пластичная, жидкотекучая	Не пластичная, не текучая	В участках, которые необходимо разгрузить, – как в 1-м случае, а которые надо нагрузить, – как во 2-м случае

Функциональный оттиск – это оттиск, детально отображающий рельеф тканей протезного ложа во время всех физиологических функций.

Функциональные оттиски классифицируют на компрессионные, декомпрессионные и дифференцированные.

Компрессионные функциональные оттиски (по Е.И. Гаврилову) снимают под непрерывным давлением, обеспечивающим сдавливание сосудов слизистой оболочки твердого нёба и их опорожнение. Для получения компрессионного оттиска необходимо соблюдать определенные

условия: во-первых, следует использовать твердую, неперфорированную ложку; во-вторых, для снятия оттиска нужно применять только термопластическую массу; в-третьих, компрессия должна быть непрерывной и прекращаться лишь после того, как масса затвердеет. Непрерывность можно обеспечить усилием рук врача (произвольное давление) или давлением мышц, поднимающих нижнюю челюсть (жевательное давление). Для этой цели к индивидуальным ложкам приделывают окклюзионные валики (рис. 47).

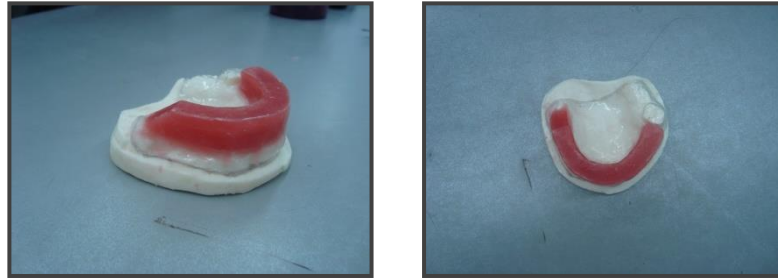


Рис. 47. Изготовление индивидуальных ложек с окклюзионными валиками

Декомпрессионные функциональные оттиски (Г.Б. Брахман, 1940; М.Л. Соломонов, 1960) получают без давления на ткани протезного ложа. Слизистая оболочка оформляется в состоянии покоя. Согласно принципам декомпрессионного оттиска, слепочный материал должен отражать без искажения каждую деталь слизистой оболочки полости рта, так чтобы рельеф базиса протеза до мельчайших деталей соответствовал структуре поверхности слизистой оболочки протезного поля. Оттиск, получаемый с помощью перфорированной индивидуальной ложки жидким оттискным материалом, обеспечивает именно такое воспроизведение рельефа поверхностей тканей протезного поля. Фиксация протезов, изготовленных по декомпрессионным оттискам, сравнительно слабая. Эти оттиски используют по определенным показаниям: при значительной или полной атрофии альвеолярных отростков и слизистой оболочки (второй класс по Суппле), а также при ее повышенной чувствительности (четвертый класс по Суппле).

Дифференцированный оттиск обеспечивает избирательную нагрузку на отдельные участки протезного поля в зависимости от их функциональной выносливости. После снятия стандартной оттискной ложкой предварительного оттиска на гипсовой модели очерчивают места будущей декомпрессии, обкладывают эти места тонкой фольгой или заливают тонким слоем воска (рис. 48).

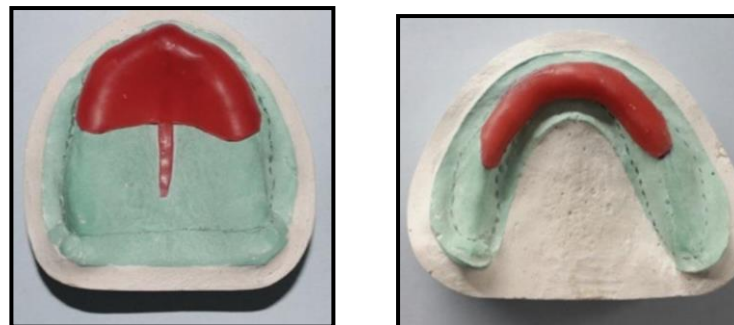


Рис. 48. Дифференцированные функциональные оттиски. Предварительная подготовка гипсовых моделей [7]

Получение дифференцированного оттиска проводят в два этапа. На предварительно припасованную индивидуальную ложку наносят плотный оттискный материал и под давлением получают оттиск со всего протезного ложа. Затем оттиск выводят из полости рта, оценивают, острым скальпелем удаляют оттискный материал в местах, подлежащих разгрузке. В индивидуальной оттискной ложке в этих же местах фрезой делают перфорации, необходимые для удаления избытка оттискного материала в местах декомпрессии. Затем на имеющийся компрессионный оттиск в места

разгрузки наносят жидкотекучий материал, вводят оттискную ложку в полость рта и снимают оттиск под тем же давлением.

Методика получения дифференцированного оттиска показана при всех типах слизистой оболочки (рис. 49).

По полученному дифференцированному оттиску отливается рабочая гипсовая модель, на которую наносятся уточненные границы базиса (рис. 50).

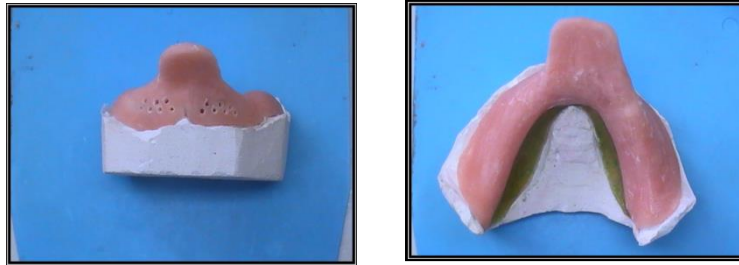


Рис. 49. Дифференцированные функциональные оттиски.
Подготовка индивидуальных оттискных ложек

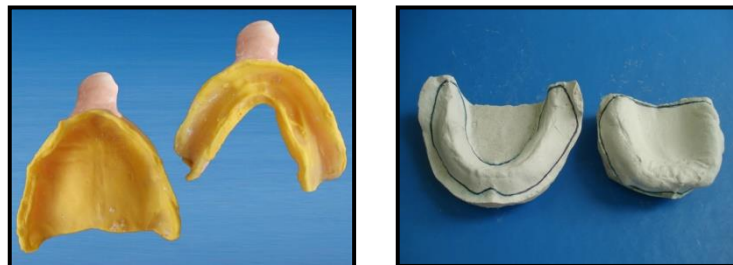


Рис. 50. Изготовление рабочей модели.
Нанесение границ базисов протезов

ЗАНЯТИЕ 6

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Цель занятия: научить студентов стоматологического факультета методике определения центрального соотношения беззубых челюстей.

Демонстрация ассистентом:

1. Определения высоты верхнего окклюзионного валика.
2. Приемов формирования вестибулярного овала верхнего окклюзионного валика.
3. Принципов формирования протетической плоскости верхнего окклюзионного валика.
4. Принципов припасовки нижнего окклюзионного валика к верхнему.
5. Методов определения высоты нижней трети лица.
6. Методов определения межальвеолярной высоты.
7. Приемов фиксации центрального соотношения беззубых челюстей.
8. Нанесение клинических ориентиров для подбора формы, размеров.
9. Выбор цвета искусственных зубов.

Демонстрация зубным техником-лаборантом:

1. Техники гипсовки рабочих моделей в окклюдатор.
2. Техники гипсовки рабочих моделей в средне-анатомический артикулятор.
3. Техники постановки искусственного зубного ряда по стеклу.
4. Техники постановки искусственного зубного ряда по индивидуальным окклюзионным поверхностям.

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний:

1. Определение понятия «Артикуляция».
2. Определение понятия «Окклюзия».
3. Определение понятия «Прикус». Классификация.
4. Характерные признаки центральной окклюзии при различных видах прикуса.
5. Принципы определения центрального соотношения челюстей при различных видах дефектов зубных рядов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Последовательность определения центрального соотношения беззубых челюстей.
2. Анатомический метод определения высоты нижнего отдела лица.
3. Антропометрический метод определения высоты нижнего отдела лица.
4. Анатомо-физиологический метод определения высоты нижнего отдела лица.
5. Методы определения состояния относительного физиологического покоя нижней беззубой челюсти.
6. Требования, предъявляемые к окклюзионным валикам, применяемым для определения центрального соотношения беззубых челюстей.
7. Правила подбора искусственных зубов.

Содержание занятия

Определение центрального соотношения беззубых челюстей один из основных клинических этапов, на котором врач создает условия для правильного конструирования зубных рядов и полных съемных протезов в целом. Он включает в себя следующие стадии:

- оформление вестибулярного овала верхнего окклюзионного валика;
- определение высоты верхнего окклюзионного валика во фронтальном отделе;
- определение окклюзионной плоскости;
- определение межальвеолярной высоты;
- определение и фиксация центрального соотношения беззубых челюстей;
- нанесение на вестибулярную поверхность окклюзионных валиков анатомических ориентиров

Для начала необходимо проверить качество подготовленных восковых базисов с окклюзионными валиками, к которым предъявляют следующие требования:

- базисы должны плотно прилегать к моделям округлыми краями на всем их протяжении;

- высота окклюзионных валиков должна быть 2 см;
- ширина окклюзионных валиков 8–10 мм;
- верхний окклюзионный валик должен быть срезан на уровне вторых моляров под углом 45°;
- должна присутствовать присасываемость восковых базисов, без признаков балансировки.

Оформление вестибулярного валика. Восковый базис с полость рта и определяют должна быть напряжена или вокруг рта должны разгладиться. Коррекцию валика производят воска на вестибулярную

Определение высоты верхнего фронтального отдела. Край валика нижнего края верхней губы при при открытом. Необходимо окклюзионного валика может располагаться, по желанию или быть существенно ниже (рис.



Рис. 51. Оформление вестибулярного овала верхнего окклюзионного валика

овала верхнего окклюзионного окклюзионными валиками вводят в положение верхней губы – она не западать, вертикальные морщины носогубные складки расправиться. путем срезания или наслоения поверхность (рис. 51).

окклюзионного валика во должен находиться на уровне закрытом рте и выступать на 1,5 мм отметить, что высота верхнего определяется индивидуально: она пациента, на уровне нижнего края

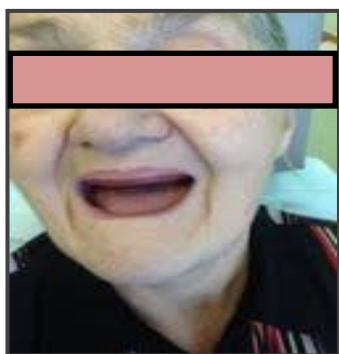


Рис. 52. Определение высоты верхнего окклюзионного валика

Формирование окклюзионной плоскости. Для этого на валике во фронтальном отделе создают плоскость, параллельную зрачковой линии. В боковом отделе формируемая плоскость должна быть параллельна носоушной линии. В практике ортопедической стоматологии для наглядного формирования протетической плоскости используют аппарат Ларина или его модификации (рис. 53).

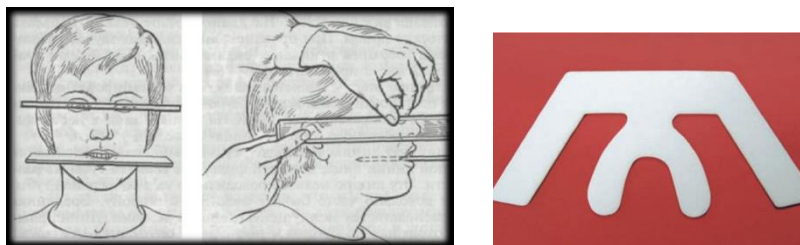


Рис. 53. Оформление окклюзионной плоскости верхнего окклюзионного валика [9]

Припасовка нижнего окклюзионного валика к верхнему. Окклюзионные валики должны одновременно и плотно соприкасаться между собой без зазоров и щелей как в сагитальном, так и в трансверзальном направлениях. Щечные поверхности окклюзионных валиков должны находиться в одной плоскости. Возможные исправления проводятся только на нижнем окклюзионном валике, поскольку протетическая плоскость верхнего валика уже сформирована и подготовлена к постановке зубов.

Определение межальвеолярной высоты

Анатомический метод определения высоты нижнего отдела лица основан на восстановлении правильной конфигурации лица протезируемого. Гизи и Келлер (Kehler) рекомендуют для определения высоты прикуса пользоваться следующими анатомическими признаками, обеспечивающими эстетический оптимум лица: губы, не западают, спокойно, без напряжения соприкасаются друг с другом на всем протяжении; носогубные складки ясно выражены, углы рта приподняты; круговая мышца рта свободно функционирует.

Анатомический метод является весьма субъективным, поэтому в клинике в настоящее время используется антропометрический и анатомо-физиологический методы определения высоты нижнего отдела лица.

Антропометрический метод определения высоты нижнего отдела лица основан на данных о пропорциональности отдельных частей лица.

Метод Юпитца основан на принципе золотого сечения. Нахождение подобных точек связано со сложными математическими вычислениями. Решение задачи существенно облегчается, если использовать циркуль Герингера, который определяет точку золотого сечения. Он состоит из двух частей: одна составляет большой циркуль, другая – малый.

Юпитц предложил, что если установить большой циркуль одной ножкой на подбородочный бугор, а другой – на кончик носа, при максимально раскрытом рте, то средняя ножка должна установиться на нижнем крае верхних зубов (нижнем крае верхнего окклюзионного валика). Зафиксировав положение трех ножек и попросив пациента закрыть рот, устанавливаем циркуль Герингера средней ножкой на кончик носа, нижняя ножка должна установиться на подбородочный бугор (рис. 54).

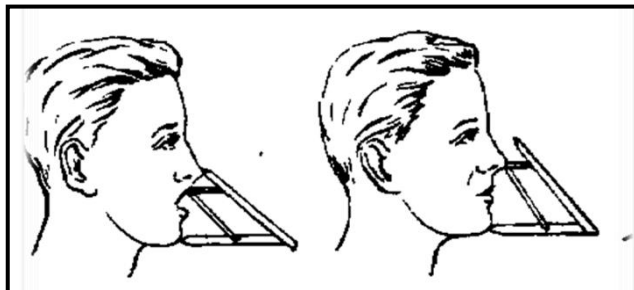


Рис. 54. Антропометрический метод определения высоты нижнего отдела лица [9]

Метод Водсворта – Уайта, основанный на равенстве расстояний от середины зрачков до линии смыкания губ и от основания перегородки носа до нижней части подбородка (рис. 55).

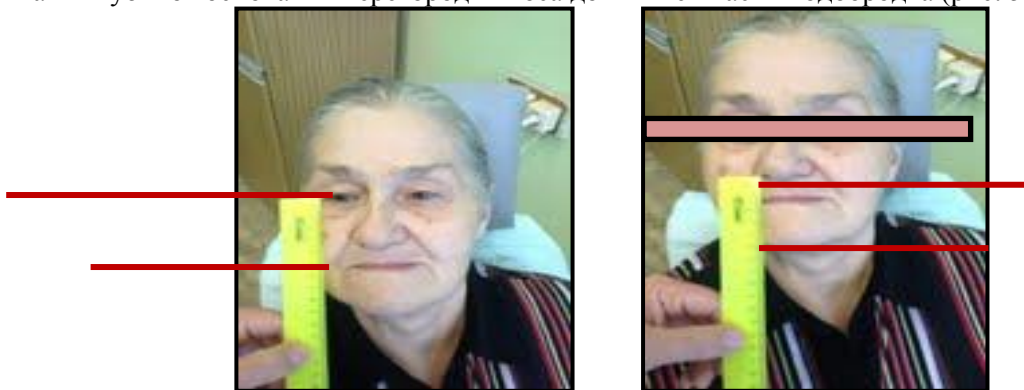


Рис. 55. Антропометрический метод определения высоты нижнего отдела лица

Метод Канторовича основан на делении лица на три равные части: от линии роста волос до середины линии надбровных дуг, от середины линии надбровных дуг до кончика носа, от кончика носа до нижней части подбородка.

Анатомо-физиологический метод определения высоты нижнего отдела лица. Пациента вовлекают в непродолжительный разговор на отвлечённые темы. По окончании разговора нижняя челюсть устанавливается в положении покоя. Спокойное, ненапряженное состояние мускулатуры челюстно-лицевой области называют состоянием физиологического покоя. Оно характеризуется наличием просвета между зубами в пределах 2–3 мм. В таком положении врач измеряет расстояние между двумя точками: у основания перегородки носа и на выступающей части подбородка. Это расстояние является важным и фиксируется отметкой на линейке. Затем вводят в полость рта верхний и нижний окклюзионные валики и добиваются того, чтобы при сомкнутых валиках расстояние между двумя точками (у основания перегородки носа и на выступающей части подбородка) было меньше отмеренного на 2–3 мм.

Правильность определения межальвеолярной высоты можно проверить разговорной пробой. Пациента просят произнести несколько звуков (о, и, з, п, ф) и следят за степенью разобщения прикусных валиков. При правильно определённой межальвеолярной высоте это разобщение должно быть 5–6 мм (рис. 56).

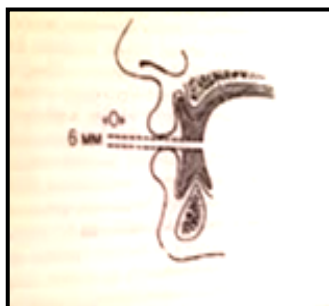


Рис. 56. Анатомо-физиологический метод определения высоты нижнего отдела лица [1]

Фиксация окклюзионных валиков друг к другу. Для установки нижней челюсти в положении центральной окклюзии голову пациента несколько запрокидывают назад, после чего просят пациента коснуться кончиком языка задних отделов твердого неба и одновременно сделать глотательное движение. Этот прием обеспечивает установку нижней челюсти в положении центральной окклюзии. На окклюзионной поверхности верхнего валика, в области премоляров моляров делают непараллельные клиновидные насечки. На нижнем окклюзионном валике симметрично укладывают разогретый воск. Вводят шаблоны в полость рта и просят пациента сомкнуть челюсти по описанной выше методике.

Нанесение ориентировочных линий для постановки шести передних зубов. Средняя линия – это воображаемая линия, проходящая между центральными резцами. Она наносится следующим образом: от волосистой части головы опускается строго вниз посередине лица. Линия клыков – это линии, проходящие по оси клыков, соответствуют крыльям носа. Линию шеек передних зубов или линию улыбки проводят по границе с красной каймой верхней и нижней губ при улыбке (рис. 57).

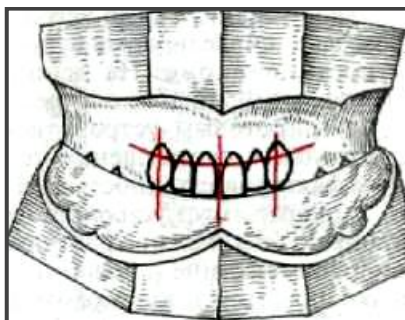


Рис. 57. Определение центрального соотношения беззубых челюстей.
Нанесение клинических ориентиров [1]

Соединенные шаблоны выводят из полости рта, накладывают на гипсовые модели и отправляют в зуботехническую лабораторию для постановки зубов.

Подбор искусственных зубов. Эстетический критерий, на котором основывается постановка искусственных зубов в полных съемных протезах, вошел в литературу под названием «триада Нельсона», согласно которой форма зубов и зубных дуг должна соответствовать форме лица. В результате многочисленных измерений на черепах людей разных рас было определено три типа лица: треугольный, квадратный и округлый. Исходя из этого современной промышленностью выпускается три типа зубов (рис. 58).

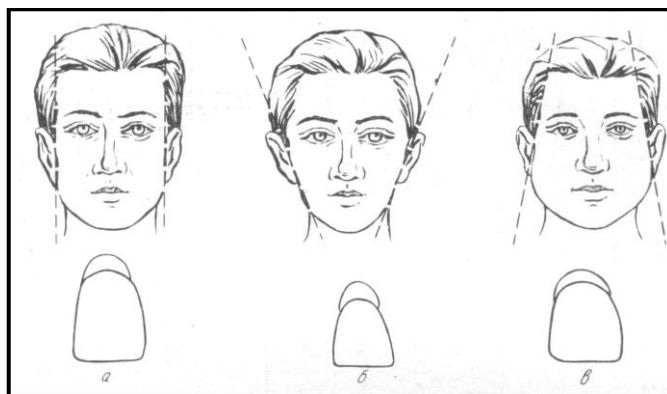


Рис. 58. Типы лица и форма зубов [9]

ЗАНЯТИЕ 7

ПРАВИЛА И МЕТОДЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Цель занятия: научить студентов стоматологического факультета основным положениям законов артикуляции и возможности их использования при конструировании полных съемных зубных протезов.

Демонстрация ассистентом:

Записи движений нижней челюсти (демонстрация видеофильма).

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний:

1. Биомеханика зубочелюстной системы. Вертикальные движения нижней челюсти.
2. Биомеханика зубочелюстной системы. Сагиттальные движения нижней челюсти.
3. Биомеханика зубочелюстной системы. Трансверзальные движения нижней челюсти.
4. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Правила постановки зубов по стеклу в шарнирном окклюдаторе.

2. Анатомическая постановка искусственных зубов в среднеанатомическом артикуляторе.
3. Правила постановки зубов по сферическим поверхностям.
4. Правила постановки зубов по индивидуальным окклюзионным поверхностям.
5. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти.

Содержание занятия

После проведения клинического этапа – определение центрального соотношения беззубых челюстей, следует лабораторный этап – конструирование искусственных зубных рядов. В настоящее время постановку искусственных зубов производят следующими способами:

- в шарнирном артикуляторе или окклюдаторе по стеклу;
- в шарнирном артикуляторе или окклюдаторе по сферическим поверхностям;
- в шарнирном окклюдаторе по индивидуальным окклюзионным поверхностям;
- в шарнирном артикуляторе или окклюдаторе по сферическим поверхностям;
- в средне анатомическом артикуляторе после внутри ротовой записи движений нижней челюсти.

Постановка зубов в шарнирном окклюдаторе

После заливки моделей в окклюдатор, к окклюзионной поверхности верхнего валика приклеивают пластинку из стекла. С окклюзионной поверхности нижнего валика срезают слой воска, равный толщине стекла и переклеивают стекло на нижний окклюзионный валик. Верхние зубы располагаются по отношению к поверхности стекла следующим образом:

- центральные резцы касаются поверхности стекла;
- боковые резцы несколько наклонены к центру и отстают от поверхности стекла на 0,5 мм;
- клыки режущими буграми касаются стекла;
- первые премоляры щечным бугром касаются стекла, небным отстают от стекла на 1,0 мм;
- вторые премоляры касаются плоскости стекла обоими буграми;
- первые моляры касаются стекла переднебным бугром, остальные отстоят от стекла на различном расстоянии: переднещечный – на 0,5 мм, заднещечный – на 1,5 мм, заднебный – на 1,0 мм;
- вторые моляры – не соприкасаются с поверхностью стекла, задние бугры отстоят от него на 2–2,5 мм.

Закончив постановку зубов на верхней челюсти, с нижнего воскового валика снимают стекло и приступают к постановке зубов на нижней челюсти. Расстановку зубов на нижней челюсти начинают с постановки вторых премоляров, затем ставят первый и второй моляры и первые премоляры. Закончив постановку боковой группы зубов, устанавливают фронтальные зубы: резцы и клыки.

Постановка зубов при прогеническом соотношении беззубых челюстей

При умеренном прогеническом соотношении фронтальные зубы ставят в прямом смыкании или по правилам ортогнатического прикуса, расширяя верхнюю зубную дугу и сужая нижнюю, а жевательные зубы – таким образом, что *нижние* перекрывают *верхние*. Для этого нижние правые жевательные зубы ставят на верхней челюсти слева, а нижние левые жевательные зубы ставят на верхнюю челюсть справа. Зубы верхней челюсти ставят с аналогичным перекрестом на нижнюю челюсть. При резко выраженной прогении фронтальные зубы устанавливают в прогеническом соотношении с сохранением контакта во фронтальном отделе. Верхний зубной ряд укорачивают на два верхних премоляра.

Постановка зубов при прогнатическом соотношении беззубых челюстей имеет некоторые особенности – сокращается длина нижнего зубного ряда на два премоляра. В остальном постановка зубов производится по обычным правилам.

Постановка зубов при прямом соотношении беззубых челюстей

При конструировании зубов по ортогнатическому прикусу приходится несколько расширить верхний зубной ряд и слегка сошлифовать губную поверхность нижних фронтальных зубов для создания минимального перекрытия верхними фронтальными зубами.

Постановка зубов по сферическим поверхностям

Сферическая теория артикуляции базируется на сагиттальном искривлении зубных рядов. В результате проведенных клинических исследований установлено, что поверхностное контактирование между окклюзионными валиками при различных перетирающих движениях нижней челюсти возможно, если окклюзионным поверхностям валиков придать сферическую форму, причем

для каждого больного существует целый ряд диапазонов сферических поверхностей, обеспечивающих контакты между валиками. В качестве средней определена сферическая поверхность радиусом, равным 9 см.

Для оформления окклюзионных поверхностей на восковых валиках и определения правильной протетической сферической поверхности предложено специальное устройство, состоящее из внеротовой лицевой дуги-линейки и внутриротовых съемных формирующих пластинок, фронтальная часть которых плоская, а дистальные отделы имеют сферическую поверхность различных радиусов. Наличие площадки во фронтальном участке формирующей пластинки позволяет производить формирование валиков в соответствии с направлением протетической плоскости. Применение прикусных шаблонов со сферическими окклюзионными поверхностями позволяет проверить контакты между валиками на этапе определения нейтрального соотношения челюстей и использовать выверенные кривые для конструирования искусственных зубных рядов, не требующих коррекции.

Методики постановки. К сферической окклюзионной поверхности верхнего прикусного валика приклеивают сферическую постановочную пластинку. Нижний прикусной валик срезают на толщину пластинки и на нем также устанавливают постановочную пластинку. Расстановку верхних искусственных зубов производят таким образом, чтобы они всеми своими бугорками и режущими краями касались пластинки (исключение составляют 2|2). Зубы необходимо расставлять строго по гребню альвеолярного отростка и с учетом направленности альвеолярных линий. Расстановку нижних искусственных зубов производят по верхним.

Постановка зубов по индивидуальным окклюзионным поверхностям. Методика Ефрона

После определения центрального соотношения челюстей и заливки моделей в окклюдатор проводят постановку зубов на обеих челюстях, а в области жевательных зубов оставляют восковые окклюзионные валики. Вводят окклюзионные шаблоны в полость рта и просят пациента сопоставить зубы в *передней окклюзии*. В образовавшийся клиновидный промежуток с обеих сторон помещают восковый вкладыш. Шаблоны извлекают из рта, охлаждают в воде и вновь вводят в полость рта, предложив пациенту сомкнуть зубы в *центральной окклюзии*. При этом между передними зубами образуется клиновидный просвет для устранения, которого необходимо срезать с верхнего валика (в области жевательных зубов) воск в виде клина. После чего поверхность верхнего валика приобретает выпуклую форму, т.е. создается сагиттальная окклюзионная кривая, по которой ставят жевательные верхние, а затем и нижние зубы.

Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти

При изготовлении функционально полноценных зубных протезов важное место отводится правильной постановке искусственных зубов – созданию множественных контактов между ними при любых перемещениях нижней челюсти.

Конструирование зубных рядов в протезах осуществляется в специальных аппаратах, воспроизводящих в той или иной мере движения нижней челюсти. Аппараты, с помощью которых можно воспроизвести только вертикальные движения нижней челюсти (открытие и закрытие) называют окклюдаторами.

Аппараты, позволяющие воспроизвести всевозможные движения нижней челюсти, называют артикуляторами. Артикуляторы делят на две группы: упрощенные (средние) со средней установкой наклона суставных и резцовых путей; универсальные с индивидуальной установкой наклона суставных и резцовых путей. Они могут быть суставными и безсуставными.

Окклюдаторы состоят из двух проволочных или литых рам, соединенных между собой шарнирно. Нижняя рама изогнута под углом 100–110° и имитирует угол и ветвь нижней челюсти.

В заднем отделе рамы имеется площадка для упора штифта, удерживающего межальвеолярную высоту. Верхняя рама расположена в горизонтальной плоскости и имеет вертикальный оплан? упирающийся в площадку на нижней раме.

Упрощенные артикуляторы. В основу их конструкции положены средние арифметические величины углов перемещения нижней челюсти.

В упрощенном артикуляторе величина угла сагиттального суставного пути равна 33°, бокового суставного пути 15–17°, сагиттального резцового пути – 40° и бокового резцового пути – 120°. Средне анатомический артикулятор Гизи состоит из следующих частей:

- нижней и верхней пластин;
- переднего вертикального штифта;
- муфты с винтом, удерживающим стрелку (указатель центра);

- горизонтального стержня;
- резцовой площадки;
- двух стержней для скрепления верхней муфты и резцовой площадки с пластинами артикулятора;
- пружин.

ЗАНЯТИЕ 8

Принципы припасовки и наложения зубных протезов при полном отсутствии зубов

Цель занятия:

1. Научить студентов правильно проводить проверку восковых конструкций протезов, распознавать ошибки, причины возникновения и их устранение.
2. Ознакомить студентов с правилами припасовки и коррекции полных съемных протезов в полости рта.
3. Освоить правила наложения и адаптации протезов.
4. Освоить правила подачи наставлений пациентам о правилах пользования полными съемными протезами.
5. Ознакомиться с принципами диспансеризации данного контингента больных.

Демонстрация ассистентом:

1. Наиболее часто встречающихся ошибок:
 - неправильное определение высоты нижнего отдела лица;
 - фиксация нижней челюсти со смещением в горизонтальной плоскости;
 - ошибки, вызванные неплотным прилеганием прикусных валиков к протезному ложу;
 - раздавливание базиса или его смещение при фиксации центрального соотношения челюстей.
2. Наложение зубных протезов во рту больного с полным отсутствием зубов.
3. Проверка протезов вне полости рта.
4. Коррекция области уздечек, тяжелой слизистой оболочки.
5. Проверка фиксации протезов.
6. Смыкание зубных рядов в центральной, передней и боковых окклюзиях.
7. Коррекция окклюзионных контактов с помощью копировальной бумаги.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Правила проверки восковой конструкции полного съемного протеза в зуботехнической лаборатории.
2. Правила проверки восковой конструкции полного съемного протеза в клинике.
3. Ошибки в определении межальвеолярной высоты. Признаки. Методы устранения.
4. Ошибки в определении центрального соотношения беззубых челюстей. Признаки. Методы устранения.
5. Правила эстетической постановки зубов.
6. Правила гипсования гипсовой модели с восковой конструкцией полного съемного протеза в кювету обратным методом.
7. Правила наложения полного съемного протеза в полости рта.
8. Правила пользования полным съемным протезом.
9. Правила адаптации к полным съемным протезам.

Содержание занятия

Проверка восковой конструкции протеза в зуботехнической лаборатории

После постановки зубов по одному из перечисленных выше методов зубной техник производит моделирование восковой конструкции протеза. Края воскового базиса должны располагаться по отмеченным границам, иметь толщину, соответствующую краю функционального слепка, быть гладким и закругленным. Толщина воскового базиса должна быть равномерной, поверхность гладкой. Зубы тщательно очищены от воска, в области шеек должен быть отмоделирован небольшой закругленный выступ.

Проверка восковой конструкции протеза в клинике

Проверка конструкции протеза складывается из следующих этапов:

- проверка постановки зубов в окклюдаторе или артикуляторе;
- осмотр моделей челюстей;
- проверка воскового шаблона с зубами в полости рта;

Проводя проверку постановки зубов в артикуляторе или окклюдаторе, обращают внимание на цвет, размер и форму зубов, величину режцового перекрытия (не более 1–2 мм), выраженность бугров жевательных зубов не приветствуется. Также оценивают положение зубов по отношению к альвеолярному гребню. Необходимо соблюдать следующие правила: боковые зубы верхней и нижней челюсти и передние нижние зубы должны находиться строго посередине альвеолярного гребня, $\frac{2}{3}$ коронки верхних передних зубов должны располагаться кнаружи от средней линии альвеолярного гребня, $\frac{1}{3}$ – внутри от нее.

Далее следует оценить все окклюзионные контакты боковых зубов, как с вестибулярной, так и с небной стороны. Если постановка зубов произведена в артикуляторе, то окклюзионные контакты проверяют в передней и боковых окклюзиях.

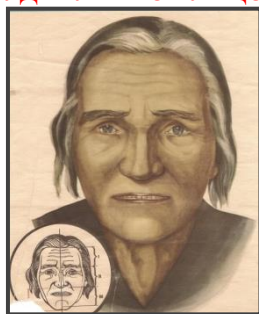
После чего обследуют рабочие модели челюстей. Гипсовые модели не должны иметь трещин, смазанности контуров протезного ложа или дефектов на поверхности.

Восковую конструкцию полного съемного протеза протирают спиртом, вводят в полость рта и контролируют правильность определения межальвеолярной высоты анатомо-физиологическим методом с применением разговорной пробы. При увеличении межальвеолярной высоты следует руководствоваться расположением верхних зубов. При правильном их расположении относительно верхней губы, снижение межальвеолярной высоты производят за счет нижних зубов. Их удаляют, изготавливают нижний окклюзионный валик и повторно определяют центральное соотношение беззубых челюстей и межальвеолярную высоту. Если увеличение межальвеолярной высоты произошло при неправильном определении высоты верхнего окклюзионного валика, то удаление зубов производят с обеих челюстей, изготавливают окклюзионные валики на обе челюсти и производят переопределение центрального соотношения беззубых челюстей и межальвеолярной высоты.

При занижении межальвеолярной высоты, если верхний зубной ряд поставлен правильно, то полоску размягченного воска накладывают на нижний зубной ряд и просят больного сомкнуть зубы до установления нужной высоты. Верхнюю модель отделяют от артикулятора, ставят ее в новое положение и вновь загипсовывают (рис. 59).

ЗАВЫШЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ

«УДИВЛЕННОЕ ЛИЦО»



ЗАНИЖЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ

«СТАРЧЕСКОЕ ЛИЦО»

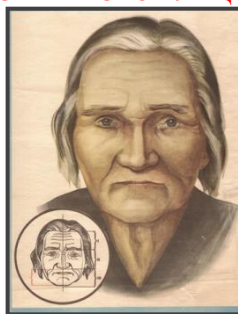


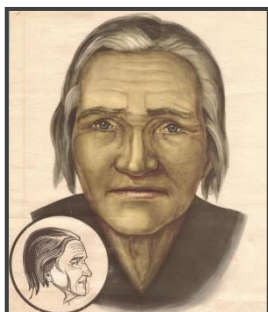
Рис. 59. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов. Ошибки

При проверке центрального соотношения беззубых челюстей также выявляются ошибки. Наиболее частой является выдвижение нижней челюсти вперед. В этом случае при проверке

конструкции в полости рта будет отмечаться прогнатическое соотношение зубных рядов, бугорковое смыкание боковых зубов, увеличение межальвеолярной высоты и щель между передними зубами.

После проверки правильности определения высоты нижнего отдела лица и центральной окклюзии контролируют плотность контактов искусственных зубов. Если между отдельными антагонизирующими зубами отсутствуют контакты, то их восстанавливают. Возможно также появление щели между всеми боковыми зубами или между боковыми зубами только, с одной стороны. Это легко выявляется при попытке ввести между зубами шпатель. Щель между боковыми зубами с одной или двух сторон возникает вследствие опрокидывания воскового базиса с одной стороны или отвисания его на верхней челюсти сзади. Для устранения этого недостатка берут размягченную пластинку воска, помещают ее на зубы с той стороны, где обнаружена щель, и просят пациента сомкнуть зубы. По восковому отпечатку соединяют верхнюю гипсовую модель, ранее отделенную от окклюдатора с нижней, и снова загипсовывают ее в окклюдатор (рис. 60).

СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРЕД



СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ

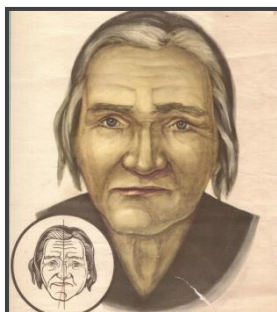


Рис. 60. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов. Ошибки

При проверке конструкции протеза не следует забывать об эстетике. Нужно тщательно проверить выставление режущих краев передних зубов из-под верхней губы при разговоре, улыбке, а также положение клыков по отношению к углам рта, линия между центральными резцами верхнего и нижнего зубных рядов должна находиться в одной плоскости, совпадая со средней линией лица. Смещение ее в ту или иную сторону делает улыбку некрасивой. Проверяют такое соответствие размера, фасона зубов типу лица. С возрастом зубы темнеют, поэтому пожилым людям следует ставить более темные зубы. Молочно-белые зубы у пожилого человека сразу вызывают сомнение в их природе.

Проверка конструкции протеза заканчивается уточнением границ протезного ложа на модели. Нёбный валик, костные выступы альвеолярного отростка подлежат покрытию изоляционной фольгой для исключения их контакта с базисом протеза.

После завершения окончательной моделировки восковой репродукции протеза гипсовые модели отбивают от рамы окклюдатора и гипсуют в кювету обратным способом. Модель погружают в воду на несколько минут. Замешивают гипс и заполняют им верхнюю часть кюветы, в которую погружают модель так, чтобы зубы и искусственная десна возвышались над бортом кюветы. Загипсовывают только гипсовую модель, а десна, зубы, нёбная поверхность базиса остаются свободными от гипса. Гипс сглаживают на уровне бортов кюветы и помещают на несколько минут в холодную воду. Нижнюю часть кюветы накладывают на верхнюю, предварительно сняв с основания кюветы дно. Замешивают гипс и заполняют кювету до верха. Кювету закрывают дном и ставят под пресс для устранения излишков гипса.

Кювету погружают в кипящую воду на 5–10 минут для расплавления воска, после чего кювету извлекают из кипящей воды, разъединяют на две половины, смывают кипящей водой остатки базисного воска и высушивают. Для предупреждения соединения пластмассы с гипсом модели покрывают слоем изоляционного лака.

Пластмассовое тесто готовят в фарфоровой посуде, насыпав туда определенное количество порошка (полимера) и увлажнив его жидкостью (мономером). Перемешав порошок и жидкость,

накрывают стакан крышкой и выдерживают пластмассу до полного созревания. Чистыми руками берут необходимое количество пластмассы, находящейся в тестообразной стадии созревания, придав соответствующую форму, располагают в кювету, соединяют половинки кюветы и прессуют до выхода излишков пластмассы. Затем укрепляют кювету в металлической раме – бюгеле и опускают в воду для последующей полимеризации.

По окончании процесса полимеризации производят механическую обработку протеза: отделку, шлифовку и полировку.

Наложение полного съемного протеза в полости рта

После получения протеза из зуботехнической лаборатории его следует тщательно осмотреть. На поверхности протеза не должно быть выступов, шероховатостей и цветовых разводов. Устойчивость протезов проверяют поочередным надавливанием пальцев на передние и боковые зубы. Удерживающую силу в области мягкого нёба проверяют, отклоняя режущие края зубов протеза на верхней челюсти в вестибулярном направлении; на нижней челюсти таким же приемом определяют степень фиксации базиса в дистальных отделах, попеременно с правой и левой стороны.

Кроме движений, выполняемых врачом, пациент выполняет движения языком и мимической мускулатурой в целях выявления возможного смещения полных съемных протезов.

Проверку равномерности смыкания зубных рядов, имеющей важное значения для равномерного распределения жевательного давления, производят сначала в положении центральной окклюзии, затем в боковых и передней окклюзиях.

После наложения полного съемного протеза следующий прием пациента назначается в ближайшие три дня, затем один раз в неделю и далее по показаниям. Врач продолжает наблюдение до тех пор, пока не убедится в наступлении адаптации к протезу. Это Е.И. Гаврилов (1978) называет принципом законченности лечения.

Результаты ортопедической стоматологической реабилитации пациентов с полным отсутствием зубов можно назвать положительными или отрицательными в зависимости от следующих факторов:

- субъективной оценки протезов пациентами;
- степени фиксации и стабилизации протезов;
- соблюдения эстетических норм;
- чистоты речи;
- возможности употребления разнообразной пищи.

Тому, кто получает полный съемный протез, рекомендуется сразу после наложения полного съемного протеза выпить горячего чая или кофе с сахаром. Это вызывает разрыхление слизистой оболочки полости рта и позволяет краям протеза глубже в нее погрузиться. Слизистая оболочка плотно охватывает края протеза, прилегает к ним, способствуя более стойкой фиксации.

В течении первых суток пищу следует принимать мягкую, желательно протертую. После приема пищи протезы следует снять и промыть, рот прополоскать.

Для восстановления дикции рекомендуется больше разговаривать и читать вслух.

ЗАНЯТИЕ 9

ПОЛНЫЕ СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ С ДВУХСЛОЙНЫМ БАЗИСОМ

Цель занятия: изучить особенности применения полных съемных протезов с двухслойным базисом.

Демонстрация ассистентом:

1. Моделей беззубых челюстей пациентов, которым показано изготовление двухслойных базисов.
2. Проводит анализ показаний, отмечая, что помимо неблагоприятных анатомических особенностей тканей протезного ложа имеет значение и болевая чувствительность слизистой оболочки, хронические заболевания слизистой оболочки.

Демонстрация зубным техником-лаборантом:

Особенностей гипсовки моделей беззубых челюстей с восковыми конструкциями полных съемных протезов для дальнейшей одномоментной полимеризации базисной акриловой и мягкой подкладочной пластмасс.

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний:

1. Анатомо-топографические особенности строения беззубых челюстей.
2. Экзостозы. Определение. Топография.
3. Классификация слизистой оболочки согласно классификации Суппли.
4. Степень податливости слизистой оболочки.
5. Эластичные пластмассы. Состав. Свойства. Показания к применению.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Показания к применению в комбинированных базисах зубных протезов эластичной пластмассы.
2. Методика нанесения эластичной подкладки из пластмассы «Ортосила».
3. Методика нанесения эластичной подкладки из пластмассы «Ортосил-М».
4. Методика нанесения эластичной подкладки из пластмассы «SoftLiner».

Клинико-лабораторные методы изготовления полного съемного протеза с двухслойным базисом методом одномоментной полимеризации базисной акриловой и мягкой подкладочной пластмасс.

Содержание занятия

При неблагоприятных анатомо-топографических условиях протезирование беззубых челюстей в некоторых случаях может быть малоэффективным.

В.Ю. Курляндский (1955; 1958), Н.В. Калинина (1957; 1958), Г.И. Сидоренко (1958) и другие отмечают, что из твердых пластмасс не всегда можно изготовить полноценные протезы, а, следовательно, не представляется возможным решить все клинические задачи, стоящие перед врачом. Особые трудности связаны с созданием функционально-полноценного протеза на беззубой нижней челюсти при резкой и неравномерной атрофии альвеолярного отростка. Усложняют протезирование и узкий тонкий гребень альвеолярного отростка, и острые костные выступы (экзостозы и острые челюстно-подъязычные линии). На верхней челюсти при значительной неравномерной атрофии альвеолярного отростка, покрытого атрофированной слизистой оболочкой, при острых костных выступах, при наличии «подвижного» гребня, резко выраженного торуса функциональный эффект протезирования также мал. Равномерно распределить жевательное давление на ткани полости рта через базис протеза при таких условиях довольно сложно.

При неблагоприятных условиях протезного ложа базис протеза должен быть дифференцированным, то есть, как отмечал В.Ю. Курляндский (1958), «там, где твердо на челюсти, должно быть мягко в базисе и наоборот». Таким требованиям может отвечать двухслойный базис. Недостаточная податливость слизистой оболочки протезного ложа в этом случае компенсируется эластичным слоем базиса протеза.

Введение мягкой подкладки между жестким базисом и слизистой оболочкой протезного ложа может благоприятно сказываться на эффективности протезирования, так как в этих случаях жевательное давление амортизируется мягкой подкладкой. Таким образом, двухслойные базисы изготавливают в следующих случаях:

1) при резкой неравномерной атрофии альвеолярных отростков с сухой, малоподатливой слизистой оболочкой, когда никакими общеизвестными методами невозможно добиться хорошей фиксации протезов и снижения болевых ощущений;

2) при наличии острых костных выступов и экзостозов на протезном ложе, острой челюстно-подъязычной линии и противопоказаниях к хирургической подготовке, вследствие чего твердый базис протеза вызывает сильные болезненные ощущения;

3) при изготовлении сложных челюстно-лицевых протезов;

4) при изготовлении имедиат-протезов с удалением большого количества зубов;

5) при хронических заболеваниях слизистой оболочки рта;

6) при аллергических состояниях в связи с применением протезов из акрилатов;

7) при повышенной болевой чувствительности;

8) при перебазировке;

9) на период адаптации.

Медицинской промышленностью выпускаются эластичные материалы «Ортосил», «ПМ-01», «Molloplast-B», «Simpa», «Ufi-gel» и т.д. Эластичный слой можно наносить как по всему базису протеза, так и в определенных участках.

Методика нанесения эластичной подкладки из пластмассы «Ортосил»

Для изготовления двухслойного базиса протеза получают анатомический оттиск, отливают модель, по которой изготавливают жесткую индивидуальную ложку. После припасовки ее на челюсти снимают функциональный дифференцированный оттиск с учетом состояния податливости мягких тканей протезного ложа. Затем на рабочую модель, полученную по дифференцированному оттиску, фиксируют прокладки из фольги соответствующей толщины для формирования на внутренней поверхности жесткого базиса изолирующих участков (по типу изоляции торуса). После изготовления жестких базисов из акриловой пластмассы определяют нейтральное соотношение челюстей. Затем, установив модели в окклюдатор, осуществляют постановку зубов на жестком базисе. Проверка конструкции протеза, замена воска пластмассой, полимеризация пластмассы и отделка протезов проводятся по общепринятым методикам. Завершают изготовление двухслойного базиса протеза формированием и уточнением границ базиса на челюсти при помощи слепочной массы ортокора, которую впоследствии заменяют на эластичную пластмассу ортосил. Ортокор играет решающую роль в создании эффекта функционального присасывания и даёт возможность формировать рельеф базиса и уточнять его границы под силой жевательного давления во время жевания.

На протезе снимается слой пластмассы толщиной 1,0–1,5 мм. По всему наружному краю протеза, отступая от него на 2 мм, создают уступ. На протезное ложе наносят пластинку ортокора, края которой на 2–3 мм длиннее края протеза. Затем слой ортокора разогревают над пламенем горелки или в горячей воде и вводят протез в полость рта на 10–15 мин для функционального оформления краев протезного ложа при действии силы жевательного давления.

После такого оформления протез выводят из полости рта и шпателем обрезают край ортокора на границе уступа (уступ делают для того, чтобы будущей край ортосила не был тонким и не отслаивался по краю протеза). Затем манипуляцию оформления краев во рту можно повторить.

Протез с ортокором гипсуют в кювету прямым способом, до краев слепочного материала. После затвердевания гипса делают контрштамп. Затем кювету на 3–5 мин погружают в горячую воду, ортокор удаляют, контрштамп обрабатывают разделительным лаком «Изокол», а протезное ложе – катализатором ортосила. Размешивают нужное количество пасты ортосила с катализатором, пакуют и ставят кювету под пресс на 1 час.

Открывают кювету обычным способом, а края ортосила обрабатывают острыми фрезами и заполировывают фрезами.

Методика нанесения эластичной подкладки из материала «Soft Liner»

«Soft Liner» – эластичный материал акриловой группы, который вулканизируется непосредственно в полости рта больного.

«Soft Liner» позволяет быстро и легко получить эластичный слой подкладки к базису зубного протеза, не прибегая к помощи зуботехнической лаборатории. Перед нанесением материала поверхность протеза обрабатывают камнем или фрезой для придания ей необходимой шероховатости и удаления пластмассы (около 1 мм). Порошок смешивают с прилагающейся жидкостью. Полученную композицию шпателем наносят на протез и вводят последний в полость рта больного. Время выдержки во рту 5–6 мин.

Механическую обработку краев подкладки из «SoftLiner» (удаление излишков эластического материала) следует проводить не ранее чем через 10–15 мин после изготовления.

Методика нанесения эластичной подкладки «ПМ-01»

Протез изготавливают по обычной методике до этапа замены воска пластмассой. После того как удалили воск из кюветы, техник пластинкой разогретого базисного воска обжимает модель и обрезает воск по границе будущего протеза. Затем в одной чашечке размещают обычную базисную пластмассу, в другой – «ПМ-01». Тестообразную пластмассу вносят в ту половину кюветы, где имеются зубы, и прессуют. Кювету открывают, удаляют пластинку базисного воска с модели, на его место укладывают «ПМ-01» и производят повторную прессовку. Режим полимеризации обычный.

У многих больных, давно потерявших зубы и не пользующихся ортопедическими конструкциями либо продолжительное время полными съемными протезами, наблюдается уменьшение межальвеолярной высоты. У одних больных это может протекать без каких-либо жалоб, у других развиваются явления артропатии, мацерации кожи (заеда) в углах рта и другие симптомы. Общим для всех больных является изменение внешнего вида.

При повторном протезировании следует нормализовать межальвеолярную высоту. Увеличение межальвеолярной высоты в соответствии с индивидуальными анатомо-физиологическими особенностями жевательного аппарата больного рассматривается как лечебная и профилактическая мера, предупреждающая возможные осложнения со стороны жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

Снижение межальвеолярной высоты у лиц, пользующихся протезами, может быть связано:

- 1) с ошибками врача при первичном протезировании;
- 2) несовершенством методик определения межальвеолярной высоты;
- 3) стираемостью пластмассовых и естественных зубов;
- 4) погружением антагонизирующих пар зубов в лунки при функциональной перегрузке их пародонта и одновременном стирании пластмассовых зубов, а также при атрофии альвеолярного отростка беззубой челюсти.

Поэтому в плане лечения обязателен пункт восстановления высоты нижней трети лица до индивидуальных анатомо-физиологических норм пациента.

Увеличение межальвеолярной высоты в соответствии с индивидуальными анатомо-физиологическими особенностями жевательного аппарата рассматривается как лечебная (увеличение жевательной эффективности протеза, восстановление эстетических норм и речи, лечение артропатий) и профилактическая мера, предупреждающая различные осложнения со стороны жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

По вопросу этапности восстановления высоты нижней трети лица существуют различные мнения. Некоторые авторы целесообразным считают одномоментное повышение межальвеолярной высоты, мотивируя это тем, что жалобы на боли в суставе, утомляемость мышц наблюдаются редко и легко устраняются незначительным снижением межальвеолярной высоты.

Большинство исследователей придерживаются принципа многоэтапности восстановления высоты нижнего отдела лица, считая отправной точкой высоту физиологического покоя.

Данные методы своей основой имеют выработку нового состояния физиологического покоя, нового функционального уровня в жевательных мышцах. Рефлексы, связанные с разобщением прикуса («рефлексы разобщения прикуса»), в проявлении которых большое участие принимают «рефлексы на растяжение» жевательной мускулатуры, носят название миостатических, или миотатических. Начало миотатическому рефлексу дают импульсы, возникающие в рецепторах, находящихся непосредственно в жевательных мышцах и их сухожилиях. Эти рецепторы получают раздражение вследствие растяжения мышц, что, в свою очередь, происходит при длительном опускании нижней челюсти. Чем больше опущена нижняя челюсть, тем больше растягиваются подниматели нижней челюсти (собственно жевательные мышцы – *m. masseter, temporalis et pterigoideus medialis*), в рецепторах которых возникают импульсы, вызывающие их рефлекторное сокращение. Статическое состояние опущенной нижней челюсти, превышающее исходное положение ее при физиологическом покое, способствует перестройке миотатических рефлексов жевательной мускулатуры. Для разобщения прикуса применяют старые протезы пациентов посредством наращивания и формирования их окклюзионной поверхности лабораторным методом или самотвердеющей пластмассой с созданием функционального жевательного звена в области передних

зубов. Известно, что функциональное напряжение в области боковых зубов вдвое больше, чем в области резцов, так как последние находятся вдвое дальше от точки вращения нижней челюсти. Поэтому при перестройке высоты нижнего отдела лица целесообразно функциональный центр (контакт зубов) создавать в области переднего звена (самотвердеющая пластмасса наслаивается в области передних шести зубов).

Показаниями к повторному протезированию являются снижение лечебных, профилактических свойств и возрастающее нежелательное действие протеза. Клинические наблюдения показали, что по истечении трёх лет пользования протезами жевательная эффективность остается высокой, но достигается за счет удлинения времени разжевывания пищи, т.е. снижается размалывающая способность искусственных зубов. Кроме того, повторно изготавливают протезы в случаях их балансирования, частых поломок, изменений в тканях протезного ложа.

При повторном протезировании в связи с изменившимися условиями в полости рта приходится решать принципиально новые задачи. В частности, имеется в виду изменение межальвеолярной высоты у лиц, продолжительное время пользующихся протезами с пониженной межальвеолярной высотой, изменение границ протеза и, наконец, изменение ширины искусственной зубной дуги.

Расширение границ полного съемного нижнего протеза идет за счет покрытия базисом протеза слизистого бугорка, перекрытия челюстно-подъязычной линии, а также расширения базиса в подъязычном пространстве.

Следующая особенность повторного протезирования заключается в постановке зубов, особенно в протезах для верхней беззубой челюсти. После потери последнего зуба возникает так называемая старческая прогения. Атрофия альвеолярного отростка на верхней челюсти происходит главным образом в вестибулярной поверхности, что также ведет к сужению альвеолярной дуги. На нижней челюсти атрофия имеет место больше с язычной стороны, что расширяет нижнюю альвеолярную дугу.

Стремясь к выполнению классических правил постановки зубов, суживают искусственный зубной ряд, создавая помехи свободному движению языка. Для устранения возникших расстройств необходимо увеличить полость рта за счет некоторого расширения зубной дуги нового протеза.

При повторном протезировании больных необходимо тщательно изучить форму нёбной части старого протеза, атрофию альвеолярного отростка, сужение альвеолярной дуги, форму старого протеза, его толщину, постановку зубов на нем.

Проводя повторное протезирование, необходимо учитывать особенности данного пациента и то, что он уже ранее пользовался протезами. С одной стороны, лечение подобных пациентов облегчается, так как исчезает предубежденность против съемного протеза, с другой – пациент привык к старым, хотя и функционально неполноценным, протезам, и адаптация к новым, пусть даже функционально и эстетически более благоприятным, может быть причиной отказа от пользования протезами. Эти факторы необходимо учитывать врачу при проведении повторного протезирования (табл. 3).

Таблица 3

Этапы повторного протезирования. Минимум манипуляций

Этап действия	Средство действия	Критерий самоконтроля
Обработка поверхности протеза фрезой для придания ей необходимой шероховатости и удаления 1 мм пластмассы	Зубной протез, стоматологический наконечник, фреза	Шероховатость внутренней поверхности протеза
Нанесение кисточкой подслоя на 5–10 мин	Подслой пластмассы	Подслой не должен иметь специфического запаха растворителя
Смешивание пасты и катализатора пластмассы «Ортосил-М»	Паста и катализатор пластмасс, стекло, шпатель	Гомогенная консистенция пластмассы
Нанесение пластмассы на протез и введение его в полость рта на 2–3 мин	Протез, пластмасса	Затверждение слоя эластичной пластмассы

Механическая обработка краев подкладки из «Ортосила-М» (удаление излишков эластичного материала) через 24 часа после изготовления	Протез со слоем эластичной пластмассы, наконечник, фреза	Гладкая поверхность протеза без излишков пластмассы
Наложение протеза в полости рта больного	Зубной протез	Протез в полости рта отвечает всем требованиям

ЗАНЯТИЕ 10

РЕАКЦИЯ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА НА ПОЛНЫЕ СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ

Цель занятия: изучить возможные реакции органов и тканей полости рта, возникающие при ношении полных схемных протезов, у пациентов с полной вторичной адентией.

Демонстрация ассистентом:

Клинических проявлений, возникающих в полости рта пациента, пользующегося полным съемным протезом.

Контрольные вопросы для проверки исходных знаний:

1. Полимеры. Свойства, область применения.
2. Технология пластмассового базиса протеза.
3. Основные базисные пластмассы и их свойства.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Протезные стоматиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
2. Травматические стоматиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
3. Токсические стоматиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
4. «Парниковый эффект». Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
5. Эффект медицинской банки. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
6. Аллергический стоматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

Содержание занятия

Прежде всего необходимо выяснить характер раздражителей, порождаемых протезом. Е.И. Гаврилов выделяет побочное токсическое, аллергическое и травмирующее действие.

Протезные стоматиты. Воспаление, вызванное съемными протезами, называют протезным стоматитом. Очаговое воспаление возникает на фоне нормальной или атрофированной слизистой оболочки. Оно проявляется в виде точечной гиперемии, гиперемизированных пятен на слизистой оболочке твердого неба или альвеолярной части верхней или нижней челюсти. На фоне отека эпителия наблюдаются эрозии, гиперпластические разрастания, точечные кровоизлияния. Очаги воспаления могут быть одиночными или множественными.



Разлитое, диффузное воспаление слизистой оболочки протезного ложа характеризуется такими же признаками и занимает все пространство протезного ложа, точно совпадая с его границами. Протезное ложе выглядит вишнево-красным, отечным, разрыхленным.

Рис. 61. Протезный стоматит

Причинами очагового воспаления слизистой оболочки твердого нёба, альвеолярных отростков является нарушение артикуляции, балансирование протеза, шероховатости и поры в базисе протеза, нарушение гигиены полости рта.

Фактором, вызывающим изменение тканей протезного ложа, является нетипичная передача жевательного давления базисом протеза на ткани протезного поля (рис. 61).

Травматические стоматиты. Чаще всего обнаруживаются по границе протезного ложа, их причиной является травма краем базиса. При легкой степени развивается катаральное воспаление. В случае глубокого несоответствия базиса протеза границам протезного ложа возникают язвы с отечными краями и кровоточащим дном.

Одним из проявлений травматического стоматита можно назвать поражение «Декубитальная язва». Заболевание развивается при механической травме слизистой оболочке языка или щек острым краем протеза. Пациент жалуется на боли в пораженном участке. При осмотре обнаруживается язва различной формы, глубины и размеров, покрытая серовато-белым налетом. Края язвы отечны. Окружающая слизистая оболочка отечна и гиперемирована. Причина заболевания бывает, как правило, очевидной. Устранение травмирующего фактора и назначение антисептических полосканий дают хороший лечебный эффект.

Если не лечить возникшую декубитальную язву, то она из острой травмы становится хронической. Это проявляется возникновением гиперплазии эпителия, дно язвы чистое, легко кровоточит при малейшем травмировании, иногда покрыто фибриновым налетом.

При морфологическом исследовании биопсийного материала в нем обнаруживаются явления гиперкератоза и погружного роста эпителия.

После устранения травмы, язва заживает, оставляя после себя рубец, деформирующий переходную складку и затрудняющий создание краевого замыкающего клапана.

Травматические стоматиты наблюдаются у большинства пациентов, пользующихся полными съемными протезами, но быстро исчезают после проведения коррекции границ базиса протеза.

Профилактика травматических стоматитов заключается в соблюдении принципа законченности лечения: врач после наложения протеза наблюдает за пациентом до тех пор, пока не убедится, что тканям протезного ложа не угрожает травма.

Токсические стоматиты. Бывают двух видов: химические и бактериальные. Первые чаще всего называют акриловыми, так как их причина – избыток мономера в базисе акрилового протеза. По своей химической природе мономер является метиловым эфиром метакриловой кислоты. Все эфиры обладают раздражающим действием на слизистую оболочку полости рта. Избыток мономера, так называемый свободный мономер, в базисе полного съемного протеза, изготовленного из акриловой пластмассы, связан с нарушением режима полимеризации пластмассового теста.



Рис. 62. Токсический стоматит

Второй вид токсического стоматита вызывается токсинами бактериального происхождения. Последние появляются при низкой гигиене полости рта и плохом уходе за протезами. При этом в полости рта создаются условия для роста микрофлоры. Она не только увеличивается количественно, но и качественно – в полости рта растёт количество грибковых форм микроорганизмов. Плохое качество протезов: наличие пор, плохая полировка, неоднократные починки способствуют задержке пищи на поверхности протеза и размножению бактерий (рис. 62).

«Парниковый эффект». Этот феномен является следствием побочного действия съемного пластмассового протеза в виде нарушения терморегуляции слизистой оболочки протезного ложа. Механизм заключается в следующем. Базисные материалы акрилового ряда обладают малой теплопроводностью. По этой причине под базисом устанавливается более высокая температура, чем в полости рта, близкая к температуре тела. Возникает термостат, в котором создаются оптимальные условия для жизнедеятельности микроорганизмов. Токсины, высвобождаемые в процессе жизнедеятельности микроорганизмов, и являются причиной возникновения воспаления.

Клинически парниковый эффект проявляется разлитой или очаговой гиперемией.

«Парниковый эффект» связан с физическими свойствами материала и лишь усугубляется микробным фактором. Поэтому борьба с ним должна заключаться в подборе базисных материалов, обладающих большей теплопроводностью.

Эффект медицинской банки возникает как побочный эффект применения верхнего полного съемного протеза. При правильно сформированном краевом замыкающем клапане, под поверхностью базиса верхнего полного съемного протеза, создается разреженное пространство – вакуум, который вызывает расширение кровеносных сосудов мелкого диаметра и, как следствие, гиперемию и отек. Клинически это проявляется разлитым воспалением слизистой оболочки твердого нёба.

Аллергический стоматит, развивающийся при использовании полных съемных протезов из акриловых пластмасс, относится к группе контактных стоматитов, реакции замедленного действия. Вещества, вызывающие контактную аллергическую реакцию, не являются антигенами, поскольку не имеют белковую природу. Они приобретают эти свойства в результате химического соединения с белками организма. Подобные вещества принято называть *гаптенами*. Гаптенами можно назвать составляющие акриловых пластмасс: мономер, гидрохинон, перекись бензоила, окись цинка, красители.

Аллергическое воспаление, протекающее по типу контактного стоматита, проявляется на слизистой оболочке языка, губ, щек, альвеолярных частей, твердого нёба. Оно резко ограничено областью соприкосновения базиса протеза с тканями протезного ложа. Слизистая оболочка в зоне поражения ярко-красного цвета, блестящая. Возможно сочетанное поражение слизистой оболочки губ, щек, языка (рис. 63).

В клинике сложно проводить дифференциальную диагностику между токсическим, контактным стоматитом, воспалением, вызванными механической травмой краями протеза.



Рис. 63. Аллергический стоматит

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полное отсутствие зубов – одна из актуальных проблем современной стоматологии. Одни авторы утверждают, что данный процесс является результатом снижения рождаемости, роста смертности людей трудоспособного возраста и, как следствие, увеличения численности населения пожилого и старческого возраста. Другие ученые связывают естественное старение населения с увеличением продолжительности жизни, чему поспособствовали прогресс науки и реформы системы здравоохранения, позволяющие проводить раннюю диагностику и лечение соматических заболеваний, которые и по сей день являются основной причиной смерти населения.

В Европейских странах интерес к изучению процесса старения нации возник в 80–90-е гг. XX века. В Германии доля пожилых людей старше 65 лет в 90-х гг. XX века составляла 15,4%, а к 2025 г. прогнозировался ее прирост до 23%. Аналогичный показатель за тот же временной период в Великобритании был равен 15,8%, прогнозируемый прирост к 2025 г. – до 21,5%. В среднем в странах Евросоюза ожидается, что к 2040 г. 30% населения будут составлять люди старше 60 лет.

В Российской Федерации, по материалам международного семинара по проблемам здоровья пожилых людей, доля лиц в возрасте 60 лет и старше в 1994 г. составила 16,7%, к 2000 г. превысила 30%, а к 2055 г. ожидается ее прирост до 55% общей численности населения (Леонтьев В.К., 2004).

Таким образом, можно констатировать, что сформировавшаяся за последнее столетие устойчивая тенденция старения населения требует глубокого и всестороннего изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболмасов Н. Г. Ортопедическая стоматология: учебник для студентов / Н. Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В. А. Бычков, А.Аль-Хаким. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 512с.
2. Атрофия альвеолярного отростка. [Электронный ресурс] Москва: Справочник по стоматологии, 2014. - <https://rsdent.ru/adentiya-pervichnaya-polnaya-prikusa-molochnyh-zubov>.
3. Атрофия альвеолярного отростка. [Электронный ресурс] Москва: Медицинская онлайн энциклопедия, 2017. - <http://simptomy-lechenie.net/periodontit-zuba>.
4. Болтающийся гребень. [Электронный ресурс] Москва: интернет ресурс «Вся стоматология», 2017. - https://vk.com/wall-36403122_7539.
5. Гипоплазия эмали. [Электронный ресурс] Москва: электронный ресурс «Клиника Александра Данте», 2016. - <http://microdent.ru>.
6. Гипоплазия эмали. [Электронный ресурс] Москва: интернет-портал «Создай свою улыбку», 2017. - <https://createsmile.ru/gipoplaziya-emali>.
7. Дифференцированные функциональные оттиски. [Электронный ресурс] Москва: интернет сайт «Клуб стоматологов», 2017. - <https://stomatologclub.ru>.
8. Кариес зубов. [Электронный ресурс] Москва: интернет портал «Стоматологический портал», 2016. - <http://zubki.ucoz.com/index/0-19>.
9. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология: учебник / В.Н. Копейкин, М.З. Миргазизов. - 2-е изд. доп.— М.: Медицина, 2001 — 624 с.
10. Лебеденко И.Ю. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. Часть 1: учебн. / И.Ю. Лебеденко, В.В. Еричев, Б.П. Марков; под ред. Б.П. Маркова. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 231-293 с.
11. Метод компрессионного прессования. [Электронный ресурс] Санкт-Петербург: интернет сайт «Дентсервис. Зуботехническая лаборатория», 2017. - <http://ds-lab.ru/technology/ivocap/>.
12. Метод литьевого прессования. [Электронный ресурс] Санкт-Петербург: интернет сайт «Дентсервис. Зуботехническая лаборатория», 2017. - <http://ds-lab.ru/technology/ivocap/>.
13. Пародонтит. [Электронный ресурс] Москва: Стоматологический портал, 2017. - <https://stomport.ru/stati/parodontit>.
14. Пародонтит. [Электронный ресурс] Киев: интернет-портал «Стоматологический центр улыбки», 2017. - <http://smile-center.com.ua>.
15. Периодонтит зуба – причины, симптомы, лечение. [Электронный ресурс] Москва: Медицинская онлайн энциклопедия, 2017. - <http://simptomy-lechenie.net/periodontit-zuba>.
16. Протокол ведения больных с полным отсутствием зубов. [Электронный ресурс] Москва: Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России. 2017. – http://www.e-stomatology.ru/director/prikaz/protokol_vedenia/p_adentia.htm.
17. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. Том 1: учеб. / Р.Г. Синельников; под ред. Р.Г. Синельникова. - Москва: Издательство Медицина, 1972. – 458 с.
18. Старческая прогения – дефект прикуса пожилых людей или проблема любого возраста // Ортодонт. URL: <http://orto-info.ru/zubocheliustnye-anomalii/okklyuzii/starcheskaya-progeniya.html>.
19. Характеристика слизистой оболочки полости рта. [Электронный ресурс] Киев: интернет-портал «Стоматологический центр улыбки», 2017. - <http://smile-center.com.ua>.
20. Характеристика слизистой оболочки полости рта. [Электронный ресурс] Москва: интернет портал «Диал-Дент» Стоматологический центр, 2017. - <https://dial-dent.ru>.
21. Характеристика слизистой оболочки полости рта. [Электронный ресурс] Москва: интернет портал «Клуб стоматологов», 2017. - <https://stomatologclub.ru>.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ (ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)» [16]

Протокол ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» разработан Московским государственным медико-стоматологическим университетом (профессор, д.м.н. А.Ю. Малый, м.н.с. Н.А. Титкина, Е.В. Ершова), Московской медицинской академией им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (профессор, д.м.н. П.А. Воробьев, д.м.н. М.В. Авксентьева, к.м.н. Д.В. Лукьянцева), стоматологической поликлиники № 2 г. Москвы (А.М. Кочеров, С.Г. Чеповская).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Протокол ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).

Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 № 1194 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5322).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Всемирной организации здравоохранения, десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протокол ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» разработан для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с полным отсутствием зубов (с полной вторичной адентией);
- унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с полным отсутствием зубов (с полной вторичной адентией);
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения настоящего протокола – лечебно-профилактические учреждения стоматологического профиля всех уровней, включая специализированные отделения.

V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Ведение протокола осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом Министерства здравоохранения России. Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

По статистическим данным, полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) в результате удаления зубов, утраты вследствие несчастного случая (травмы) или заболеваний пародонта в нашей стране встречается достаточно часто. Показатели заболеваемости полным отсутствием зубов (полной вторичной адентией) увеличиваются по нарастающей (пятикратно) в каждой последующей возрастной группе: у населения в возрасте 40–49 лет частота встречаемости полной вторичной адентии составляет 1%, в возрасте 50–59 лет – 5,5%, и у людей старше 60 лет – 25% [3; 8]. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля 17,96% пациентов имеют диагноз «полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» одной или обеих челюстей [6].

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) обуславливает нарушение вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма – пережевывания пищи, что сказывается на процессе пищеварения и поступлении в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. Не менее серьезными являются последствия полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения вкупе с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики.

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких как дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и соответствующего болевого синдрома.

Понятие «потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита» (K08.1 по МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10) и такие термины, как «полная вторичная адентия» и «полное отсутствие зубов» (в отличие от адентии – нарушения развития и прорезывания зубов – K 00,0), по сути, являются синонимами и применяются как в отношении каждой из челюстей, так и к обеим челюстям.

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

Кариес в нашей стране является одним из самых распространенных заболеваний. Его распространенность у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98–99%. Показатели развития осложнений кариеса также значительны: процент удалений в возрастной группе старше 35–44 лет составляет 5,5, а в следующей возрастной группе – 17,29% [11]. В структуре стоматологической помощи по обращаемости больные пульпитом, который, как правило, является следствием нелеченного кариеса, составляют 28–30% [10].

Также велики показатели встречаемости заболеваний пародонта: распространенность признаков поражения пародонта в возрастной группе 35–44 лет составляет 86% [11], другие авторы называют показатель частоты встречаемости патологических признаков болезней пародонта 98%.

Данные заболевания при несвоевременном и некачественном лечении могут привести к спонтанной утрате зубов вследствие патологических процессов в тканях пародонта воспалительного и/или дистрофического характера, к потере зубов вследствие удаления не подлежащих лечению зубов и их корней при глубоком кариесе, пульпите и периодонтите.

Несвоевременное ортопедическое лечение полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) в свою очередь обуславливает развитие осложнений в челюстно-лицевой области и патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Главным признаком полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) является полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях.

Клиническая картина характеризуется изменениями конфигурации лица (западение губ), резко выраженными носогубными и подбородочной складками, опущением углов рта, уменьшением размеров нижней трети лица, у некоторых пациентов – мацерацией и «заедами» в области углов рта, нарушением жевательной функции. Нередко полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) сопровождается привычным подвывихом или вывихом височно-нижнечелюстного сустава. После утраты или удаления всех зубов происходит постепенная атрофия альвеолярных отростков челюстей, прогрессирующая с течением времени.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

В клинической практике традиционно выделяют полное отсутствие зубов (полную вторичную адентию) верхней челюсти, полное отсутствие зубов (полную вторичную адентию) нижней челюсти, полное отсутствие зубов (полную вторичную адентию) обеих челюстей.

Было предложено несколько классификаций беззубых челюстей. Наибольшее распространение получили классификации Шредера для беззубой верхней челюсти и Келлера для беззубой нижней челюсти. В отечественной практике достаточно широко применяется также классификация беззубых челюстей В.Ю. Курляндского. Эти классификации базируются, в первую очередь, на анатомо-топографических характеристиках – степень атрофии альвеолярного отростка, а также уровень прикрепления сухожилий жевательных мышц (классификация по Курляндскому). Используется также классификация по И.М. Оксману, который предложил единую классификацию для верхних и нижних беззубых челюстей, учитывающую степень атрофии альвеолярных отростков.

При полном отсутствии зубов (полной вторичной адентии) невозможно выделить стадии течения заболевания.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

Диагностика полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) производится путем клинического осмотра и сбора анамнеза. Диагностика направлена на исключение факторов, которые препятствуют немедленному началу протезирования. Такими факторами могут быть наличие:

- не удаленных корней под слизистой оболочкой;
- экзостозов;
- опухолеподобных заболеваний;
- воспалительных процессов;
- заболеваний и поражений слизистой оболочки полости рта.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

Принципы лечения больных с полной вторичной адентией подразумевают одновременное решение нескольких задач:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов;
- устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с полным отсутствием зубов.

Изготовление протезов не показано, если имеющийся протез еще функционален или если его функцию можно восстановить (например, починка, перебазировка). Изготовление протеза включает: обследование, планирование, подготовку к протезированию и все мероприятия по изготовлению и фиксации протеза, в том числе устранение недостатков и контроль. Сюда относятся также инструктирование и обучение пациента по уходу за протезом и полостью рта.

Врач-стоматолог ортопед должен определить особенности протезирования в зависимости от анатомического, физиологического, патологического и гигиенического состояния зубочелюстной системы пациента. При выборе между одинаково эффективными видами протезов он должен руководствоваться показателями экономичности.

В случаях, когда невозможно немедленно завершить лечение, показано применение имедиат-протезов, особенно для предупреждения развития патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Можно применять только те материалы и сплавы, которые допущены к применению, клинически апробированы, безопасность которых доказана и подтверждена клиническим опытом.

Базис полного съемного протеза следует изготавливать, как правило, из пластмассы. Может применяться армирование базиса протеза специальными металлическими сеточками. Для изготовления металлического базиса необходимо тщательное обоснование.

При подтвержденной аллергической реакции тканей полости рта на материал протеза следует провести тесты и выбрать тот материал, который показал себя как переносимый.

При беззубой челюсти показано снятие функционального слепка (оттиска), необходимо функциональное формирование края протеза, т.е. для снятия слепка (оттиска) необходимо изготовление индивидуальной жесткой слепочной (оттисковой) ложки.

Изготовление съемного протеза на беззубую челюсть с использованием пластмассового или металлического базиса включает следующее: анатомические, функциональные слепки (оттиски) обеих челюстей, определение центрального соотношения челюстей, проверку конструкции протеза, наложение, примерку, припасовку, установку, отдаленный контроль и корректуры. При необходимости применяют мягкие подкладки под протез.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ)

Лечение пациентов с полной вторичной адентией проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, а также в отделениях ортопедической стоматологии. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с полным отсутствием зубов (полной вторичной адентией) осуществляется врачами – стоматологами-ортопедами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА:

Нозологическая форма: потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита

Стадия: любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения: без осложнений

Код по МКБ-С: К 08.1

7.1.1. КРИТЕРИИ И ПРИЗНАКИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

- Полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях.
- Здоровая слизистая оболочка полости рта (умеренно-податливая, умеренно подвижная, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет – I класс по Суппле).
- Изменение конфигурации лица (западение губ).
- Резко выраженные носогубные и подбородочная складки, опущение углов рта.
- Уменьшение размеров нижней трети лица.
- Отсутствие экзостозов.
- Отсутствие выраженной атрофии альвеолярного отростка (при полном отсутствии зубов на одной или обеих челюстях – I класс по Курляндскому, I класс по Оксману, при полном отсутствии зубов на верхней челюсти – I тип по классификации Шредера, при полном отсутствии зубов на нижней челюсти – I тип по Келлеру).
- Отсутствие выраженной патологии височно-нижнечелюстного сустава.
- Отсутствие заболеваний слизистой оболочки полости рта.

7.1.2. ПОРЯДОК ВКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ПРОТОКОЛ:

- Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. ТРЕБОВАНИЯ К АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Код	Название	Кратность выполнения
01.02.003	Пальпация мышц	1
01.04.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов	1
01.04.002	Визуальное исследование суставов	1
01.04.003	Пальпация суставов	1
01.04.004	Перкуссия суставов	1
01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	1
02.04.004	Аускультация сустава	1
02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
02.07.004	Антропометрические исследования	1
06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	1
06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	1

09.07.001	Исследование мазков-отпечатков полости рта	По потребност и
09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	По потребност и
11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	По потребност и

7.1.4. ХАРАКТЕРИСТИКА АЛГОРИТМОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение возможных осложнений, определение возможности приступить к протезированию без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр и пальпацию полости рта и челюстно-лицевой области, а также другие необходимые исследования.

СБОР АНАМНЕЗА:

При сборе анамнеза выясняют время и причины потери зубов, пользовался ли больной ранее съемными протезами, аллергический анамнез. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области височно-нижнечелюстных суставов. Выясняют профессию пациента.

ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При осмотре обращают внимание на выраженную и/или приобретенную асимметрию лица и выраженность носогубных и подбородочной складок, характер смыкания губ, наличие трещин и мацераций в углах рта.

Обращают внимание на степень открывания рта, плавность и направление движения нижней челюсти, соотношение челюстей.

Обращают внимание на цвет, увлажненность, целостность слизистых оболочек полости рта с целью исключения сопутствующей патологии, в том числе инфекционных заболеваний.

При подозрении на наличие заболеваний слизистой оболочки полости рта производят исследование мазков-отпечатков. При положительном результате ведение пациента осуществляется по соответствующей модели пациента.

ПАЛЬПАЦИЯ

При обследовании полости рта обращают внимание на выраженность и расположение уздечек и щечных складок. Акцентируют внимание на наличии и степени атрофии альвеолярных отростков. Выявляют наличие экзостозов, скрытых под слизистой оболочкой корней зубов. При подозрении на их наличие – рентгенологическое обследование (прицельный или панорамный снимок челюсти). При положительном результате немедленное протезирование откладывается и проводится хирургическая подготовка к протезированию (в соответствии с другой моделью пациента).

Обращают внимание на наличие опухолеподобных заболеваний. При подозрении на их наличие – цитологическое исследование, биопсия. При положительном результате немедленное протезирование откладывается и проводится соответствующее лечение.

Проводят пальпацию для определения торуса, «болтающегося» гребня и степени податливости слизистой оболочки.

ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ПАЛЬПАЦИЯ СУСТАВОВ

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ

При осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов в области суставов. Выясняют, нет ли хруста (щелчков) и боли в области височно-нижнечелюстных суставов при движениях нижней челюсти. При открывании рта обращают внимание на синхронность и симметричность движений суставных головок.

При подозрении на патологию височно-нижнечелюстных суставов проводят рентгенологическое исследование – томографию суставов при закрытом и открытом рте. При положительном результате протезирование необходимо сочетать с дополнительной терапией (другая модель пациента – полная вторичная адентия с осложнениями).

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

7.1.5. ТРЕБОВАНИЯ К АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Код	Название	Кратность выполнения
16.07.026	Протезирование полными съемными пластиночными протезами	Согласно алгоритму
D01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	Согласно алгоритму
25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности

7.1.6. ХАРАКТЕРИСТИКА АЛГОРИТМОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ

Основным методом лечения при полном отсутствии зубов (полной вторичной адентии) одной или обеих челюстей является протезирование полными съемными пластиночными протезами. Это позволяет восстановить основные функции зубочелюстной системы: откусывание и пережевывание пищи, дикцию, а также эстетические пропорции лица; препятствует прогрессированию атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области (уровень убедительности доказательств А).

При полном отсутствии зубов (полной вторичной адентии) обеих челюстей полные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти делаются одновременно.

ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ

После диагностических исследований и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Первым этапом является снятие анатомического слепка (оттиска) для изготовления индивидуальной жесткой слепочной (оттисковой) ложки. Следует применять специальные слепочные (оттисковые) ложки для беззубых челюстей, альгинатные слепочные (оттисковые) массы.

Целесообразность применения специальных слепочных (оттисковых) ложек обусловлена необходимостью предотвращения расширенных границ как при изготовлении индивидуальных ложек, так и при изготовлении протеза. В качестве альтернативы на практике нередко применяют стандартные слепочные (оттисковые) ложки, что может привести к растягиванию слизистой по переходной складке и последующему расширению границ протеза, что обуславливает плохую фиксацию протеза. Стоимость специальных и стандартных ложек одинакова.

После выведения слепка (оттиска) производится контроль его качества (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ

Производится припасовка индивидуальной жесткой пластмассовой слепочной (оттисковой) ложки. Следует обращать внимание на края ложки, изготовленной в лабораторных условиях, которые должны быть объемными (толщиной около 1 мм). При необходимости врач сам может изготовить индивидуальную жесткую пластмассовую слепочную (оттисковую) ложку в клинике.

Припасовка проводится с использованием функциональных проб по Гербсту. Пробы производятся при полуоткрытом рте с уменьшенной амплитудой движений нижней челюсти. При отступлении от методики припасовки индивидуальной жесткой пластмассовой слепочной (оттисковой) ложки с использованием функциональных проб по Гербсту в строгой последовательности невозможно обеспечить стабилизацию и фиксацию будущих протезов.

После припасовки края ложки окантовываются воском и оформляются активным (используя функциональные движения мышц) и пассивным способами.

По заднему краю ложки на верхней челюсти следует класть дополнительно полоску размягченного воска по линии А с целью обеспечения полноценной клапанной зоны в этой области. Дистальный клапан на ложке на нижнюю челюсть следует замыкать, создавая подъязычный восковой валик по Гербсту. Данная методика обеспечивает замыкание дистального клапана и предотвращает нарушение фиксации при откусывании пищи.

Критерий завершения припасовки – образование клапанной зоны и фиксация индивидуальной ложки на челюсти.

Получение функционального слепка (оттиска): снятие (оттиска) слепка производить силиконовыми слепочными (оттискными) массами с использованием соответствующего адгезивного материала (клея для силиконовых масс). Края слепка (оттиска) оформляются активным (используя функциональные движения) и пассивным способами. Также могут использоваться цинкэвгенольные слепочные массы.

После выведения производится контроль качества слепка (оттиска) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверсальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица, определение линии улыбки, срединной линии, линии клыков.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ.

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковом базисе, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следует обращать внимание: при постановке зубов по типу ортогнатического прикуса верхние фронтальные зубы должны перекрывать нижние максимально на 1–2 мм. При смыкании зубов между верхними и нижними фронтальными зубами должна быть горизонтальная щель в 0,25–0,50 мм.

СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ

Наложение и припасовка готового протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса на пластмассовый.

Перед наложением оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т.д.). Цвет может указывать на недостаточную полимеризацию.

Нёбная часть протеза верхней челюсти должна быть не толще 1 мм.

Протезы вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию зубных протезов (следует помнить, что обычно фиксация улучшается к 7-му дню пользования протезом).

СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв участки протеза в этих местах минимально шлифуются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными препаратами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки полости рта.

ПАЦИЕНТЫ С ВЫРАЖЕННЫМ ТОРУСОМ

При изготовлении рабочей модели производить «изоляцию» в области торуса с целью предотвращения избыточного давления.

ПАЦИЕНТЫ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА ПЛАСТМАССУ

При выявлении аллергического анамнеза следует проводить аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции изготавливают протезы из бесцветной пластмассы, по показаниям проводят серебрение базиса протеза.

Для пациентов с недостаточно благоприятными анатомо-топографическими условиями протезного ложа базис протеза может быть изготовлен с мягкой подкладкой.

Показания:

- наличие острых костных выступов на протезном ложе, острая внутренняя косая линия при отсутствии абсолютных (четких) показаний для хирургического вмешательства с целью их устранения;
- повышенная болевая чувствительность полости рта,
- отсутствие выраженного подслизистого слоя.

Потребность в применении мягкой подкладки выявляется в процессе адаптации к новому протезу. Мягкие подкладки изготавливаются клинико-лабораторным методом по известной методике.

7.1.7. ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ

Группа	Кратность применения (продолжительность лечения)
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	Согласно алгоритму
Витамины	Согласно алгоритму
Средства, влияющие на кровь	По потребности

7.1.8. ХАРАКТЕРИСТИКИ АЛГОРИТМОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ

Применение местных противовоспалительных и эпителизирующих средств при возникновении наминов и язв на слизистой оболочке, особенно в период адаптации к протезу, показывает достаточную результативность в повседневной стоматологической практике.

АНАЛЬГЕТИКИ, НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОДАГРЫ

Обычно назначают полоскания и/или ванночки с отварами коры дуба, цветков ромашки, шалфея 3–4 раза в день (уровень убедительности доказательства С). Аппликации на пораженные участки маслом облепихи – 2–3 раза в день по 10–15 минут (уровень убедительности доказательства В).

ВИТАМИНЫ.

Аппликации на пораженные участки масляным раствором ретинола (витамин А) – 2–3 раза в день по 10–15 минут (уровень убедительности доказательства С).

СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА КРОВЬ.

Гемодиализат депротеинизированный – адгезивная паста для полости рта – 3–5 раз в сутки на пораженные участки (уровень убедительности доказательства С).

7.1.9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЖИМУ ТРУДА, ОТДЫХА, ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Специальных требований нет.

7.1.10. ТРЕБОВАНИЯ К УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТОМ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕДУРАМ

Специальных требований нет.

7.1.11. ТРЕБОВАНИЯ К ДИЕТИЧЕСКИМ НАЗНАЧЕНИЯМ И ОГРАНИЧЕНИЯМ

Отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков, от откусывания кусков от твердых продуктов, овощей и фруктов (например, от целого яблока). Отказ от использования очень горячей пищи.

7.1.12. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И ЧЛЕНОВ ЕГО СЕМЬИ

См. Приложение № 1.1 к настоящему протоколу ведения больных.

7.1.13. ПРАВИЛА ИЗМЕНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА И ПРЕКРАЩЕНИИ ДЕЙСТВИЯ ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к протезированию, в том числе наличия корней зубов, экзостозов и пр., пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками полной вторичной адентии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению полной вторичной адентии;
- протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. СТОИМОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОТОКОЛА

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Не предусмотрено.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

КРИТЕРИИ И МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских учреждений, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Лечебно-профилактическое учреждение информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно.

Мониторирование включает:

- сбор информации: о ведении пациентов с синдромом диабетической стопы в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данного протокола.

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация – медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге могут быть использованы иные документы.

В лечебно-профилактических учреждениях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (Приложение 1.2) о лечении пациентов с частичным отсутствием зубов, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В карту пациента (Приложение 1.2) включаются данные о диагнозе и о лечении пациентов, которым даны ортопедические конструкции в течение последнего месяца текущего полугодия. Справки передаются в учреждение, ответственное за мониторинг, не позднее чем через месяц после окончания указанного срока. Например, если мониторинг начат 1 мая, то в справку включаются все пациенты с полной вторичной адентией, получившие ортопедические конструкции в октябре, отчет должен быть передан не позднее конца ноября. Число анализируемых случаев должно быть не менее 300 в год.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств и стоматологических материалов и инструментов обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по протоколу и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данном протоколе рандомизация (лечебно-профилактических учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в медицинской карте пациента (Приложение 1.2) и отражается в справке о проведенном лечении, представляемой в организацию, ответственную за мониторинг.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛ

Оценка выполнения протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов;
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований протокола в действие осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в установленном порядке.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА

Для оценки качества жизни пациента с частичным отсутствием зубов, соответствующей моделям протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 1.3).

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторинговании протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений (количество больных, количество и виды изготовленных конструкций, сроки изготовления, наличие осложнений).

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА И ЕГО ФОРМА

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации протокола.

Отчет представляется в группу разработчиков данного протокола. Материалы отчета хранятся в отделе стандартизации в здравоохранении научно-исследовательского института общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации и хранится в его архиве.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1
К ПРОТОКОЛУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
«ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ
(ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)»

ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ
СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ
(Дополнительная информация для пациента)

1. Съёмные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой или с туалетным мылом два раза в день (утром и вечером), а также после еды по мере возможности.
2. Во избежание поломки протеза, а также повреждения слизистой оболочки полости рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока).
3. В ночное время, если пациент снимает протезы, их необходимо держать во влажной среде (после чистки завернуть протезы во влажную салфетку) либо в сосуде с водой. В протезах можно спать.
4. Во избежание поломки протезов не допускайте их падения на кафельный пол, в раковину и на другие твердые поверхности.
5. По мере образования жесткого зубного налета на протезах их необходимо очищать специальными средствами, которые продаются в аптеках.
6. При нарушении фиксации съёмного протеза, что может быть связано с ослаблением кламмерной фиксации, необходимо обратиться в клинику ортопедической стоматологии для активации кламмеров.
7. Ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не пытаться самому провести исправления, починку или другие воздействия на протез.
8. В случае поломки или возникновения трещины в базисе съёмного протеза пациенту необходимо срочно обратиться в клинику ортопедической стоматологии для починки протеза.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.2
К ПРОТОКОЛУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
«ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ
(ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)»

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____
 Наименование учреждения _____
 Дата: начало наблюдения _____
 Ф.И.О _____
 окончание наблюдения _____
 возраст _____
 Диагноз основной _____
 Сопутствующие заболевания: _____
 Модель пациента: _____
 Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:

Код	Наименование	Отметка о выполнении (кратность)
Диагностика		
01.02.003	Пальпация мышц	
01.04.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов	
01.04.002	Визуальное исследование суставов	
01.04.003	Пальпация суставов	
01.04.004	Перкуссия суставов	
01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	
01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	
01.07.003	Пальпация органов полости рта	
01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	
01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	
02.04.004	Аускультация сустава	
02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	
02.07.004	Антропометрические исследования	
06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	
06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	
09.07.001	Исследование мазков-отпечатков полости рта	
09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	
11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	
Лечение		
16.07.026	Протезирование полными съемными пластиночными протезами	
D01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	
25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Лекарственные осложнения (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения) (дата)

Подпись лица, ответственного за мониторинг ОСТ в медицинском учреждении:

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.3
К ПРОТОКОЛУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
«ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ
(ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)»

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО _____

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ
НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.

10 – полное благополучие

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 - смерть

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.4
К ПРОТОКОЛУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
«ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ
(ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)»

ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ
ГРУППОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

- стандартные слепочные ложки для беззубых челюстей
- альгинатная слепочная масса
- базисный воск
- самотвердеющая пластмасса холодной полимеризации для изготовления индивидуальных ложек
- артикулятор
- клеи для силиконовых слепочных масс
- силиконовая слепочная масса для снятия функционального слепка
- цинкэвгенольная слепочная масса для снятия функционального слепка
- цветовая шкала для определения цвета искусственных зубов
- специальный маркер для определения места коррекции на базисе протеза (карандаш, чернила)
- гипс простой
- прямой наконечник
- металлические фрезы для пластмассы для прямого наконечника
- полиры
- чашка для замешивания слепочных (оттискных) масс
- шпатель для замешивания слепочных (оттискных) масс
- карборундовые головки для прямого наконечника
- артикуляционная бумага
- шпатель зуботехнический
- наклонная нагревательная плоскость

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

- лейкопластырь (для обклейки краев стандартной слепочной ложки)
- металлическая сетка для повышения прочности базиса протеза
- эластичные материалы для перебазировки протеза в клинике
- супергипс
- индивидуально настраиваемый артикулятор с лицевой дугой

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.5
К ПРОТОКОЛУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
«ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ
(ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)»

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бушан М.Г., Каламкаров Х.А. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. – Кишинев, 1983. – 301 с.
2. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. – М.: Медицина, 1990. – 224 с.
3. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология: учебник. – 2-е изд., доп. – М.: Медицина, 2001 – 624 с.
4. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. – М., 1986. – 176 с.
5. Малый А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 272 с.
6. Руководство по ортопедической стоматологии / под ред. В.Н. Копейкина. – М., 1993. – 496 с.
7. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. – М., 1973. – 320 с.
8. Справочник по стоматологии / под ред. В.М. Безрукова. – М.: Медицина, 1998. – 656 с.
9. Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. Э.М. Кузьминой. – М., 1999. – 228 с.
10. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: руководство. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. – 276 с.

11. Cronstrom R., Rene N., Owall B., Blomqvist A. The Swedish patient insurance scheme and guarantee insurance for prosthodontic treatment // International Dental Journal. – 1992. – Vol. 42. – P. 113–118.
12. Einheitlicher Bewertungsmaßstab fuer Zahnärztliche Leistungen (BEMA): Aktuelle Ergänzungen. Stand 01.01.1999. – Herne, 1999. – 214 S.
13. Gebuehrenordnung fuer das Zentrum fuer Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde No 415.436 vom 28.09.1994. – Zuerich, 1994. – 27 S.
14. Gebuehrenordnung fuer Zahnärzte (GOZ). Stand 01.01.1996. – Koeln, 1998. – 72 S.
15. Heners M. Die Bedeutung allgemein anerkannter Regeln und ihrer Kriterien fuer die Qualitätsdiskussion in der Zahnheilkunde. // Dtsch. zahnärztl./Ztschr. – 1991. – Bd. 46. – S. 262.
16. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H. Prothetische Versorgung in Ostdeutschland: Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jährigen. // Dtsch. zahnärztl. Ztschr. – 1996. – Bd. 51. – S. 452–455.
17. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H., von Thun P. Prothetische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jährigen // Dtsch./zahnärztl. Ztschr. – 1994. – Bd. 49. – S. 900–994.
18. Koslowski P. Ärztliches Engagement und rationale Entscheidungsregeln // Dtsch./zahnärztl. Ztschr. – 1991. – Bd. 46. – S. 182–185.
19. Lang N.P. Checkliste zahnärztliche Behandlungssplanung. – Stuttgart; New York, 1988. – 213 S.
20. Miller A.J., Brunelle J.A., Carlos J.P., Brown L.J., Loe H. Oral Health of United States Adults: National Findings. – US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institute of Health. – 1987. – 112 P.
21. Oral health surveys. Basic methods. – Geneva: WHO, 1987. – 512 P.
22. Pahnke D., Schwanewede H. Das ORATEL Projekt: Qualitätssicherung und Entscheidungsunterstützung // Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. – Heidelberg, 1995. – S. 77–90.
23. Qualitätsrichtlinien fuer zahnmedizinische Arbeiten. – Bern, SSO, 1999. – 193 S.
24. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. – Heidelberg, 1995. – 167 S.
25. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 1998. – Praha, 1998. – 623 P.
26. Sinha M. Qualität und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung // Beiträge zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin. – Baden-Baden, 1993. – S. 38–50.
27. Wirksamkeit und Effektivität in der Zahnheilkunde: neue Konzepte in der Diagnostik und Therapie. – Heidelberg, 1997. – 106 S.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловие</i>	3
<i>Занятие 1.</i> Полное отсутствие зубов. Этиология. Клинические проявления. Изменения в челюстно-лицевой области у пациентов с полным отсутствием зубов.....	4
<i>Занятие 2.</i> Методы фиксации и стабилизации съемных протезов при полном отсутствии зубов.....	20
<i>Занятие 3.</i> Методы изготовления индивидуальных оттисковых ложек.....	25
<i>Занятие 4.</i> Припасовка индивидуальных оттисковых ложек. Функциональные пробы по методике Гербста.....	33
<i>Занятие 5.</i> Функциональные оттиски, классификация. Обоснование выбора оттисковых материалов. Их характеристика. Методика получения разгружающих, компрессионных и дифференцированных оттисков.....	40
<i>Занятие 6.</i> Определение центрального соотношения беззубых челюстей.....	45
<i>Занятие 7.</i> Правила и методы конструирования искусственных зубных рядов.....	53
<i>Занятие 8.</i> Принципы припасовки и наложения зубных протезов при полном отсутствии зубов.....	58
<i>Занятие 9.</i> Полные съемные протезы с двухслойным базисом.....	65
<i>Занятие 10.</i> Реакция тканей протезного ложа на полные съемные протезы.....	73
<i>Заключение</i>	78
<i>Список литературы</i>	79
<i>Приложение.</i> Протокол ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)».....	82

Учебно-теоретическое издание

УРУКОВ Юрий Николаевич
САЛЕЕВ Ринат Ахмедуллович
ВИКТОРОВ Владимир Николаевич
ФЕДОРОВА Надежда Станиславовна

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ**

Учебно-методическое пособие

Редактор *Г.В. Плотникова*
Компьютерная верстка и правка *Е.В. Ивановой*

Согласно Закону № 436-ФЗ от 29 декабря 2010 года
данная продукция не подлежит маркировке

Подписано в печать 05.07.2018. Формат 60×84/16.
Бумага газетная. Печать офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 6,27. Уч.-изд. л. 6,21. Тираж 200 экз. Заказ № 863.

Издательство Чувашского университета
Типография университета
428015 Чебоксары, Московский просп., 15