Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Реферат

на тему: **«Подготовка полости рта к протезированию при частичной потере зубов»**

Выполнила

студентка группы №372

Валовая Анастасия

Преподаватель:

2010

**Содержание**

Введение

Клиническая картина при частичной потере зубов

Оздоровительные мероприятия в полости рта перед протезированием больного

Тактика врача при удалении зубов с больным пародонтом

Специальные подготовительные мероприятия

Психологическая подготовка больных перед протезированием

Список использованной литературы

**Введение**

Все больные, за редким исключением, перед протезированием нуждаются в лечении различных заболеваний полости рта. От того, насколько правильно составлен план предварительного лечения, зависит успех самого протезирования. Даже применение самых современных протезов, изготовленных из лучших материалов, могут не оправдать ожидания врача и пациента, если больной был плохо подготовлен к протезированию. Следовательно, предварительную терапию следует рассматривать как важный начальный этап, обеспечивающий успех ортопедического лечения.

Предварительное лечение при протезировании складывается из общеоздоровительных и специальных мероприятий. Под общими мероприятиями понимают санацию полости рта: удаление зубных отложений, лечение заболеваний слизистой оболочки, кариеса, пульпитов, периодонтитов, удаление зубов и корней, не подлежащих лечению. Снятие зубных отложений имеет очень большое значение при дальнейшем определении цвета будущего протеза. Особое значение уделяется коррекции гигиены полости рта. Только при хорошей гигиене и врач, и пациент будут уверены, что выбранная ими конструкция прослужит именно столько, сколько ей полагается. Важно произвести замену старых пломб и лечение вторичного кариеса. Так же, при подготовке к протезированию необходимо эндодонтическое лечение. Если у пациента имеются заболевания пародонта, то ортопедическое проводится совместно с врачем-пародонтологом.

Специальные мероприятия, проводимые перед протезированием, преследуют многие цели: облегчают проведение процедур, связанных с протезированием (например, устранение сужения ротовой щели облегчает снятие оттиска); ликвидируют нарушения окклюзионной поверхности; создают условия для крепления протеза (углубление преддверия рта, устранение рубцов и тяжей слизистой оболочки, закрытие дефектов твердого неба и др.)

Специальные мероприятия перед протезированием слагаются из терапевтических, хирургических и ортопедических процедур.

**Клиническая картина при частичной потере зубов**

Причины частичной потери зубов различны. Наиболее частыми из них являются осложнения кариеса зубов, заболевания пародонта (в том числе возникшие на основе функциональной перегрузки), травмы, операции по поводу новообразований челюстно-лицевой области и др. Отдельно от них стоит полная либо частичная «истинная» адентии (Агапов Н.И., 1929). Она бывает наследственная или врожденная, то есть возникает под влиянием патогенных факторов, действующих в эмбриональном периоде. Однако, если учесть природу происхождения «истинной» адентии, то её следует отнести к аномалиям.

Частичная потеря зубов относится к одной из форм поражения зубочелюстной системы. Частичную потерю зубов нельзя назвать болезнью. Это не болезнь, а патологическое состояние, то есть следствие исчезнувшей болезни, например, кариеса, пародонтоза и др. По сути дела речь в данном случае идет об осложнении болезни. Однако, частичная потеря зубов, будучи патологическим состоянием, может служить диагнозом, подобно тому, как существует диагноз анкилоза ВНЧС. Хотя причина, например, остеомиелит, давно уже исчезнувший.

Для планирования стоматологической ортопедической помощи важно знать объем и динамику распространения частичной потери зубов. Исследования в этом направлении давно начаты, но они немногочисленны, хотя и могут явиться отправными пунктами для решения некоторых практических задач. Полное решение проблемы станет возможно тогда, когда сложится единый подход к определению показаний к протезированию. Пока же в следствие оценки клинических симптомов при одних и тех же дефектах зубного ряда потребность в протезировании различными авторами определяется по-разному.

Среднее количество утраченных зубов на одного обследованного с возрастом увеличивается. Г.В. Базиян (1966) на основании собственных результатов, полученных при осмотре 48160 человек, и данных других исследователей установил, что число траченных зубов в расчете на одного человека после 30 лет увеличивается вдвое, а после 50 лет почти в полтора раза (от оставшихся).

Зубная дуга функционирует как единое целое при условии сохранения межзубных контактов, наличия всех зубов в зубной дуге и альвеолярного отростка. Особую роль играет межзубная связка, проходящая над вершинами межзубных перегородок, и соединяющая соседние зубы мощным пучком соединительнотканных волокон. Она способствует не только объединению зубов, но и перемещению нескольких рядом стоящих зубов мезиально или дистально при воздействии нагрузки на один из них.

После прорезывание зубы устанавливаются в плотном контакте друг к другу за счет сближения на уровне экватора. Контактные пункты защищают межзубный десневой сосочек от повреждения пищей и участвует в распределении жевательного давления между зубами, способствуя морфологическому и функциональному единству зубных рядов. Таким образом, целостность межзубной связки является одним из главных условий нормального функционирования зубов. Потеря первого зуба приводит к нарушению единства зубной дуги не только в морфологическом, но и в функциональном плане. Происходит разделение зубов на самостоятельно действующие группы. Главным отличительным признаком их является наличие или отсутствие антагониста. Зубы, имеющие антагонистов, продолжают выполнять активную жевательную функцию и выделяются в функционирующую группу. Зубы, утратившие антагонистов, не участвуют в акте жевания и образуют так называемую нефункционирующую группу.

По мере потери зубов функционирующая группа приобретает новые качества. В силу изменения условий распределение функциональной нагрузки развивается травматическая окклюзия.

**Оздоровительные мероприятия в полости рта перед**

**протезированием больного**

Оздоровительные мероприятия в полости рта являются обязательными для любого пациента, готовящегося к протезированию. Протезирование пациента с несанированной полостью рта следует считать серьезной врачебной ошибкой, потому что, во-первых, это противоречит врачебной этике, во-вторых, случайные ранения слизистой оболочки при ортопедических манипуляциях могут привести к серьезным осложнениям, в-третьих, само протезирование может оказаться неполноценным, так как в дальнейшем может возникнуть необходимость дополнительного удаления зубов и изменения в связи с этим плана ортопедического лечения. И, наконец, в-четвертых, увеличивается риск инфицирования самого стоматолога-ортопеда.

Однако многие заболевания слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай и др.) являются хроническими и больные нуждаются в длительном диспансерном наблюдении и лечении. Часто лечение дает временный успех. Отсрочка протезирования таких больных вряд ли целесообразна, если подходить к вопросу о протезировании с точки зрения восстановления жевательной функции и профилактики заболеваний ЖКТ.

В подобных случаях необходимо правильно выбрать тактику ортопедического лечения и конструкцию протеза, при котором раздражение слизистой оболочки полости рта будет сведено к минимуму.

Нельзя так же забывать, что некоторые поражения слизистой оболочки проходят только после проведения ортопедического лечения. Это – язвенные поражения десны при глубоком травмирующем прикусе, языка и щеки, при дефектах зубных рядов и др.

*Удаление корней зубов.* Все корни зубов, за исключением тех, которые могут быть использованы при протезировании, подлежат удалению. При протезировании корни могут быть использованы для укрепления культевых коронок, штифтовых зубов и как опоры для съемных протезов. В том и в другом случае к ним предъявляют определенные требования. Корни должны быть достаточно длинными, устойчивыми, выстоящими над десной и иметь здоровый пародонт.

Учитывая эти требования, можно сделать вывод, что корни лишь отдельных групп зубов могут быть использованы в протезировании. Трудно использовать корни нижних резцов, так как они короткие и имеют узкие каналы. Корни моляров часто искривлены и из-за этого малопроходимы. Наиболее удобные с этой точки зрения корни верхних центральных резцов, клыков и реже – премоляров.

Спорным является вопрос об использования для протезирования корней боковых зубов, имеющих два или три корня, у одного из которых выявлено заболевание верхушечного периодонта. Если у такого корня обнаруживается непроходимость из-за резкого сужения или искривления его канала, медикаментозное воздействие на очаг воспаления в периодонте становится невозможным и зуб удаляют. Однако достижения современной эндодонтии свидетельствуют о том, что при наличии необходимых технических средств для обработки и раскрытия непроходимых каналов, можно достичь необходимого лечебного эффект даже в трудных случаях.

Уже довольно давно возникла идея удалять у многокорневых зубов корни, не подлежащие или недоступные лечению, а оставшиеся здоровые использовать для протезирования. В настоящее время сформировалось несколько хирургических методов лечения многокорневых зубов с хроническим периодонтитом:

1. Удаление пораженных корней без повреждения коронки зуба – ампутация корня; если с корнем удаляют и часть коронки – коронорадикулярная ампутация;
2. Рассечение зуба через область расхождения корней, когда пораженный корень удаляют вместе с соответствующей половиной коронки, – гемисекция зуба, этот метод применяют, когда корни у зубов здоровые, но имеется поражение фуркации; такую операцию называют коронорадикулярной сепарацией;
3. Одонто- и остеопластика, используемая при незначительном поражении твердых тканей фуркации; после отслойки слизисто-надкостничного лоскута сошлифовывают пораженные ткани, а также прилежащий край межлуночной перегородки.

*Гингивэктомия.* Цель этой операции – освобождение части корня от покрывающей ее десны и межзубных сосочков. После иссечения избытка слизистой оболочки рана рубцуется, и часть корня открывается. Это облегчает подготовку надкорневой части зуба, проверку и укрепление на корне искусственного зуба.

**Тактика врача при удалении зубов с больным пародонтом**

Зуб является органом, выполняющим определенную функцию. Удаление его может нарушить не только функцию жевания, речь, деятельность мышц и ВНЧС, но и изменить межальвеолярную высоту. При решении вопроса об удалении зуба с больным пародонтом необходимо, во-первых, иметь в виду функциональную ценность зуба, а во-вторых, возможность использования его при ортопедическом лечении. Определение функциональной целостности требует, прежде всего, выяснение степени его патологической подвижности и глубины поражения пародонта, т.е. степени атрофии лунки, наличия патологических костных и десневых карманов, их ширины, глубины и локализации. В большинстве случаев степень патологической подвижности зуба тесно связана с величиной атрофии лунки и пр. Но у некоторых больных, например с дистрофическими формами заболевания пародонта, такой связи не прослеживается. Более того, при крайних, глубоких формах резорбции альвеолярного отростка зубы долго сохраняют устойчивость. Однако присоединяющееся воспаление резко ухудшает клиническую картину, а зубы могут быстро приобрести патологическую подвижность. Хорошим подспорьем в этом случае является рентгенологическое обследование, которое существенно дополняет клиническую картину и позволяет сопоставить выраженность клинических проявлений с данными рентгенографии.

При патологической подвижности III степени, когда компенсаторные возможности пародонта уже исчерпаны, зубы подлежат удалению. Однако даже и в таком случае крайняя степень подвижности может быть следствием обострения воспалительного процесса. Ликвидация последнего может привести к укреплению зуба, снижению подвижности и, возможно, позволит использовать этот зуб для шинирования или протезирования. Таким образом, тщательная оценка подвижности зубов с больным пародонтом, особенно после проведенного курса медикаментозной терапии, может существенно повлиять на окончательное решение об их удалении.

При патологической подвижности I и II степени также осуществляется оценка степени атрофии лунки. Лишь при крайних формах, т.е. атрофии альвеолы более чем на 2/3 лунки и подвижности 2 – 3-й степени, зубы удаляют. Зубы, обладающие большей устойчивостью, имеющие подвижность в пределах 1-й степени на фоне дистрофического поражения пародонта, когда воспалительные изменения выражены слабо или полностью отсутствуют, могут быть сохранены. Однако одиночно стоящие зубы с такой картиной заболевания, по мнению Е.И. Гаврилова (1984), следует удалять. Кроме того, зубы с крайней степенью патологической подвижности (2 – 3-й), имеющие периапикальные очаги хронического воспаления, также подлежат удалению.

Удаление зубов на фоне системных заболеваний пародонта, как правило, приводит к возрастанию тяжести функциональной перегрузки остальных зубов. С целью предупреждения возможных осложнений и сохранения оставшихся зубов следует шире применять непосредственное протезирование. Изготовление протезов до удаления зубов позволяет предотвратить развитие наиболее тяжелых форм травматической окклюзии с увеличением подвижности оставшихся.

**Специальные подготовительные мероприятия**

К специальным мероприятиям относятся терапевтические, хирургические и ортопедические вмешательства. Специальным терапевтическим вмешательством является депульпирование зубов. Оно может применяться перед удалением толстого слоя твердых тканей, если предупредить необратимую реакцию пульпы или перфорацию полости зуба не представляется возможным, например, при подготовке зубов под металлокерамические, пластмассовые полукоронки или вкладки, когда рентгенологически определяется широкая полость зуба. Толстый слой твердых тканей может удаляться при резком мезиальном наклоне одного из опорных зубов для придания им параллельности при протезировании мостовидными протезами. Депульпирование может быть показано при значительном вертикальном перемещении зуба в сторону дефекта на фоне деформации зубных рядов. В таком случае формирование правильной окклюзионной поверхности протеза становится невозможным без предварительного укорочения сместившегося зуба. Слой сошлифовываемых тканей при этом может оказаться достаточно большим. Вскрытие полости становится неизбежным, что и приводит к необходимости депульпирования.

При подготовки зубов с больным пародонтом предварительное депульпирование может применяться для изготовления специальных конструкций шин, например шины Мамлока с корневыми штифтами. Изменение наклона коронок сместившихся зубов для обеспечения параллельности шинируемым зубам также может требовать предварительного депульпирования.

Депульпирование может использоваться при планировании ортопедического лечения пациентов с повышенной стираемостью зубов в качестве специального подготовительного мероприятия. Его проводят для последующего восстановления анатомической формы зубов с помощью культевых искусственных коронок с корневыми штифтами.

Депульпирование применяется иногда перед протезированием пациентов с аномалиями положения отдельных зубов. Однако следует иметь в виду, что пациентам с аномалиями зубочелюстной системы в первую очередь должно проводиться ортодонтическое лечение. Депульпирование же с последующим протезированием применяется в исключительных случаях, когда проведенное ортодонтическое лечение оказалось неудачным или зубы, имеющие неправильное положении с частично разрушенными коронками, могут быть исправлены посредством протезирования.

Хирургическая специальная подготовка может заключаться в удалении экзостозов, резекции альвеолярного отростка, удаление подвижной слизистой оболочки альвеолярного отростка, устранении тяжей слизистой оболочки, рубцовых тяжей и уздечек, удалении небного валика (торуса). При подготовке к протезированию специальная хирургическая подготовка проводится реже и предполагает, прежде всего, исправление формы и величины беззубого альвеолярного отростка, а так же удаление экзостозов, препятствующих конструированию наиболее рациональной формы базиса съемного протеза.

Специальная ортопедическая подготовка направлена в первую очередь на устранение аномалий и деформаций прикуса и окклюзионной поверхности зубных рядов. Аномалии прикусов, как правило, устраняется путем ортодонтического лечения, а деформация зубных рядов ортодонтическими способами (перемещение зубов с помощью специальных ортодонтических аппаратов), ортопедическими способами (укорочение вертикально переместившихся или наклонившихся зубов), аппаратурно-хирургическим методом (перемещение зубов под воздействием накусочных протезов с предварительной хирургической подготовкой – компактостеотомией), хирургическим методом (удаление переместившихся зубов) и специальным протезированием.

Выбор метода зависит от сложности общей клинической картины, вида и тяжести деформации, состояния пародонта сместившихся зубов, вида прикуса, возраста и общего состояния больного.

**Психологическая подготовка больных перед протезированием**

Многие больные, обращающиеся за помощью к ортопеду-стоматологу, испытывают во время приема эмоциональное напряжение. Основной причиной является ожидание боли, навеянное неприятными воспоминаниями о ранее перенесенных стоматологических операциях. По данным В.Н. Трезубова, у 91.2% больных эмоциональное напряжение связано именно с ожиданием этого ощущения. Кроме того, эмоциональное напряжение может возникать как следствие тревоги за исход протезирования, особенно съемными протезами (плохая фиксация, трудности привыкания к нему и т.д.). Естественно, что эмоциональное напряжение проявляется неодинаково в различном возрасте, у здоровых и лиц с пограничными психическими расстройствами, а так же при первом или повторном обращении за ортопедической помощью.

Эмоциональное напряжение – нежелательное состояние, особенно для лиц с ИБС, нарушениями мозгового кровообращения, гипертонической болезнью, диабетом, и пограничными психическими расстройствами (неадекватные реакции, неврозу, психопатии). Кроме того, возникающее у ряда больных психомоторное возбуждение мешает проведению врачебных манипуляций. Оно может способствовать возникновению травм языка, щеки, губ сепарационным диском или бором. Иногда раны, нанесенные этими инструментами, бывают глубокими, приникающими в мышцы. После их заживления могут оставаться грубые рубцы. Все это заставляет врачей изучать симптоматику эмоционально напряжения, учиться распознавать и искать способы снятия и предупреждения этого нежелательного состояния.

Опыт ортопедических клиник убеждает, что пренебрежительное отношение к психологической подготовке больных перед протезированием порождает группу, так называемых, «трудных пациентов». Несмотря на применение самых современных методов протезирования, лучших материалов и новейших технологий успешно закончить протезирование удается не всегда.

Клиническая картина эмоционального напряжения довольно сложна, а диагностика иногда бывает трудной. В симптоматике этого состояния можно выделить эмоциональные, вегетативные, двигательно-поведенческие проявления. Эмоциональные реакции проявляются тревожностью за исход лечения, раздражительностью, а иногда и подавленностью. Может иметь место психогенное усиление боли. Вегетативные реакции заключаются в изменении ЧСС, дыхания, электропроводимости кожи. Они проявляются гиперемией или бледностью (кожи лица и шеи), гипергидрозом лица и ладоней, тремором рук, гипер- или гипофункцией слюнных желез. Двигательно-поведенческие проявления выражаются в изменении мимики, интонации речи, скорости, силы и координации движений. При этом одни больные скованны в своих движениях, другие – развязны, болтливы.

Выраженность описанных проявлений эмоционального напряжения зависит от многих условий: возраста, опыта встреч с врачом-стоматологом, результата прошлого протезирования, состояния психики больного, его тревоги.

Каждый ортопед обязан в своей врачебной деятельности руководствоваться основами профилактики, заключающейся, в первую очередь, в организации лечебно-охранительного режима в ортопедическом отделении поликлиники. Он предусматривает создание уюта и тишины в приемной, отсутствие сутолоки, скопления больных.

Пациент в приемной как правило должен находиться в ожидании прием не более 10-20 минут, если он не нуждается в премедикации. Это требует четкой организации работы как врача, так и зуботехнической лаборатории. Кроме того нужно помнить, о роли слова, поведении среднего медицинского персонала (сестер, техников-лаборантов и санитарок) и принимать все меры предупреждения ятрогении, дополнительных раздражителей, усиливающих у больных эмоциональное напряжение.

Влияние на пациента хорошо налаженного лечебно-охранительного режима в кабинете может быть ослаблено непорядком в приемной, где «всезнающие» больные дают «консультации» по всем вопросам протезирование и даже характеристики врачам. Долгое ожидание в приемной при отсутствии в ней порядка может вызвать тревожное состояние больного еще до того, как он встретится с врачом. Обязанностью ортопеда является овладение средствами и методами рационально психотерапии, преимущественно терапии словом. Для этих целей не требуется специальной подготовки. Психотерапевтическая активность – обязательное врачебное качество, оно формируется самим ортопедом в процессе его становления.

По клиническим проявлениям можно выделить 3 степени выраженности тревоги, а именно: низкую, среднюю и выраженную. Существует описание этих форм тревожности и рекомендации по их снятию. У больных с низкой степенью тревожности внешних проявлений ее не обнаруживается. На приеме такие пациенты ведут себя спокойно, легко вступают в контакт, их реакции не препятствуют манипуляциям врача. Клиническая картина средней степени тревожности представлена более разнообразными признаками. Пациенту в голову приходят мысли об опасности, подавление страха требует значительных усилий. Могут меняться скорость и тембр речи, взгляд становится беспокойным. Напрягаются жевательные мышцы, кожа шеи и верхней части груди покрывается красными пятнами, которые могут диффузно сливаться. Порой появляются «гусиная кожа», заметные частые движения хрящей гортани (проглатывание слюны из-за «сухости в горле»). Очень показательны движения рук пациентов: они становятся скованными или беспорядочными.

При средней степени эмоционального напряжении за 45-60 минут до начала стоматологических манипуляций назначают однократно один из ниже перечисленных транквилизаторов: фенибут (0.25), мебикар (0.3), тазипам (0.001), элениум (0.01), диазепам (0.005-0.01) или феназепам (0.0005-0.001). В качестве корректоров побочного действия перечисленных транквилизаторов (исключая фенибут и мебикар) можно в комбинации с ними использовать психостимулятор Сиднокарб (0.0015), ноотропный препарат пирацитам (0.1) или актопротектор Бемитил (0.5).

При значительно выраженной тревоге больные, испытывающие сильный страх перед стоматологическими процедурами, жалуются на «томительное замирание в груди», сильный страх, ужас. Они впадают в панику, бледнеют. Покрываются холодным потом, выражение лица страдальческое. В кресле эти пациенты сидят напряженно, вцепившись в подлокотники в ожидании боли. Могут наблюдаться вздрагивания, мелкие бесцельные движения (теребят край одежды, перебирают носовой платок, барабанят пальцами, кусают ногти). Течение мысли ускоренное, беспорядочное, выражена суетливость, несобранность. Могут быть прерывистое дыхание, резкий тремор, иногда тошнота.

Для купирования эмоционального напряжения этим больным назначаются мощные транквилизаторы (элениум, диазепам или фенозепам). При недостаточной эффективности или резкой выраженности тревоги к ним можно добавлять небольшие дозы нейролептика галоперидола (0.00075-0.0015) или антидепрессанта амитриптилина (0.006-0.0125).

Применение психотропных препаратов вызывает сонливость, слабость, поэтому должно проводится с осторожностью.

Правильная индивидуальная психотерапевтическая практика и дифференцированная премедикация на фоне адекватной анестезии нормализует основные вегетативные и двигательные функции организма, действуют успокаивающе, снижают значимость источников эмоционального напряжения, способствуют благоприятному исходу ортопедического лечения.

**Список использованной литературы**

1. А.С. Щербаков, В.Н. Трезубов, Е.Н. Гаврилов, Е.Н. Жулев «Ортопедическая стоматология» – Санкт-Петербург, ИКФ «Фолиант», 1997.

2. Е.Н. Жулев «Частичные съемные протезы» – И: «НГМА», 2000.

3. Копейкин В.Н. «Ортопедическое лечение заболеваний пародонта» – 2004.

4. Джепсон Николас Дж. А. «Частичные съемные протезы» – М.: МЕДпресс-информ, 2006.